

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.  
FACULTAD DE MEDICINA.  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
LICENCIATURA EN MEDICINA GENERAL.  
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN.**



**“AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN LOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NO. 92 EN EL AÑO 2013”**

**“TESIS”.  
PARA OBTENER DIPLOMA DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR**

**ALUMNA:  
M. C. P. CASTILLO ARROYO FABIOLA**

**DIRECTOR DE TESIS:  
OLIVIA JIMENEZ REYES  
ASESOR:  
RAÚL VELÁZQUEZ VARGAS  
REVISORES  
E.M.F. GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ  
E.M.F. EDGAR RUBEN GARCÍA TORRES  
M.I.C. LUIS REY GARCÍA CORTES**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
DRA. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ  
PPROFESORA TITULAR DE RESIDENCIA DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
DR. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES  
PROFESOR TITULAR DE RESIDENCIA DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 75**

**MAESTRO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
DR. LUIS REY GARCÍA CORTÉS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR 64**

**“AUTOESTIMA Y SU RELACION CON LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS MÉDICOS DE  
LA UMF 92 EN EL AÑO 2013”**

## **MOMENTO DE AGRADECER**

*La riqueza interna deriva de haber asimilado el objeto bueno,  
De modo que el individuo se hace capaz  
De compartir sus dones con otros”  
Melanie Klein ( 1975 )*

En las páginas de este trabajo se concentran los conocimientos, experiencias y afectos que diversas personas me brindaron, con la única finalidad de hacer posible el objetivo planeado. Ha sido gratificante recibir con humildad la riqueza interna de cada una de las personas que con sus dones alimentó la construcción de éste proyecto y enriqueció mi vida.

Gracias

**A** Dios quien me bendice, guarda y protege todos los días de mi existir y permitir que logre mi meta.

**A** mi madre, quien ésta conmigo a dondequiera que vaya y haga lo que haga.

**A** mi padre, por su comprensión, respeto y su ejemplo de fortaleza quien en mi niñez sembró la semilla de responsabilidad y trabajo.

**A** cada uno de mis hermanos por su agradable compañía en las diferentes etapas de éste logro y la confianza que brindan en mí.

**A** mi abuela que a pesar de ya no contar con su presencia a sido mi motivo de inspiración, para seguir en este arduo camino.

**A** ti mi amor, Eduardo por tu paciencia, comprensión, consejos, apoyo incondicional y sobre todo tu amor con lo cual he logrado compartir invaluable momentos durante este camino tan lleno de experiencias, te amo.

**A** mis amigos y amigas, que se entusiasmaron y se incorporaron a éste proyecto reiterándome su confianza, cuando el agotamiento me abatía.

**A** mis profesores quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y a realizarme profesionalmente.

## **AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92**

La autoestima es la opinión emocional profunda que se tiene de sí mismo, la funcionalidad familiar definida como la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital familiar. La familia tiene influencia sobre el autoestima, el personal médico está expuesto a una serie de factores que predisponen a modificar su autoestima uno, el exigente exceso de trabajo, así como las exigencias propias de su profesión; dos, el dinamismo de la familia a la que pertenece, lo que hace importante el estudio de la familia para identificar los eventos que reflejan una percepción de la autoestima. Para la cual se aplicara la escala de Rosemberg para autoestima y cuestionario de funcionalidad familiar de FUNQI. Existen diversos estudios a nivel internacional en diferentes poblaciones sobre la funcionalidad familiar, y la relación del autoestima no así en personal médico. De lo anterior se desprende la importancia de realizar el estudio y realizar mas trabajos a futuro para identificar grupos de riesgo y así proporcionar ayuda necesaria para lograr volver a la salud y el equilibrio y lograr un mejor desempeño personal y laboral. Se realizara un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal en médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 92 de ambos turnos, mediante ficha de identificación y la aplicación de método de Graffar, del test de autoestima de Rosemberg y el cuestionario de funcionalidad familiar de FUNQUI Factibilidad y aspectos éticos. Este estudio se realizó con apego a las normas éticas e institucionales vigentes en latería de investigación científica. MATERIAL Y METODOS. Se realizo estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal, en médicos de la UMF 92, se aplico ficha de identificación, método de Graffar, escala de Rosemberg y cuestionario de funcionalidad familiar de FUNQI y se analizaron los resultados en el programa pss. RESULTADOS. Se obtuvo un total de 55 médicos de los cuales se encontró que en el 80% cuentan con nivel de autoestima alto, con 83.6% con familias funcionales, del total de médicos el 38 son mujeres y 17 hombres, von rango de edad predominante del 35-40 años, , el 61.8% con casados, y en el 30.90% cuentan con una antigüedad de mas de 20 años, finalmente el 72.72% cuentan con especialidad de medicina familiar. CONCLUSIONES. Del estudio realizado se observa que los niveles de autoestima tienen una relación con la funcionalidad familiar en lka unidad de medicina familiar 92.

## **SUMMARY.**

Self-esteem is the deep emotional opinion you have of yourself, family functioning defined as the ability of the system to overcome and deal with each of the stages of the family life cycle. Family influences on self-esteem, medical personnel are exposed to a number of factors that predispose to modify their self-esteem: one demanding overwork themselves and their profession demands, two, the dynamism of the family to belonging, which makes it important to study the family to identify events that reflect a sense of self esteem. To which the Rosenberg scale questionnaire for self and family FUNQI functionality is implemented. There are several international studies in different populations on family functioning and the relationship of self-esteem but not in medical personnel. It follows from the importance of the study and perform more work in the future to identify risk groups and also provide necessary assistance to achieve return to health and balance and a better personal and professional performance.

**MATERIAL AND METHODS.** A descriptive, observational, prospective, cross-sectional study assigned to the Family Medicine Unit 92 doctors both shifts by record identification and implementation of Graffar method, the Rosenberg self-esteem test and questionnaire will be made familiar functionality FUNQUI. An analysis of the results obtained by means of SPSS V 20 program was made. And the relationship of the dependent variables was done through chi square. Feasibility and ethical aspects. This study was performed in adherence to ethical and institutional rules in latería scientific research.

**RESULTS.** From a total of 55 physicians surveyed, 80% had high average self-esteem and 9.3% high esteem, 83.6% have functional families, 38 are female and 17 male, mean 35-40 years, 61.8% were married, 30.90% on over 5-10 and 20 years of entigüedad, 72.72% with especialidad in family medicine.

**CONCLUSION.** This study reveals that there is a relationship between levels of self-esteem and family functioning of doctors of family medicine unit 92, however, further studies should be conducted in larger populations and monitoring of identified cases to document the results and take appropriate measures to improve the conditions of medical impact and achieve their personal and professional development and patient physician relationship measures.



## ÍNDICE.

I.	ANTECEDENTES	11
I.1	AUTOESTIMA	11
I.1.2	DEFINICIÓN	11
I.1.3	CONFORMACIÓN DEL AUTOESTIMA	11
I.1.4	TIPOS DE AUTOESTIMA	12
I.1.5	IMPORTANCIA DEL AUTOESTIMA	12
I.1.6	INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA AUTOESTIMA	13
I.1.6.1	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	13
I.1.7	RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON EL AUTOESTIMA	14
I.2	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	15
I.2.1	DEFINICIÓN DE FAMILIA	15
I.2.2	CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA	16
I.2.3	MANIFESTACIONES DE LA AUTOESTIMA EN LA SALUD DE LA FAMILIA	16
I.2.4	CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	17
I.2.5	LA FUNCION FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA	17
I.2.6	LA FUNCION FAMILIAR EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD	18
I.2.7	INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	19
I.2.7.1	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	19
I.2.7.2	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	20
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
II.1	ARGUMENTACIÓN	21
II.2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
III	JUSTIFICACIONES	23
III.1	ACADEMICA	21
III.2	EPIDEMIOLOGICA	21
III.3	EDUCATIVA	21
III.4	SOCIAL	24
III.5	ECONÓMICA	24
IV	HIPOTESIS	25
IV.1	UNIDADES DE OBSERVACIÓN	25
IV.2	VARIABLES	25
IV.3	TÉRMINOS LÓGICOS O DE ENLACE	25
V	OBJETIVOS	25
V.1	OBJETIVO GENERAL	25
V.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
VI	MÉTODO	26
VI.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	26
VI.1.1	TIPO DE ESTUDIO	26
VI.2	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
VI.3	UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA	28
VI.3.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
VI.3.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28

VI.3.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	28
VI.4	INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	28
VI.4.1	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR AUTOESTIMA	28
VI.4.1.1	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR AUTOESTIMA	29
VI.4.1.2	APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR AUTOESTIMA	29
VI.4.2	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR	29
VI.4.2.1	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR	29
VI.4.2.2	APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR	29
VI.5	DESARROLLO DEL PROYECTO	30
VI.6	LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO	30
VI.7	DISEÑO DE ANÁLISIS	30
VII	IMPLICACIONES ÉTICAS	31
VIII	RESULTADOS	32
IX	DISCUSIÓN	34
X	CUADROS Y GRÁFICAS	36
XI	CONCLUSIONES	44
XII	RECOMENDACIONES	31
XIII	BIBLIOGRAFÍA	45
XIV	ANEXOS	49

## **I. ANTECEDENTES**

### **I.1 AUTOESTIMA**

#### **I.1.2 DEFINICIÓN**

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 <sup>(1)</sup>.

