

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**No. DE REGISTRO 3599/2013 SF**

**“INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR SOBRE SÍNTOMAS CLÍNICOS  
EN ADOLESCENTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR”.**

**Responsable:**

**Dra. En C. E. Clementina Jiménez Garcés**

**Colaboradora:**

**Dra en C. Patricia Vieyra Reyes**

**Colaboradora:**

**Dra. En C. E. Margarita Marina Hernández González.**

**Líder del Cuerpo Académico en investigación Básica y Educativa en  
Neurofisiología:**

**Dra. En C. Patricia Vieyra Reyes.**

**Coordinador de Investigación y Estudios Avanzados:**

**Esp. en C.G. Mario Alfredo Jaramillo García.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CON No. DE REGISTRO 3599/2013 SF

**INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR SOBRE SÍNTOMAS CLÍNICOS  
EN ADOLESCENTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR.**

**Clementina Jiménez Garcés, Patricia Vieyra Reyes y Margarita M Hernández  
González.**

**Introducción:** La familia, hasta mediados del siglo XIX, se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen, la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad. Citados por Farfán y Cols (1999).

El funcionamiento y los problemas de la familia, parecen ser el aspecto medular del análisis sobre la crisis universal de valores. Se estudia este trascendente conjunto humano desde diversas perspectivas y dimensiones, quizá con el propósito de adjudicarle las consecuencias que derivan de su origen y desarrollo evolutivo, tanto para el individuo en particular, como para sociedad en general. (Martínez Calvo, 2001). Se considera como salud familiar a la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es en la que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante. Cuando la familia no puede ejercer sus funciones, se utiliza el término disfuncional. En las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es aproximadamente del 77%. Farfán (1999), Huerta (2001), Rangel y Cols. (2004).

Un entorno familiar 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. Existe un equilibrio interno que mantiene unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, a éste se le ha denominado homeostasis familiar.

Cuando se altera el equilibrio familiar se presenta alta vulnerabilidad a desarrollar una serie de síntomas diversos en algún miembro de la familia o bien desarrollar

enfermedades muchas veces sin explicación biológica lo que suele traducirse como expresión de conflictos personales o de tipo familiar.

El entorno familiar saludable o la alteración pueden representar un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de enfermedad entre sus miembros. Según Prengé (1992) las características de la familia representan una mayor sensibilidad hacia la enfermedad. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones eficazmente, se habla de familia funcional o disfuncional. Farfán (1999), Zdanowics( 2004) y Rangel ( 2004)

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de familias disfuncionales suelen utilizar muy frecuentemente los servicios de salud, denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza de sus síntomas, con frecuencia resulta difícil encontrarle sentido a su problema actual por presentar síntomas vagos o inespecíficos. Farfán (1999) y Huerta (2001).

En un análisis realizado en familias pertenecientes a un área de salud con el objetivo de valorar la percepción por distintos grupos generacionales sobre el funcionamiento de sus respectivas familias así como los principales signos de alarma, se encontró más frecuentemente síntomas inespecíficos tales como: migraña atípica, depresión crónica de difícil manejo, la ansiedad crónica con síntomas difusos, la fatiga crónica, las quejas pediátricas persistentes, el vitiligo y el alcoholismo, que aparecen casi siempre en pacientes que forman parte de familias disfuncionales, pero esto no excluye que algunos aparezcan en familias con buen funcionamiento familiar. Ortega y Cols. (2003).

Un estudio realizado en México, reporto un 88% de familias disfuncionales y solamente un 11% se tipificó como funcionales. La causa de disfuncionalidad fue por estrés manifiesto por enfermedad de alguno de los miembros de la familia en un 5%. (Huerta Martínez, Valadéz Rivas, &Sanchez Escobar, 2001).

En otro estudio se examinaron las diferencias entre los lazos familiares de un grupo normal de sujetos en edades de 13 a 25 años y un grupo con trastornos mentales y se observó que los sujetos sanos provenían de familias notablemente más cohesionadas y adaptables, que las del grupo de enfermos en quienes las familias eran desacopladas-estructuradas y desacopladas-rígidas, de acuerdo con los criterios definidos por Olson. Mientras la adolescencia “normal” está marcada por una disminución en la cohesión familiar con la edad, los adolescentes con trastorno mental provenían de familias que eran menos cohesionadas y adaptables desde el principio, comparados con los jóvenes “normales”. (Zdanowics, Pascal, & Reynaert, 2004).