#### **I.1.3 CONFORMACIÓN DEL AUTOESTIMA.**

Se pueden distinguir tres dimensiones esenciales de la autoestima:

- a) Cognitiva. Son las ideas, creencias y juicios de valor acerca de nosotros mismos que forman una red o sistema coherente y estable que va a condicionar el modo en que se percibe la información, en ésta dimensión los padres y maestros juegan un papel importante.
- b) Afectiva. Conlleva a la valoración de lo que hay entre nosotros de positivo y negativo como el agrado-desagrado, placer-dolor, relajación-ansiedad, amor-odio, seguridad-inseguridad, miedo-valor, etcétera. Es sentirse a gusto o disgusto consigo mismo.
- c) De comportamiento. Aquello que decimos o hacemos y que puede ser observado y que ésta en función de sus creencias y emociones.

#### **I.1.4 TIPOS DE AUTOESTIMA:**

- a) autoestima alta. Es a confianza y 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.
- b) Autoestima media. Fluctúa entre sentirse apto e inepto para la vida, acertado o desacertado, manifestar incoherencias en la conducta actuando a veces con sensatez y a veces erróneamente, reforzando con ello la inseguridad.
- c) Autoestima baja. Puede manifestarse por sensación de fracaso ante la vida, inseguro, temeroso, devaluado y desacertado como persona en función de las críticas de las demás personas. <sup>(1)</sup>

#### **I.1.5 IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA**

La importancia de sentirnos bien tiene que ver con la autoestima; que es la opinión emocional profunda que las personas tienen de sí mismos, y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo. Su importancia radica en el condicionamiento del aprendizaje, supera las dificultades personales, fundamenta la responsabilidad, apoya la creatividad, determina la autonomía personal, posibilita una relación social saludable y garantiza la proyección futura de la persona <sup>(2)</sup>.

La autoestima es un proceso dinámico y multidimensional que se construye a lo largo de la vida es desarrollado a partir de la interacción humana y contiene

aspectos actitudinales, cognitivos, afectivos y conductuales. Mediante el autoconocimiento la persona puede lograr la auto aprobación y por consiguiente aceptarse a sí misma. Las cogniciones crean los estados de ánimo. Los pensamientos negativos provocan una baja autoestima y son consecuencia de distorsiones cognitivas. Si se corrige el sistema equivocado de pensamiento se puede mejorar la autoestima; de ahí la importancia de identificarlo <sup>(3)</sup>.

### **I.1.6 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA**

Diferentes escalas permiten identificar el nivel de autoestima, sin embargo, la escala de Rosemberg, es considerado por diferentes autores como adecuado en sus características psicométricas y en diversos idiomas para la evaluación de la autoestima. Esta escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80. Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. <sup>(4)</sup>

#### **I.1.6.1 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.**

La interpretación de resultados: los ítems 1 a 5, las respuestas A a D puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. La interpretación de los resultados son:

- autoestima elevada con 30-40 puntos,
- autoestima media con 26-29,

- autoestima baja con 0-25 puntos <sup>(5)</sup>.

### **I.1.7 LA RELACIÓN DE LA FUNCION FAMILIAR CON LA AUTOESTIMA**

Un estudio realizado en Chile por Aguirre y colaboradores, sobre autoestima y autoeficacia demostró que el autoestima juega un rol importante en la motivación y satisfacción laboral (correlación de Spearman 0.503), de igual forma se encontró que la autoestima está influenciada por los factores demográficos como edad, estado civil, el nivel económico, la educación y el género, también tienen influencia ( $p < 0.005$ ). <sup>(6)</sup>

Un estudio por Gutiérrez y colaboradores (2007) en Querétaro México, con 74 adolescentes que fueron seleccionados de forma aleatoria, clínicamente sanos, divididos en grupos de alto y bajo rendimiento escolar, demostró que la funcionalidad familiar y la autoestima fueron factores de riesgo para el rendimiento escolar (OR = 6,67; IC del 95%, 1,42-34). Los escolares con alto rendimiento escolar tenían autoestima alta en el 68% de los casos ( $p = 0,00007$ ; odds ratio OR = 7,55; intervalo de confianza IC del 95%, 2,39-24,84); y una funcionalidad familiar en el 54% ( $p = 0,011$ ). Los escolares con bajo rendimiento escolar presentaron una autoestima baja en el 78% de los casos ( $p = 0,00007$ ; OR = 7,55; IC del 95%, 2,39-24,84), y una funcionalidad familiar limítrofe baja en el 43% ( $p = 0,47$ ) <sup>(7)</sup>.

Musito y colaboradores (2007), asociaron la funcionalidad familiar y la autoestima en un grupo de adolescentes, demostrando la correlación del

factor funcionamiento familiar positivo ( $p < 0.001$ ) con autoestima alto. Sin embargo la autoestima de riesgo ( $p < 0.001$ ) se asocia a una funcionalidad familiar baja <sup>(8)</sup>.

Lo anterior, permite identificar que el medio social y familiar tiene influencia sobre la autoestima, lo que hace que el personal de salud (médico) este expuesto a una serie de factores que predisponen a modificar su autoestima uno, el exigente exceso de trabajo de las unidades médicas, así como las exigencias propias de su profesión; segundo, el dinamismo de la familia en que pertenece. Por lo tanto, El estudio de la familia es clave para identificar los eventos que reflejan una percepción de la autoestima <sup>(9,10,11)</sup>.

## **I.2 LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

### **I.2.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA**

El enfoque sistémico define a la familia como un sistema en constante transformación, que cambia y se adapta a las diferentes exigencias tanto del medio externo como las derivadas de sus propias etapas evolutivas, La cual, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema, además de que la causalidad de los problemas no son originados por algo lineal (causa-efecto), por lo que debemos de ver a la familia

como un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad <sup>(12, 13,14,15)</sup>.

### **I.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.**

Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, depende de la relación entre su subsistema (conyugal, paterno-filial, fraternal), influenciado por su tipología y sus interacciones familiares <sup>(16)</sup>.

### **I.2.3 MANIFESTACIÓN DE LA FUNCION FAMILIAR EN LA SALUD DE LA FAMILIA.**

Es importante saber que en la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que le permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y que, además, le infunden el sentimiento de que no está aislado y de que cuenta con el apoyo de los demás. En contraste, las familias disfuncionales se distinguen por una rigidez que no permite revisar opciones de conducta, y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. De esta manera entendemos como funcionalidad familiar como “ la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa”. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros <sup>(17)</sup>.



#### **I.2.4 CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

Guadarrama y colaboradores (2011), Ponzetti y Long (1989) y Satir (1992) consideran que el funcionamiento familiar se caracteriza principalmente por la libertad que muestran los miembros para comunicar lo que sienten clara y directamente, de tal manera que pueden planificar y son capaces de hacer ajustes, lo que les permite resolver muchos problemas que se manifiestan en la vida cotidiana <sup>(18,19,20)</sup>.

#### **I.2.5 LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.**

Como se observa la funcionalidad familiar tiene efecto en la autoestima, esto puede explicarse por el medio en que se desarrolla cada persona y utiliza sus lazos familiares para obtener recursos y mantener un equilibrio y/o un desbalance ya sea positivo o negativo <sup>(21)</sup>.

Gutiérrez y Grau han señalado que si en la familia se propicia la comunicación, el afecto, la motivación, el manejo de la autoridad y una valoración de estudio, esta permitirá un mejor desempeño escolar, por el contrario un ambiente de disputas y reclamos, así como de recriminaciones y devaluación del estudio, limitará el espacio, el tiempo y la calidad en las actividades escolares. De esta manera la presencia de enfermedades físicas, mentales y psicosociales, aparecen cuando no percibe a su familia de manera positiva <sup>(22, 23)</sup>.

## **I.2.6 LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD**

Las disfunciones familiares son capaces de generar problemas de salud en algunos de los miembros de la familia; esto les obliga a demandar atención de los servicios sanitarios. Estas familias que Christie-Sheely denominó «propensas a enfermar» acuden a la consulta del médico de familia en solicitud de apoyo, pero sin exponer, salvo raras ocasiones, los problemas que han afectado la dinámica familiar <sup>(24,25)</sup>.