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan

en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012).

Datos de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y de la OMS, destacan los índices de mortalidad en las Américas por causas externas (CE), aquellas causas diferentes a las naturales que son evitables, como es el caso de los suicidios, homicidios y accidentes. De acuerdo con los datos de mortalidad reportados por los países, se estima que fallecieron poco más de 5,5 millones de personas por CE en la Región en el periodo 1999-2009. Ocurrieron 3,5 millones (64%) muertes entre la población joven y adulta (10 a 49 años) con un promedio de 319 mil muertes por año. De esos 3,5 millones de muertes, el 84% ocurrió entre los hombres, siendo el número de muertes cinco veces mayor que entre las mujeres. Las causas más frecuentes de muerte fueron los homicidios (33%) y los accidentes por transporte terrestre (26%). (Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2012, PAHO/WHO).

**OBJETIVOS:** Se analizó la correlación entre factores del entorno familiar y síntomas clínicos en adolescentes de nivel medio superior.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Se analizaron los factores que producen vulnerabilidad en el entorno familiar.

Se identificaron y correlacionaron los principales factores del entorno familiar con el tipo de síntomas clínicos en los adolescentes.

**METODOLOGÍA:** La presente investigación, se desarrolló con un diseño exploratorio, descriptivo, correlacional. Se utilizaron técnicas cuantitativas con la intención de alcanzar la mayor precisión y exactitud. El estudio se realizó con una muestra probabilística, aleatoria, estratificada bietápica y por conglomerados. En el estudio se incluyó a 655 estudiantes adolescentes de nivel medio superior de la Ciudad de Toluca Estado de México, entre 15 y 18 años de edad. A los cuales se les aplicó una serie de cuestionarios estructurados y validados para la medición de las variables en estudio

**RESULTADOS:** Los puntajes del entorno familiar se distribuyeron en varias categorías para cada factor y se asociaron con el grado de vulnerabilidad a la crisis, de acuerdo con el puntaje resultante por factor. La escala que va de mayor a menor vulnerabilidad y dependiendo del puntaje esperado por factor se ubicaron en las categorías de familias funcionales, moderadamente funcionales y disfuncionales. El manejo de la información se realizó, respetando los indicadores de OMS y OPS.

Con respecto al tipo de funcionalidad familiar, según opinión de los adolescentes el porcentaje más alto correspondió a familias funcionales con un 75.7%, familias moderadamente funcionales 18% y solamente 5.6% familias

disfuncionales, ello indica que la mayoría de los estudiantes adolescentes cuenta con familias funcionales.

Al analizar los niveles de funcionalidad por factor, en el apartado que se refiere al tipo de relaciones como parte de los indicadores de salud familiar, se observa que el mayor porcentaje de adolescentes (65%) cuenta con una familia completa, 16% familia extensa y en muchas menores cifras los otros tipos de familias.

Con respecto a la cohesión familiar se identificó una relación estadísticamente significativa con el tipo de familia. En el establecimiento de jerarquías y límites el 88% manifestó clara percepción de roles y límites y un mínimo porcentaje 9% manifestó tendencia al caos en la organización familiar:

En cuanto a la cohesión familiar el 80% contestó tener mayor apego emocional, mayor sentimiento de unión y más explícita expresión de afecto entre los miembros de la familia, y sólo el 17% mostró vulnerabilidad afectiva y emocional.

Estos porcentajes reflejan, que un alto porcentaje de estudiantes adolescentes percibe, contar con familias: funcionales, completas, con jerarquías y límites definidos y con apego afectivo entre los integrantes. El 75% de adolescentes contestó tener buena participación en la solución de problemas y un 19.6% moderada participación.

En lo relativo a la comunicación madre-hijo el 38.7%, percibe buena comunicación, 13.5% moderada y el 36.3% no tiene comunicación. La comunicación padre-hijo 36.8% tiene buena comunicación, 12.6% moderada y 37% no tiene comunicación. En rutinas familiares, el 68.4% tiene espacio y tiempo suficiente para compartir, 19.6% moderadamente y solamente el 12% no comparte rutinas familiares.