No se han realizado estudios que identifiquen el contexto en el que la población médica se desarrolla a lo largo de la vida. La familia es el primer agente en la vida que durante un lapso más o menos prolongado monopoliza prácticamente la socialización, sobre todo, durante la infancia. Toda la familia socializa al niño de acuerdo con su particular modo de vida, el cual está influido por la realidad social, económica e histórica de la sociedad en la que está inserta la familia <sup>(26)</sup>.

## **I.2.7 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

### **I.2.7.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

Existen diferentes escala que evalúan la funcionalidad familiar, sin embargo se utilizara en este estudio el instrumento de funcionalidad familiar de FUNQUI, el cual de acuerdo a su creación y validación fue evaluado junto con los instrumentos ya existentes y en el cual se analizaron sus deficiencias con el fin de

mejorar el nuevo instrumento. Las áreas que se incluyeron en las tres esferas en el instrumento fueron;

La esfera biológica: conformada por las siguientes áreas:

- 1) cuidados en la enfermedad.
- 2) violencia.
- 3) sexualidad.
- 4) cuidados de la salud;

Esfera psicológica conformada por las siguientes áreas:

- 5) límites.
- 6) jerarquías.
- 7) tareas en casa.
- 8) afecto.

Esfera social: conformada por las siguientes áreas:

- 9) socialización interna.
- 10) socialización externa.

Este instrumento de FUNQUI consta de 29 ítems. Y se obtuvo un coeficiente de correlación de Separan de 0.88 para la prueba test retest para valorar la repetibilidad. Finalmente se obtuvo una consistencia interna adecuada con un alfa

de Cronbach de 0.87 general, se aplicó a su vez la fórmula de Alan Crawford resultando apto para mayores de 10 años. Es de auto aplicación con tiempo de respuesta entre cinco y siete minutos.<sup>(27)</sup>

### **I.2.7.2 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Cataloga con un puntaje el cual se interpreta de la siguiente manera:

- 29 a 87 como familia disfuncional.
- 88 a 145 como familia funcional <sup>(27)</sup>.

El médico está sometido a exceso de trabajo debido a esfuerzos de guardias hospitalarias que conllevan al cansancio, estrés producido por las pocas horas dedicadas a su familia, restricción de las horas de sueño, aunado a ello, existe el hecho de compartir más horas de su vida cotidiana con el paciente, con los compañeros de trabajo y menos con su núcleo familiar, todo lo cual podría traer como consecuencia algún grado de disfunción del grupo familiar <sup>(28)</sup>.

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **II.1 ARGUMENTACIÓN**

En México, la autoestima no cuenta con cifras exactas dentro del personal de salud, sin embargo se ve reflejado en asociación con padecimientos psicosomáticos como puede ser el síndrome de Burnout, ansiedad, depresión etc., lo anterior tiene impacto en las actividades asistenciales; sin embargo, la autoestima se ve influenciada por la familia su funcionalidad o no y sus factores sociodemográficos.

Se ha observado la importancia de los niveles de autoestima en el desarrollo personal, interpersonal y profesional del individuo, por ejemplo, un individuo con autoestima baja se vería reflejado en sus relaciones interpersonales con su pareja, familia y su trabajo, con dificultades para alcanzar el éxito y en los obstáculos que se pone a sí mismo para no ser feliz. También, le genera angustia y un estado de estrés crónico que no le permite desenvolverse con tranquilidad y éxito, ya que la sensación de incompetencia e inseguridad están presentes en todo momento, convirtiéndose en un factor de riesgo para la presentación, de diversas enfermedades psicosomáticas y otras más que no lo son, incluso puede mencionarse que una gran parte de la patología social etapa relacionada con el autoestima baja como pudieran ser los caso de: violencia intrafamiliar, adicciones, prostitución, delincuencia, pobreza, entre otras.

La familia como sistema con sus interacciones internas y externas, tiene un papel importante para el desarrollo de la autoestima en cada uno de sus integrantes, sobre todo en los primeros años de vida de cada individuo, los niveles de autoestima con los que cuenta cada individuo se verá reflejado en su salud y desarrollo personal, así como las relaciones personales, interpersonales que realice en la vida cotidiana, y la forma en la que enfrente la problemática diaria

dentro y fuera de la familia, teniendo un impacto importante en la forma en la que se desenvolverá en su trabajo.

En Colombia se ha demostrado que la disfunción familiar está presente en un 65% en los médicos, que se relaciona con las horas dedicadas al trabajo y el tiempo que comparte mayormente con los compañeros de trabajo que con la familia. En México no se cuentan con cifras que permitan la comparación de éste estudio.

La familia como sistema tiende a interactuar dentro de los subsistemas (conyugal, filial, paterno-filial), lo que implica que lo que sucede en uno se ve reflejado en la afectación del todo el sistema, por lo tanto, la funcionalidad familiar no solo mide interacciones sino también los mecanismos adaptativos a los diferentes eventos que suceden a través de la historia de la familia; por consiguiente, la autoestima refleja una autopercepción a las soluciones adquiridas en las diferentes crisis surgidas en la familia.

## **II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación entre autoestima y la funcionalidad familiar de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

### **III. JUSTIFICACIONES.**

#### **III.1 ACADÉMICA.**

La presente investigación, además de las connotaciones académicas correspondientes, permitirá la obtención del Diploma de Especialista en Medicina Familiar.

#### **III.2 EPIDEMIOLOGICA.**

Se sabe en un estudio realizado en Colombia que hasta un 67% de la población medica puede tener una familia disfuncional, sin embargo, en México no se cuenta con estudios que permitan la comparación con éstas cifras.

La importancia que la funcionalidad familiar tiene en el desarrollo de los niveles de autoestima, se encuentra descrita en literatura pero tampoco se cuenta con estudios sobre la relación de éstas dos variables, así mismo no se cuenta con antecedentes de estudios previos en una población médica.

Lo anterior la importancia de conocer su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, para lo que es necesario valorar el nivel de autoestima y su relación con el funcionamiento familiar en los médicos para que junto con procedimientos homogéneos y estandarizados obtengamos la detección oportuna de autoestima baja y disfuncionalidad familiar.

#### **III.3 EDUCATIVA.**

Se busca identificar a las familias no funcionales, así como los niveles de autoestima para valora si la primera está teniendo una influencia negativa sobre la segunda, una vez identificada la autoestima baja o la disfuncionalidad familiar deberá de forma ideal aplicarse las terapias necesarias e iniciar la educación a cada uno de los integrantes de la familia para identificar la problemática familiar y saber afrontarla y adaptarse de forma positiva a ella, así como iniciar una reestructuración de la autoestima con ayuda de psicoterapia en sus enfoques

humanista, cognoscitiva, psicoanalítica, para lograr un mejor desarrollo del individuo.

#### **III. 4. SOCIAL.**

Desde el punto de vista social, el médico representa un cierto estatus y debe reflejar una imagen de confianza para la población bajo su cuidado, de igual forma, la profesión misma implica una gran socialización, sin embargo, si no se cuenta con una autoestima elevada, estas relaciones tanto personales como interpersonales se ven afectadas de forma negativa, afectando de forma importante el desarrollo profesional de los mismos. En estos casos la familia tiene gran importancia, por lo que deberá tomarse importancia en la identificación de familias disfuncionales que afecten la autoestima de sus integrantes, tomando en cuenta que una vez mejore la funcionalidad familiar, esta se verá reflejada en la elevación de los niveles de autoestima, mejorando así la forma en la que se desenvuelve el médico en la sociedad, así como la calidad con la que desempeña su trabajo.

#### **III.5. ECONÓMICO.**

El medio social y familiar tiene influencia sobre la autoestima, lo que hace que el personal de salud (médico) esté expuesto a una serie de factores que predisponen a modificar su autoestima uno, el exigente exceso de trabajo de las unidades médicas, así como las exigencias propias de su profesión; segundo, el dinamismo de la familia en que pertenece. Por lo tanto, El estudio de la familia es clave para identificar los eventos que reflejan una percepción de la autoestima. Se sabe que tanto la autoestima baja como la disfunción familiar tiene impacto sobre la salud del individuo, convirtiéndose en muchas ocasiones en frecuentadores de los servicios de salud, lo cual conlleva gastos al instituto, de igual forma un médico que no tiene un buen desenvolvimiento en su ambiente de trabajo y mantiene malas relaciones con sus pacientes, logra malos apegos a los tratamientos de sus pacientes, logrando con esto que regresen en múltiples ocasiones sin mejoría o buen control de sus patologías, todo esto reflejándose en altos costos para las instituciones de salud. Identificando oportunamente aquellos



médicos con autoestima baja y haciendo una valoración de su función familiar, podrán tomarse las medidas adecuadas para lograr una reestructuración de su autoestima, mejorando así las relaciones interpersonales del mismo, así como su estado de salud, evitando así, el ausentismo del personal médico de las instituciones, incluso logrando la disminución de demandas por maltrato o mala atención por parte del personal médico.

#### **IV.HIPÓTESIS.**

La autoestima estará relacionada a la funcionalidad familiar en mas del 50% de los médicos de la UMF 92.

##### **IV.1 UNIDADES DE OBSERVACIÓN**

Médicos adscritos a la unidad de medicina familiar número 92, que cuenten con contrato de base o eventual ( 08 y 02 ), sin importar antigüedad, edad, género, nivel académico, nivel económico.

##### **IV.2 VARIABLES**

Dependientes. Autoestima y funcionalidad familiar

Independiente. Médico.

##### **IV.3 TERMINOS LÓGICOS O ENLACE.**

Y su relación, con, la, en los.

#### **V. OBJETIVOS.**

##### **V.1 OBJETIVO GENERAL**

Relacionar la autoestima y la funcionalidad familiar de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 92, Estado de México Oriente.

## V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la edad de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 92.
- Distinguir el género de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 92.
- Identificar el estrato socioeconómico de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 92.
- Identificar el estado civil de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 92.
- Reconocer el nivel académico de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 92.
- Identificar la antigüedad laboral de los médicos de la Unidad de Medicina Familiar 92.

## VI. MÉTODO.

### VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

#### VI.1.1 TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

### VI.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Unidades de medición
Variable dependiente  Autoestima	La <b>autoestima</b> es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo.	Instrumento diseñado para evaluar los niveles de autoestima: baja, media, alta. de acuerdo a la escala de Rosemberg.	Cualitativo	Ordinal	Puntaje de la escala de Rosemberg.  Alta: 30-40 pts Media: 26-29 pts Baja: 0-25 pts.

<b>Variable Dependiente</b> " Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital familiar	Se determinara la funcionalidad basado en la escala de FUNQUI clasificándolo como funcional y disfuncional, de acuerdo a la suma de ítems.	Cualitativo	Nominal	Funcional 88 – 145 puntos  Disfuncional 29-87 puntos
<b>Variable Independiente</b> <b>Médico</b>	Persona que se encuentra legalmente autorizada para ejercer la medicina.	Categoría administrativa del personal de salud.	cualitativa	nominal	General y familiar
<b>VARIABLE Sociodemográfica</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Unidad de Medición</b>
Edad	Período de vida en años desde el nacimiento al momento del estudio.	Número de años Cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	Años
Género	palabra que identifica a las personas como hombre o mujer	Término que hace la diferencia respecto a diferencias físicas entre hombre y mujer	Cualitativa	Nominal	Hombre mujer
Estado Civil	Es la situación de las personas determinada por su relación conyugal emitido por la sociedad y /o registro civil.	Respuesta otorgada de la paciente en relación a su estado conyugal (social y/o civil) al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	-Casadas -soltero
Estrato económico	Son una forma de clasificación social basada en las remuneraciones que reciben las personas, determina el poder económico e inmueble.	El nivel económico emitido por el paciente basado en una escala de clasificación conocido como método de Graffar.	Cualitativo	Ordinal	Estrato I clase alta 4,5,6 Estrato II Clase Media alta 7,8,9 Estrato III Clase media 10,11,12 Estrato IV Probreza relativa 13,14,15,16. Estrato V Probreza crítica 17,18,19,20
Escolaridad	Nivel alcanzado al momento del estudio.	Grado académico alcanzado por el paciente al momento del estudio.	Cualitativo	Ordinal	licenciatura posgrado
Antigüedad laboral	Tiempo que se ha trabajado para un empresario o patrón	Tiempo transcurrido desde que se obtiene un empleo o contrato laboral	Cuantitativa	Discreta	Menos de 5 años  De 5-10 años  De 10-15 años  De 15-20 años  Mas de 20 años

### **VI.3 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA.**

La población estudio será no probabilístico, bajo conveniencia con los médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social de ambos turnos que cumplan los criterios de inclusión, sin importar antigüedad, edad, genero, nivel académico, nivel económico, en un período del 01 de marzo del 2013 al 30 de octubre del 2013.

#### **VI.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Que pertenezca a la Unidad de Medicina familiar No. 92.
- Que acepte y firme la carta de consentimiento informado.
- Que se encuentre en área operativa.

#### **VI.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Que cuente con tratamiento psiquiátrico.

#### **VI.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

- Que no concluya el requisitado de las encuestas.
- Que por motivo personal desee retirarse del estudio.

### **VI.4 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.**

#### **VI.4.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN PARA VEALUAR AUTOESTIMA**

Diferentes escalas permiten identificar el nivel de autoestima, sin embargo, la escala de Rosemberg, es considerado por diferentes autores como adecuado en sus características psicométricas y en diversos idiomas para la evaluación de la autoestima.

#### **VI.4.1.1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION PARA AUTOESTIMA**

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

#### **VI.4.1.2 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.**

Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. La interpretación de resultados: los ítems 1 a 5, las respuestas A a D puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. La interpretación de los resultados son: autoestima elevada con 30-40 puntos, autoestima media con 26-29, autoestima con 0-25 puntos.

#### **VI.4.2 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

Se utilizara en este estudio el instrumento de funcionalidad familiar de FUNQUI, el cual de acuerdo a su creación y validación fue evaluado junto con los instrumentos ya existentes y en el cual se analizaron sus deficiencias con el fin de mejorar el nuevo instrumento.

#### **VI.4.2.1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

El instrumento de FUNQUI consta de 29 ítems. Y se obtuvo un coeficiente de correlación de Separan de 0.88 para la prueba test retest para valorar la repetibilidad. Finalmente se obtuvo una consistencia interna adecuada con un alfa de Crobach de 0.87 general, se aplicó a su vez la fórmula de Alan Crawford resultando apto para mayores de 10 años.

#### **VI.4.2.2 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.**

Es de autoaplicación con tiempo de respuesta entre cinco y siete minutos. Cataloga con un puntaje de 29 a 87 como familia disfuncional y de 88 a 145 como familia funcional.

#### **VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO.**

El estudio se realizara en la UMF 92, La recolección será por el investigador principal, la obtención de datos de llevar a cabo en el área de consulta externa en los tres módulos de la Jefatura de Departamento Clínico. Se explicará el motivo del estudio y solicitará el consentimiento informado (anexo 1) en caso de ser incluido al estudio; posteriormente requisitará la cédula de Identificación (anexo 2), entregara el Instrumento de Escala de FUNQI (SRSS) Y de Rosemberg (anexo 3), por último se entregara la Escala de Graffar (anexo 4). Al concluir la jornada vaciará los datos en el programa SPSS V-20 en español.

#### **VI.6 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.**

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Número 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Avenida Santa Prisca sin número esquina Avenida Central, Colonia San Agustín, en Ecatepec Estado de México, durante el período del 01 de marzo de 2013 al 30 de Octubre del 2013

#### **VI.7 DISEÑO DE ANALISIS.**

La recolección de los datos se vaciará en el programa estadístico de Excel y se procesara el tratamiento estadístico en el programa SPSS Versión V-20. Realizando para variables cuantitativas medidas de tendencia central, así como frecuencias y porcentajes, para variables cualitativas se realizó solo frecuencias y porcentajes; ambas variables con su representación gráfica respectivamente.

## **VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.**

De acuerdo a las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el artículo 17 y 18 de la misma, y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, se explicará a cada paciente el motivo del estudio, donde sus datos sociodemográficos y psicométricos se utilizaran solo con fines de investigación.

En los lineamientos y políticas en materia de investigación del IMSS, sólo se utilizarán para fines de investigación, se solicitará su autorización verbal y por medio del consentimiento informado, toda su información se mantendrá anónima, se tendrá además por escrito la declaración donde se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos

Considerando el presente protocolo el riesgo se considera mínimo de acuerdo al Reglamento la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud artículo 17 fracción II.

## **VIII. RESULTADOS.**

La muestra se realizó en una población de médicos de la Unidad de Medicina Familiar número 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de mayo a noviembre 2013.

Se obtuvo un total de 55 médicos de una muestra no probabilística a conveniencia, a quienes se les tomo los datos de edad, género, estado civil, grado de estudios, estrato socioeconómico, antigüedad laboral y se valoró el nivel de autoestima con la escala de Rosemberg de cada uno de ellos así como la funcionalidad familiar con el cuestionario de FUNQI, previa aceptación y firma de consentimiento informado.