El análisis de datos referentes a la presencia de un número de síntomas y conductas de riesgo del adolescente, se observa que el mayor porcentaje de adolescentes (93%), ha presentado pocos síntomas y conductas de riesgo, sólo un 6% valores intermedios y únicamente el 1% presentó alto número de síntomas y como era de esperarse en los mismos porcentajes han acudido en la búsqueda de tratamientos para los problemas de salud. Cabe mencionar que en este factor el tipo de signos y síntomas están mayormente relacionados con adicciones y con el comportamiento de los adolescentes.

En relación a la sintomatología percibida por los adolescentes sobre enfermedades agudas presentadas en los últimos 15 días previos al estudio, se observa, que el 51.1% manifestó sufrir de infecciones respiratorias agudas con

mayor frecuencia, seguramente por las condiciones climáticas propias del Estado de México, sin embargo el segundo lugar corresponde a síntomas estrés y ansiedad con 41.3%, continuándole otro problema de salud propio de la situación hormonal de la edad adolescente que, es el problema dermatológico que cursa con acné en el 37% y nuevamente la sintomatología más frecuente es la relacionada con situaciones de estrés: 30% lesiones accidentales externas, 28.4% enfermedades ácido pépticas (gastritis y colitis nerviosas) y el 27% problemas de hipertensión arterial relacionado con problemas metabólicos, cifras preocupantes para este grupo de edad.

La frecuencia de sintomatología de enfermedades crónicas en los adolescentes, el porcentaje de enfermedades respiratorias crónicas continúa ocupando el primer lugar con 38.7%, gastrointestinales inespecíficas 28.1%, hipertensión 25%, alteraciones auditivas 21.1%, estrés y ansiedad crónica el 20%, alteraciones visuales 18.8%, cefalea 15.1% y otras enfermedades en menores porcentajes.

Al determinar los niveles de depresión, se identificó el 20.5% de adolescentes con depresión leve, 6% depresión moderada y solamente el 1.5% con depresión severa, resultando un total de 28% de adolescentes con algún tipo de depresión. En la frecuencia de problemas de comportamiento, el primer lugar correspondió al involucramiento en riñas alguna vez en su vida con 33.8%, tabaquismo 29.7% y alcoholismo 21.5% cuando menos una vez al mes, inicio de vida sexual casi 19%, intento suicida 9.7% y maltrato físico el 7.9% (alguna vez en su vida). Drogadicción, embarazo y abuso sexual en mínimos porcentajes.

**Conclusiones:** Aparentemente estos datos indican que un alto porcentaje de adolescentes vive en condiciones óptimas de salud familiar, sin embargo el subfactor de mayor vulnerabilidad, está evidenciando que el problema de comunicación entre padre-hijo y madre-hijo es el que está llamando la atención, ya que en promedio el 37% de adolescentes no tiene comunicación con sus padres, identificando correlación positiva débil estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y comunicación padre-hijo y madre-hijo.

En el factor referente a problemas de salud y comportamiento, las enfermedades infecciosas ocuparon el primer lugar en el 51.1%, el segundo lugar estrés y ansiedad con 41.3%, continuándole problemas dermatológicos con 37% , lesiones accidentales externas 30%, gastritis y colitis nerviosa 28.4% y problemas de hipertensión 27%.

Con respecto a la sintomatología de enfermedades crónicas igualmente el primer lugar fue para enfermedades infecciosas con 38.7%, y en orden decreciente enfermedades gastrointestinales inespecíficas (gastritis y colitis), 28.1%, hipertensión 25%, alteraciones auditivas 21.1%, estrés y ansiedad 20% y en menores porcentajes otro tipo de enfermedades, identificando correlación positiva débil estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y cefalea por estrés, evidenciando un 13.5% de casos de cefalea en estudiantes

provenientes de familias disfuncionales 28.6% de familias moderadamente funcionales y en menor porcentaje 11.8% en estudiantes de familias funcionales.

Así mismo se identificó correlación inversa débil estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y síntomas de hipertensión, mostrando mayor porcentaje de casos de hipertensión en la modalidad de “algunas veces” con 38% en adolescentes provenientes de familias disfuncionales 37% de familias moderadamente funcionales y sólo 17% de familias en los de familias funcionales. Lo que se traduce como a menor funcionalidad familiar mayores síntomas de hipertensión arterial.