El grupo de edad representativo fue el de 35 a 40 años de edad, con un total de 26 médicos, representado por el 47.27%. (Tabla 1, Grafica 1).

En relación con el género representativo en el grupo estudiado fue el femenino con un total de 69.09% (n=38) en relación con el género masculino representado por un 30.91% ( n=17 ). (Tabla 2, Grafica 2).

En cuanto al estado civil, del grupo estudiado se observó un predominio de casados con un 61.81% ( n=34 ), seguido de la unión libre con el 18.18% ( n=10 ), los menos representativos fueron los divorciados en el 12.72% (n=7), solteros en el 5.45% (n=3) y viudos con el 1.81% ( n=1 ). (Tabla 3, grafica 3).

Se estudió por medio de la escala de Graffar el estrato socioeconómico del grupo estudiado, obteniéndose un predominio en el estrato II correspondiente a un nivel socioeconómico medio alto, representado con el 72.72% (n=40), y un estrato III correspondiente a un nivel socioeconómico medio con el 27.27% ( n=27 ). (Tabla 4, grafica 4).

En cuanto al grado de estudios se observó un predominio en la especialidad de medicina familiar representado por el 72.72% (n=40), seguido del nivel licenciatura con el 25.45% ( n=14 ), y en menor proporción estudios de maestría con un 7.27% ( n=4 ) y con sólo el 1.81% ( n=1 ) con estudios de otra especialidad. (Tabla 5, grafica 5).



En el rubro de antigüedad laboral, los grupos representativos fueron los de 5 a 10 años, así como aquellos con más de 20 años de antigüedad laboral con el 30.90% ( n=17 ) respectivamente, seguido de una antigüedad de 15 a 20 años con el 21.81% ( n=12 ) y finalmente el menos representativo fue el grupo de 10 a 15 años de antigüedad con el 16.36% ( n=9 ). (Tabla 6, grafica 6).

La presencia de un nivel de autoestima alto de acuerdo a al escala de Rosemberg se observó en el 80% ( n=44 ), y un nivel de autoestima medio con el 20% ( n=11 ) en el resto de los encuestados. ( Tabla 7, grafica 7 ).

Finalmente y de acuerdo a el cuestionario de funcionalidad familiar de FUNQI se observó que el 83.64% ( n=46 ) se clasifica con familias funcionales y por el otro lado sólo el 16.36% ( n=9 ) se clasifica como familias no funcionales . ( Tabla 8, grafica 8 ).

## IX. DISCUSIÓN.

**Se obtuvieron resultados que confirmaron la hipótesis que fue planteada acerca de** que en los médicos la autoestima se encuentra relacionada con la funcionalidad familiar en más del 50% de los mismos, es importante recalcar que la mayoría de los médicos investigados tiene un nivel alto de autoestima, contando a su vez con familias funcionales.

Se conoce que la disfunción familiar se relaciona a niveles bajos de autoestima, afectando ésta su vez al desarrollo del individuo, así como las relaciones interpersonales del mismo.

La mayoría de los médicos encuestados cuenta con un nivel socioeconómico medio y medio alto, sin embargo no se comprueba relación entre éste y los niveles de autoestima, no habiendo previamente encontrado algún artículo que nos de la pauta a seguir en este sentido.

La presente investigación fue realizada en 55 médicos, motivo por el cual no es estadísticamente significativa, pero aporta los datos que decidieron investigarse en éste grupo en particular, ya que anteriormente no se había realizado éste tipo de análisis.

El test de evaluación de autoestima de Rosemberg aplicado en ésta investigación ya validado internacionalmente para dicho propósito nos mostró eficacia y confiabilidad, gracias a la sencillez, rapidez y facilidad en su aplicación, igualmente a lo relatado por Myhill, 1978 y Gibbs, 1985. en sus investigaciones.

El cuestionario de FUNQI es un instrumento con validación internacional para estratificar la funcionalidad familiar en los individuos, gracias a la brevedad de sus preguntas, fue de mucha utilidad para la realización de ésta investigación; además de ser un test con fiabilidad y validez.

Este trabajo ha sido de utilidad ya que no se ha investigado a nivel nacional el nivel de autoestima en los médicos ni su relación con la función familiar, puede entonces la presente investigación formar la base para la realización de estudios subsecuentes en ésta área, y poder determinar la relación que existe entre los niveles de autoestima y la funcionalidad familiar; pero sobre todo la relación

existente entre el nivel de autoestima y la relación médico paciente, además de prestar atención en éste punto tan importante para las personas, ya que la autoestima es la base para tener un buen funcionamiento en todas la áreas de nuestra vida, e influyen directamente en ella múltiples factores los cuales son ampliamente modificables, mismos que pueden ser la diferencia entre un trabajador poco productivo y uno altamente productivo y satisfecho con la labor que desempeña, al igual que lo ya establecido en la literatura .

Así pues en caso de ser necesario aplicar técnicas psicológicas y mejorar el entorno laboral de nuestros médicos de primer contacto, para contribuir a mantener o incluso mejorar los niveles de autoestima, ya que como es bien sabido la autoestima es dinámica y modificable.

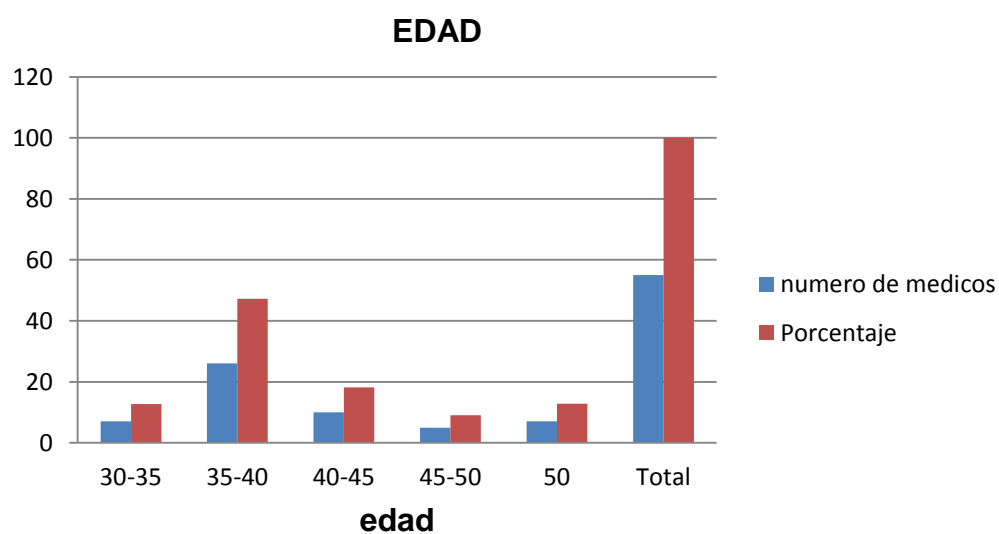
## X. CUADROS Y GRAFICAS.

**Tabla. 1.** Porcentaje por grupo de edad de los médicos de la UMF 92 en el periodo de mayo a noviembre del año 2013 ( n=55 )

	Num. De Médicos	Porcentaje
30 - 35	7	12.72
35 – 40	26	47.27
40 – 45	10	18.18
45 – 50	5	9.09
más de 50	7	12.77
Total	55	100

FUENTE. Encuestas realizadas

**Grafica 1.** Porcentaje por grupo de edad de los médicos de la UMF 92 en el periodo de mayo a noviembre del año 2013 ( n=55 )



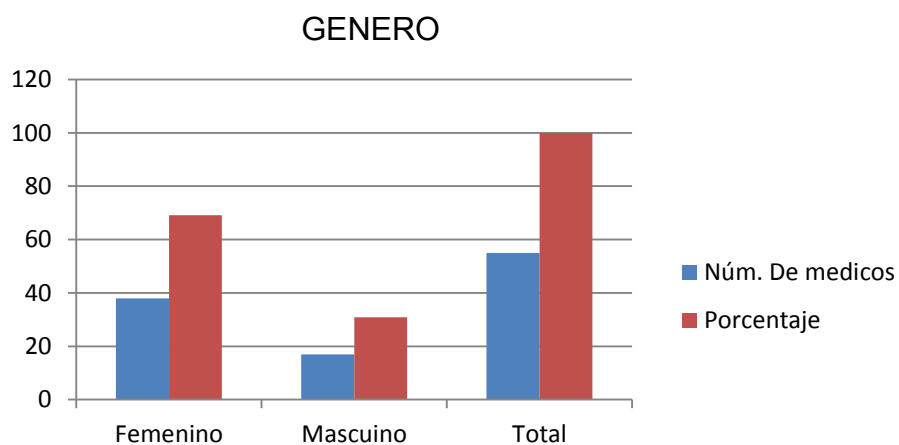
FUENTE. Encuestas realizadas

**Tabla 2.** Porcentaje por género de los médicos de la UMF 92 en el periodo de mayo a noviembre 2013. ( n=55 )

	Num. De médicos	Porcentaje
Femenino	38	69.09
Masculino	17	30.91
Total	55	100

FUENTE. Encuestas realizadas

**Grafica 2.** Porcentaje por género de los médicos de la UMF 92 en el periodo de mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )



GENERO

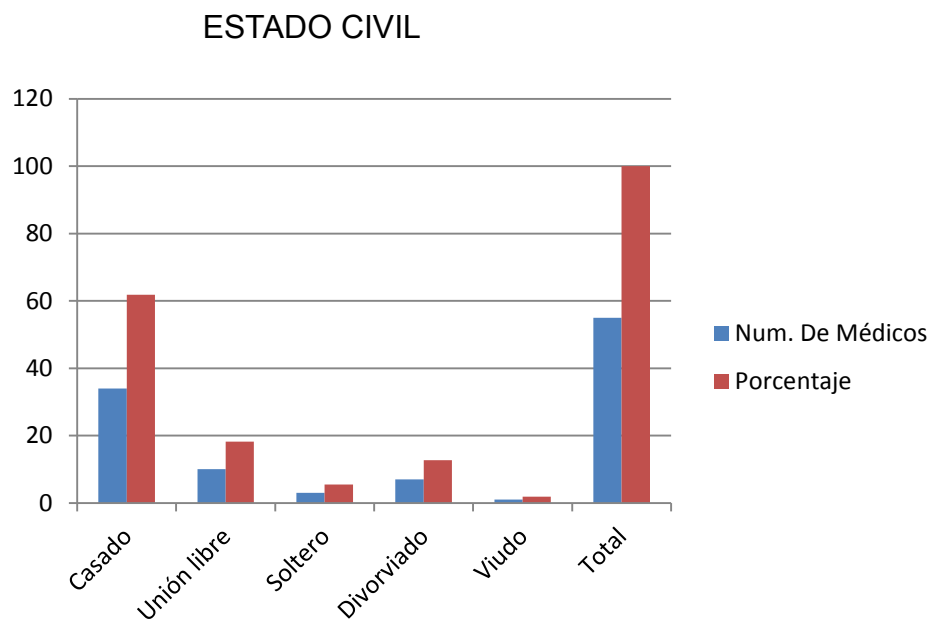
FUENTE. Encuestas realizadas

**Tabla 3.** Porcentaje por estado civil de los médicos de la UMF 92 en el periodo mayo a noviembre del año 2013. ( n = 55 )

	Num. De médicos	Porcentaje
Casado	34	61.81
Unión libre	10	18.18
Soltero	3	5.45
Divorciado	7	12.72
Viudo	1	1.81
total	55	100

FUENTE. Encuestas realizadas

**Grafica 3.** Porcentaje por estado civil de los médicos de la UMF 92 en el periodo mayo a noviembre del año 2013. ( n = 55 )



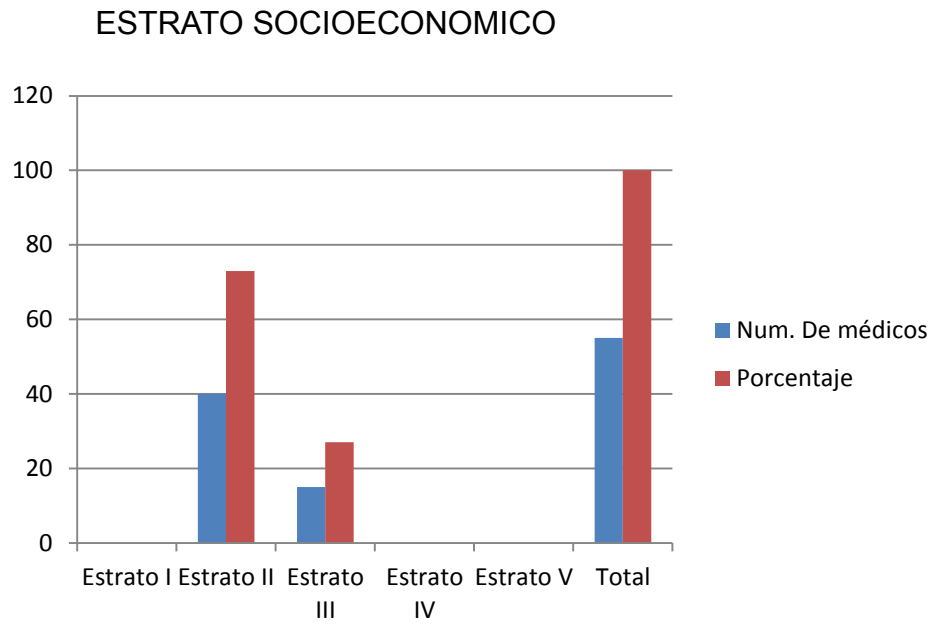
FUENTE. Encuestas realizadas

**Tabla 4.** Porcentaje del estrato socioeconómico de los médicos de la UMF 92 en el periodo mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )

	Num. De médicos	Porcentaje
Estrato I	0	0
Estrato II	40	73
Estrato III	15	27
Estrato IV	0	0
Estrato V	0	0
Total	55	100

FUENTE. Encuestas realizadas

**Grafica 4.** Porcentaje del estrato socioeconómico de los médicos de la UMF 92 en el periodo mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )



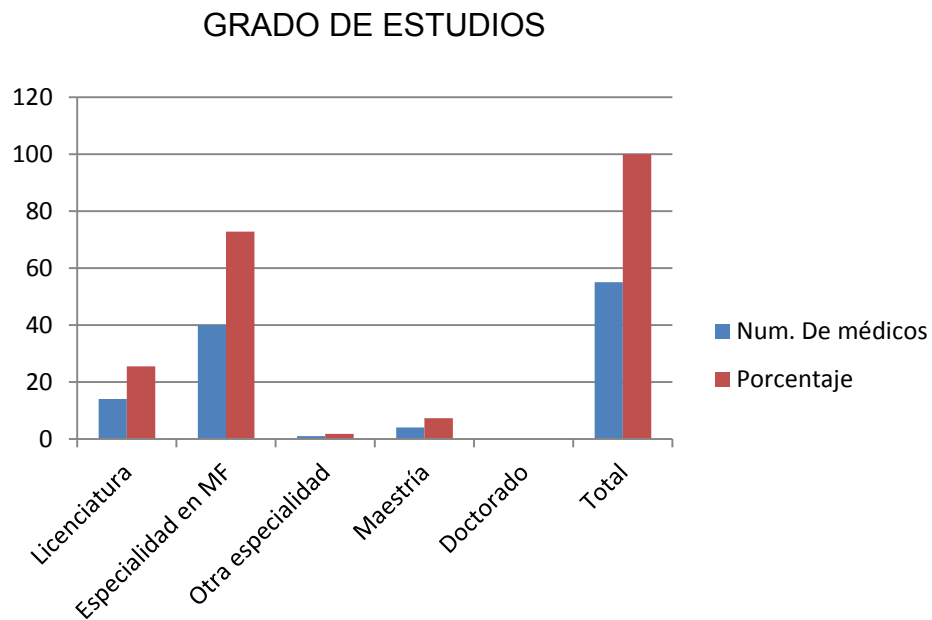
FUENTE. Encuestas realizadas

**Tabla 5.** Porcentaje por grado de estudios en los médicos de la UMF92 en el periodo mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )

	Num. De médicos	Porcentaje
Licenciatura	14	25.45
Especialidad en MF	40	72.72
Otra especialidad	1	1.81
Maestría	4	7.27
Doctorado	0	0
Total	55	100

FUENTE. Encuestas realizadas

**Grafica 5.** Porcentaje por grado de estudios en los médicos de la UMF92 en el periodo mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )



**GRADO DE ESTUDIOS**

FUENTE. Encuestas realizadas

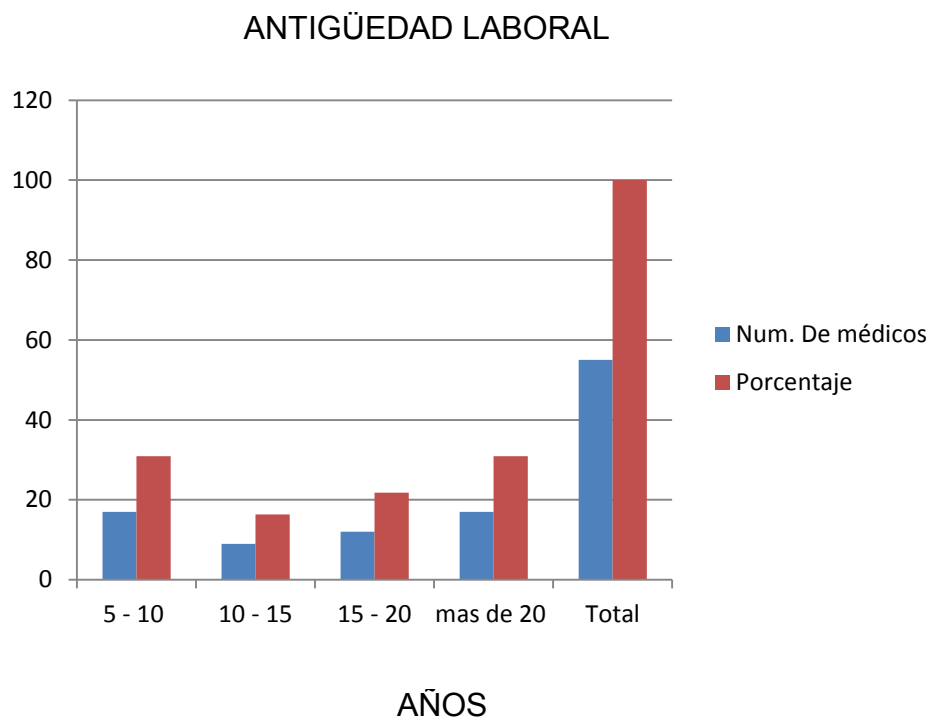


**Tabla 6.** Porcentaje de antigüedad laboral en los médicos de la UMF 92 en el periodo de mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )

	Num. De médicos	Porcentaje
5 – 10	17	30.90
10 – 15	9	16.36
15 – 20	12	21.81
Mas de 20	17	30.90
Total	55	100

FUENTE. Encuestas realizadas

**Grafica 6.** Porcentaje de antigüedad laboral en los médicos de la UMF 92 en el periodo de mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )



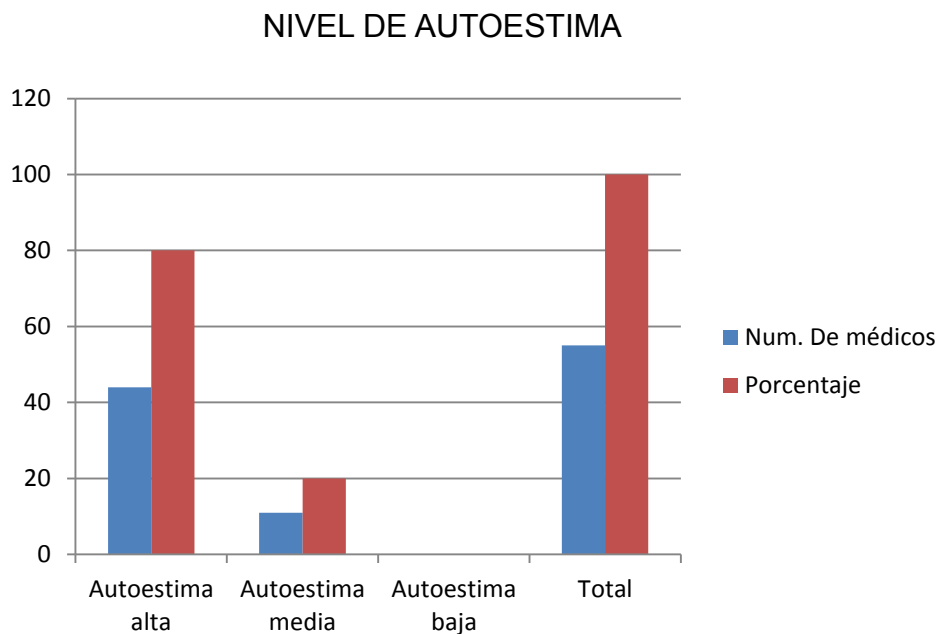
FUENTE. Encuestas realizadas

**Tabla 7.** Porcentaje del nivel de autoestima en los médicos de la UMF 92 en el periodo de mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )

	Num. De médicos	Porcentaje
Autoestima alta	44	80
Autoestima media	11	20
Autoestima baja	0	0
Total	55	100

FUENTE. Encuestas realizadas

**Grafica 7.** Porcentaje del nivel de autoestima en los médicos de la UMF 92 en el periodo de mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )



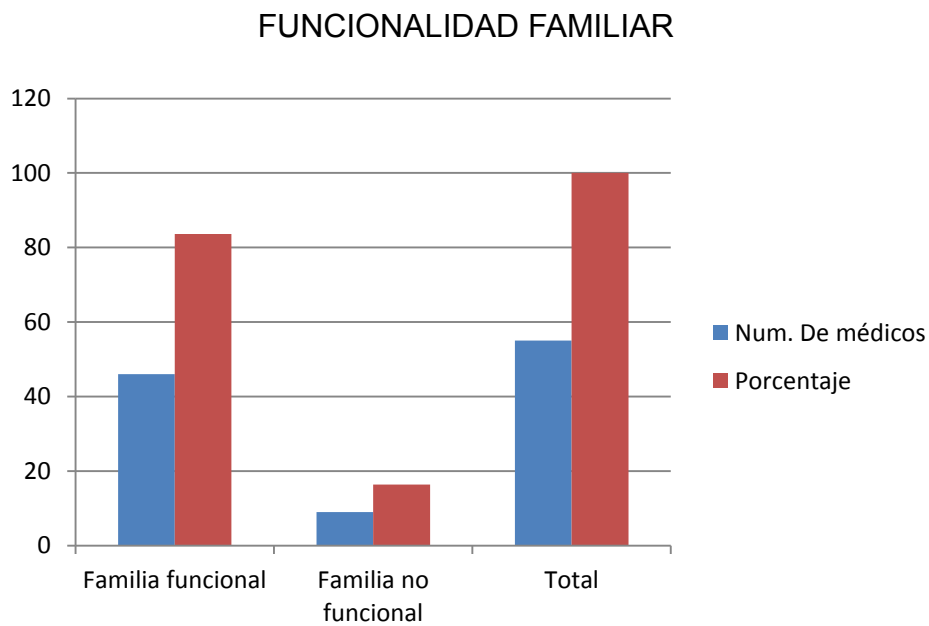
FUENTE. Encuestas realizadas

**Tabla 8.** Porcentaje de la funcionalidad familiar en médicos de la UMF 92 en el periodo mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )

	Num. De médicos	Porcentaje
Familia funcional	46	83.64
Familia no funcional	9	16.36
Total	55	100

FUENTE. Encuestas realizadas

**Grafica 8.** Porcentaje de la funcionalidad familiar en médicos de la UMF 92 en el periodo mayo a noviembre 2013. ( n = 55 )



FUENTE. Encuestas realizadas

## **XI. CONCLUSIONES.**

Mediante la investigación realizada, concluimos que la autoestima en los médicos de las UMF 92 en un 80% se encuentra alta de acuerdo a la clasificación de Rosemberg

El 83.6% de los médicos de las UMF 92 tienen familias funcionales, con lo que se concluye que existen en la mayoría de los médicos familias funcionales.

Por otro lado se observó que en cuanto a grado de estudios predomina la especialidad en medicina familiar, así como en cuanto a estrato socioeconómico alto.

En el estudio practicado en las UMF 92, concluimos que los médicos que presentan niveles altos de autoestima tienen familias funcionales. Encontrando que sí existe relación entre estas dos variables, en este grupo de médicos investigados.

## **XII. RECOMENDACIONES.**

Se recomienda que los próximos estudios se puedan realizar en una población mayor, que permita demostrar resultados más significativos entre la funcionalidad familiar como causa de los niveles de autoestima que permitan futuro darnos mayor trascendencia a nivel nacional

En este estudio se observó la relación entre autoestima con la funcionalidad familiar en médicos en una unidad de medicina familiar donde únicamente se maneja dos turnos de trabajo, sin embargo valdría la pena realizar este estudio en médicos de otras aéreas en las cuales pueda tomarse en cuenta otros turnos de trabajo como el nocturno o jornadas acumuladas.

Se recomienda realizar estudios en poblaciones más grandes, para obtener resultados más significativos, que a futuro puedan darnos mayor trascendencia a nivel nacional.