También se encontró correlación positiva débil entre funcionalidad familiar y síntomas de estrés y ansiedad crónica, notándose mayor frecuencia con 50% en estudiantes de familias moderadamente funcionales que en los provenientes de familias disfuncionales.

### **METAS CUMPLIDAS:**

Dos tesis de Licenciatura

Artículo de investigación

Tres capítulos para libro

Presentación en dos Congresos Internacionales

Presentación de resultados en un Congreso Nacional

### **BIBLIOGRAFÍA**

Abarca Rodriguez, A. y. (2005). Actualidades Investigativas en educación. *Revista electrónica* (5).

Alonso Chávez, I. (2006). Bienestar Psicologico y su influencia en el rendimiento academico de estudiantes de nivel medio superior. *Tesis de Maestria en Psicología Aplicada* . Colima, Colima, México.

Andrade, [http://www.unesco.cl/medios/biblioteca/docuemntos/eaprendizaje\\_rendimiento\\_academico\\_2\\_medio\\_santiago.pdf?menu=/esp/atematica/evalcontexinterc/dodig/](http://www.unesco.cl/medios/biblioteca/docuemntos/eaprendizaje_rendimiento_academico_2_medio_santiago.pdf?menu=/esp/atematica/evalcontexinterc/dodig/). Recuperado el 18 de Noviembre de 2005

Behrman, R. K. (2001). *Tratado de pediatría* (16 ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Boschetti Fentanes, B. (2004). La depresión y su manejo. *Arch.Med fam* , 6 (3), 61-62.

Bragado, C. B. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema* , 11 (14), 939-956.

Caballero C., , A. (2008). Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. . *Avances en psicología Latinoamericana* , 98-111.

Calzada L., R. A. (2001). La adolescencia. *Acta pediátrica de México* , 22 (4), 288-291.

Campo-Arias, A. D. (2006). Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Un Análisis diferencial por sexo* . Cartagena, Colombia.

Cascón, I. (2002). (U. W. Page, Ed.) Recuperado el 15 de abril de 2009

Cervantes-Peña, G. y. (2000). Panorama Epidemiológico de los adolescentes . Centro Nacional para la salud de la Infancia y Adolescencia/SSA .

Chamblás, I. M. (2006). Funcionamiento familiar. Una mirada desde los hijos/estudiantes de enseñanza media de la provincia de Concepción. *Rev Electrónica de Trabajo Social* , Chile.

Ciurana, M. (2002). Detectar la depresión; el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *aten Primaria* . , 29 (6), 329-337.

Contreras K., , C. (2008). Factores asociados al fracaso académico en estudiantes universitarios de Barranquilla Colombia . *Psicología desde el caribe* , 110-135.

Contreras, F. E. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Perspectivas en Psicología* , 1 (2), 183-194.

De la Peza, C. R. (2005). Relación entre variables cognitivo- emocionales y rendimiento académico: Un estudio con Universitarios. *Iber psicología* , 10 (7).

Delgado A., A. y. (2004). *Contexto Familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia*. Madrid: Pearson educación.

Delgado A., O., & Parra J., A. (2004). Contexto Familiar y desarrollo psicologico durante la adolescencia. (E. Arranz, Ed.) *Familia y desarrollo psicologico* , 96-123.

Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J., Carnejo Macias, M., & Forcelledo Llano, C. (2002). Analisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. *Revista Cubana Medica Gneracion integral* , 18.

Eguiluz, R. y. (2003). *Dinámica de la familia, un enfoque sistémico, México*. PAX.

Encuesta Nacional de Adicciones:Tabaco, alcohol y otras drogas. (2002). México: (CONADIC).

Farfán Salazar G. y Cols. (1999). *PAC MF-1 Programa de actualización Continua en Medicina Familiar* . México: Intersistemas editores.

Games Eternod, J. P. (1997). *Introducción a la pediatría* (6ª ed.). México: Mendez editores.

García V., C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. adaptación Cubana. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* , 88.97.

Gaviria L, M. L. (2002). Analisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato S1 en Medellín. *Informe final* . (F. d. Medicina, Recopilador) Antioquia, Colombia: OPS/OMS.

Gómez Fragueta, J. L.-M. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International journal of clinical and Health Psychology* . , 6 (3), 581-597.

Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2012, Publicación de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO/WHO).