### **XIII. BIBLIOGRAFIA.**

1. Fernandez O, Monroy C, Orozco S. Autoestima. En: Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de medicina familiar . 3ra. Ed. México D. F: Ed. Medicina Familiar mexicana; 2007. p. 76-89.
2. Branden N. La Importancia del Autoestima. En: Branden N. Como Mejorar El Autoestima. 1ra Ed. México D.F: Paidos; 1993. p. 1 – 4.
3. Naranjo PML. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Revista electrónica actualidades investigativas en educación [revista en línea]. 2007 [acceso el 20 enero 2013]; 7(3): 1-27. disponible en: [http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx\\_magazine/autoestima.pdf](http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/autoestima.pdf)
4. Roja BCA, Zegers PB, Förster MCE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev Méd Chile. 2009; 137 (6): 791-800.
5. Vázquez MAJ, Jiménez GBR, Vázquez MJR . Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. Apunt Psicol. 2004; 22 (2): 257-255.
6. Aguirre MC, Vauro DR. Autoestima y autoeficacia de los chilenos. CyT. 2009; 11(32):111-116.
7. Gutiérrez S, Camacho C, Martínez M. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. Aten Prim.; 2007; 39 (11): 597-603.
8. Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Salud Pub Mex. 2007; 49:3-10.
9. Kai KL, Ching YC, Bee HL, Shih TH. Social support and family functioning on psychological elderly Chinese. Arch Geront Geriat. 2007; 44(2):203-213.

10. Syed MMA, Mishra BN. Are the future doctors low on mental health and self esteem: A cross sectional study from a rural health university. *Indian J Prev Soc Med.* 2009; 40 (3): 189-193.
11. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva.* 2007; 3(3): 271-283.
12. Estrella S, Suárez B. Introducción al estudio de la dinámica familiar. *Rampa.* 2006; 1 (1): 38-47.
13. García HD. Enfoque familiar en la atención primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. *Rev Med Chile.* 2010; 138 (11): 1463-1464.
14. González BI, Lorenzo RA. Propuesta teórica acerca del estrés familiar. *Rev Elect Psicol Iztacala.* 2012; 15 (2): 416-432.
15. Sandoval M, Reducindo V, Islas G. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado. *Rev Esp Med Quirurg.* 2011; 16 (4): 221-228.
16. Romero TMB, Santillana MMA, Haro EJA. Enfoques de estudio de la familia: sociológico, antropológico, económico, psicológico, sistémico, psicoanalítico, médico-familiar. En: Anzurez CR, Chávez AV, García PMC, Pons AON, editores. *Medicina Familiar.* México: Editorial Corporativa Intermédica; 2008. p. 51-84.
17. Huerta GJL. La familia como unidad de estudio. En: Huerta GJL, autor. *Medicina familiar: la familia en el proceso salud enfermedad.* 1ra.ed. México, D.F: Ed. Alfil; 2005. p. 9-52.

18. Guadarrama RG, Marquez MO, Veytia LM, León HA. Funcionamiento familiar en estudiantes de nivel superior. *Rev Elect Psicol Iztacala*. 2011; 14 (2): 179-192.
19. Ponzetti JJ, Long E. Healthy family functioning: a review and critique. *Family Therapy*. 1989; 16 (1): 43-50.
20. Satir V. Nuevas relaciones en el núcleo familiar. 2da. Ed. México, D.F: Editorial Pax; 2002.
21. Vargas LCJ, Interrelación entre nivel de autoestima de adolescente y nivel de disfunción familiar. Distrito de Hunter, Arequipa, 2007. *CiEN DES*. 2010; 12: 69-76.
22. Gutiérrez SP, Camacho CN, Martínez MML. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Aten Prim*. 2007; 39 (1): 597-603.
23. Grau C, Fernández HM. Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales Sis San Navarra*. 2010; 33 (2): 2010.
24. Giraldo MH, Helen RM, Uribe GE, Cardona D. Costos de la atención en salud en pacientes hiperfrecuentadores de tres centros de salud. Medellín, 2007-2008. *Rev Salud Pub Medellín*. 2010; 4(2): 41-52.
25. Gómez E, Kotliarenco MA. Resiliencia familiar: Un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Rev Psicol*. 2010; 19 (2): 103-132.
26. León CA, Rodríguez AC, Ferrel OFR, Ceballos OGA. Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicol Caribe*. 2009; (24): 91-105.

27. Quijada FMA, Pons AON, Solís VM, Hernández JR, García CLR, Flores MA. El diseño y validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Médico de Familia*. 2010; 18(2): 89-96.
28. González C, Mejía M, Angulo I, D Ávila M. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los andes. Mérida, Venezuela. *MedULA*. 2005; 12(1): 23-26.



## XIV. ANEXOS.

### Anexo 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.92.  
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**ANEXO 1 “CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO”**

**Nombre del Estudio:** Autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en médicos de la unidad familiar 92

**Ecatepec de Morelos, Estado de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud 1401**

Este estudio tiene como objetivo medir el nivel de autoestima y la funcionalidad familiar en los médicos de la unidad de medicina familiar 92. Su importancia radica en la detección oportuna de los bajos niveles de autoestima, así como familias no funcionales en los médicos de la unidad de medicina familiar 92, los resultados nos permitirán conocerla relación que hay entre autoestima y la funcionalidad familiar de los médicos.

El **procedimiento** por el cual se obtendrá su información en caso de aceptar será a través de la requisición de la Escala de Rosemberg, Método de Graffar y FUNQI.

La aplicación de escala de Rosemberg y FUNQI no generará ningún riesgo a su salud (**riesgo menor al mínimo de acuerdo a la ley general de salud**); por lo tanto, usted tendrá como **beneficio** el conocer Los niveles bajos de autoestima o familias no funcionales y de esta manera pueda ser **enviada** al servicio de Psicología para su atención. Así como, conserva su derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, considerando sus datos **bajo estricta privacidad y confidencialidad**,

**En caso de Duda o Aclaraciones podrá dirigirse a:**

**Investigador responsable:** Dra. Fabiola Castillo Arroyo / Médico residente de la UMF 92 IMSS. Tel 57559422, Ext. 51456.

**Colaborador:** Olivia Reyes Jiménez / Prof. Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar del IMSS UMF 92 IMSS. Tel 57559422, Ext. 51456. Raúl Velázquez Vargas / Prof. Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar del IMSS. UMF 92 IMSS. Tel 57559422, Ext. 51456.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Av. Cuauhtémoc 330, 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos. Colonia Doctores México, D.F., C.P 06720. Tel. (55) 56 27 69 00, ext. 21230, correo electrónico: [comisión.ética@imss.gob.mx](mailto:comisión.ética@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante**

\_\_\_\_\_  
Dra. Fabiola Castillo Arroyo  
**Investigador principal.**

**Testigo 1**

**Testigo 2**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, dirección, relación y firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, dirección, relación y firma**

Anexo 2



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.92.  
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

“CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN”

**Instrucciones:** Solo podrá ser llenado por el entrevistado: Requisita y tache la respuesta otorgada.

Nombre: _____	
Edad: _____	Género: _____
Turno de labores: _____	TM: ( )      TV ( )
<b>Grado de Estudio:</b>	
a) Licenciatura en Medicina	
b) Especialidad en Medicina Familia	
c) Otra especialidad _____	
d) Maestría Cuál? _____	
e) Doctorado. Cuál? _____	
<b>Estado civil:</b>	
	-Casado/a ( )                      - soltero/a ( )
Antigüedad laboral:	Menor a 5 años ( )
	De 5 a 10 años ( )
	De 10 a 15 años ( )
	De 15 a 20 años ( )
	De 20 años a mas ( )

### Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO ORIENTE  
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92

#### “ESCALA DE ROSEMBERG”.

Nombre: \_\_\_\_\_

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

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

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Resultado. \_\_\_\_\_



### “INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FUNQUI”

Nombre: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES. Coloque una “X” en la casilla en donde usted considere que se encuentre su familia en el último mes.

1. Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
2. Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
3. Se siente tenso al cuidar a un familiar enfermo.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
4. Se respeta a las personas de mayor edad en la familia.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
5. Nos apoyamos entre los integrantes de la familia.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
6. En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
7. Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
8. Acudimos a fiestas de familia o amigos.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
9. Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
10. Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )

11. Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
12. Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
13. Las reglas en casa las hace papá, mamá, o la persona de mayor edad.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
14. Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
15. Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
16. Se habla con groserías o malas palabras dentro de la casa.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
17. Salimos a compartir o convivir con amigos  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
18. Siente que el cuidar a un familiar enfermo ha afectado su salud  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
19. En nuestra familia hablamos sobre sexualidad.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
20. Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
21. Se respetan las decisiones que se toman en la familia  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
22. Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en casa  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
23. Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )

24. Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
25. Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
26. Ha habido golpes entre los miembros de nuestra familia.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
27. Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
28. Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
29. Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia.  
Nunca ( ) casi nunca ( ) a veces ( ) casi siempre ( ) siempre ( )

Resultados . \_\_\_\_\_