



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS**

POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Tesis previa a la obtención del
Título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON
EL CONTEXTO FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL.**

JADÁN, GUALACEO 2015

Autor: Dra. Elsa Noemí Pulla Llanos

CI: 0102353091

Directora: Dra. Diana Patricia Vanegas Coveña.

CI: 0102545340

Cuenca – Ecuador

2017



RESUMEN

Antecedentes: La autoestima está relacionada con el buen desempeño social, familiar y laboral de los individuos; sin embargo, los factores que condicionan la autoestima aún no se han establecido con certeza, por lo que se han realizados estudios de la autoestima con diferentes resultados para grupo etario.

Objetivos: Determinar la relación de la autoestima de los adolescentes de la parroquia Jadán con el contexto familiar, escolar y social, Gualaceo 2015.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, observacional, analítico-transversal en 260 adolescentes escolarizados de la parroquia Jadán, Gualaceo – Azuay, 2015. Las variables cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar, se aplicó la prueba de chi cuadrado para establecer asociaciones. Los resultados de las pruebas estadísticas se consideraron significativos cuando $p < 0,05$.

Resultados: La frecuencia de autoestima alta fue de 32,7%, autoestima media 54,2% y autoestima baja 13,1%. Se encontró asociación entre el nivel de autoestima y el hábito tabáquico, riesgo de suicidalidad, nivel de agresividad y funcionalidad familiar. En el análisis se determinó que las variables que tienen mayor influencia para la autoestima baja fueron el riesgo de suicidalidad y la disfuncionalidad familiar.

Conclusiones: En el presente estudio se concluyó que la Autoestima Media tuvo una mayor frecuencia comparada con el alta y la baja autoestima en los adolescentes de Jadán. Existe asociación entre la disfuncionalidad familiar y el riesgo de suicidalidad con la autoestima baja.

Palabras claves: AUTOESTIMA, RIESGO DE SUICIDALIDAD, ADOLESCENTES, ESCOLARES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR, NIVEL DE AGRESIVIDAD.



ABSTRACT

Introduction: The self-esteem is related with the good performance social, family and labor of individuals; however, the factors that affect the self-esteem have not yet been established with certainty, so that studies have been carried out self-esteem with different results for age group.

Objectives: To determine the relationship of the self-esteem of adolescents from the Jadan parish with the context of family, school and social, Gualaceo 2015.

Materials and Methods: a quantitative study, an observational, analytical-transversal in 260 adolescents of the parish Jadan, Gualaceo - Azuay, 2015. The quantitative variables are presented as mean and standard deviation, was applied the chi square test was used to establish associations. The results of the tests estadísticas were considered significant when $p < 0.05$.

Results: The frequency of high self-esteem was 32.7%, 54.2% average self-esteem and self-esteem low 13.1%. No association was found between the level of self-esteem and smoking, risk of suicidality, level of aggression and family functionality. In the multivariate analysis, it was determined that the variables that have more influence over the self-esteem were the risk of suicidality and family dysfunction.

Conclusions: In the present study, it was concluded that the average self-esteem had a higher frequency compared with the high and low self-esteem in adolescents in Jadan. There is an association between family dysfunction and the risk of suicidality with low self-esteem.

Keywords: SELF-ESTEEM, RISK OF SUICIDALITY, ADOLESCENTS, SCHOOL, FAMILY FUNCTIONING, LEVEL OF AGGRESSIVENESS.

**ÍNDICE**

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
AUTORÍA	6
RESPONSABILIDAD	7
AGRADECIMIENTO	8
DEDICATORIA	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	14
CAPÍTULO III	23
3.1 HIPÓTESIS	23
3.2 OBJETIVO GENERAL	23
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
CAPÍTULO IV	24
4.1 Tipo de estudio	24
4.2 Área de estudio	24
4.3 Población de estudio	24
4.4 Muestra	24
4.5 Tamaño de la muestra	24
4.6 Asignación de los pacientes al estudio	25
4.7 Variables	25
4.9 Operacionalización de variables (Anexo 1)	25
4.10 Criterios de inclusión y exclusión	25
4.11 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos	26
4.12 Plan de análisis	29
4.13 Aspectos éticos	29
CAPÍTULO V	30
5. Resultados	30



CAPÍTULO VI.....	52
6.0 DISCUSIÓN.....	52
CAPÍTULO VII.....	58
7.1 Conclusiones	58
7.2 Recomendaciones	59
8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
9.0 ANEXOS.....	68
Operacionalización de variables	68



AUTORÍA



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Dra. Elsa Noemí Pulla Llanos, autora de la tesis **“AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL. JADÁN, GUALACEO 2015”** certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, enero de 2017

Dra. Elsa Noemí Pulla Llanos

CI # 0102353091



RESPONSABILIDAD



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Dra. Elsa Noemí Pulla Llanos, autora de la tesis **“AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL. JADÁN, GUALACEO 2015”** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, enero de 2017

Dra. Elsa Noemí Pulla Llanos

CI # 0102353091



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y la oportunidad de cumplir mi meta como especialista.

A mi padre por ser mi referente para no rendirme nunca.

A mi madre por su bondad y amor conmigo, quien siempre me acompañó en mis momentos más difíciles.

A mis amigas y futuras colegas, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por escucharme en cada momento que lo necesité.

A mi directora de tesis Dra. Diana Vanegas quien con su inteligencia y conocimientos me guio en el desarrollo de este estudio.

A los docentes de Medicina Familiar que a más de enseñar la parte teórica, me enseñaron a ser más humana y paciente.

A los docentes del colegio de Jadán, quienes me permitieron realizar el estudio y me facilitaron la aplicación de los test de la investigación.

A los adolescentes del colegio por mostrarme su interés en el estudio y dedicar parte de su tiempo para llenar los test, y que sin su ayuda no se hubiera podido realizar.

Gracias a todos.

Dra. Elsa Noemí Pulla Llanos



DEDICATORIA

Le dedico esta tesis a mi esposo Christian, quien me motivo a seguir esta especialidad, quien me supo apoyar con su paciencia y comprensión. Por disculparme por cada momento perdido junto a él, y esperarme siempre en casa a que regrese de mi larga jornada.

Y a Marithza, Luli y Eli, mis amigas incondicionales, que no permitieron que me rinda, con sus consejos, risas y ocurrencias siempre salimos adelante.

Dra. Elsa Noemí Pulla Llanos



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de profundos cambios fisiológicos, físicos y psicológicos, por lo que se la define como una de las etapas más importantes de la vida del ser humano. En esta etapa de la vida se construye una imagen de nosotros mismos y de las relaciones factuales con el medio ambiente.

Dependiendo de los valores y de los objetivos que se propongan en la vida los jóvenes definen la apreciación y valoración de sí mismos. En otras palabras, la autoestima es un concepto mental, un sentimiento o concepto de cómo se ven a sí mismos, lo cual se va transformando poco a poco es un proceso de aprendizaje y de cambios. La autoestima está basada en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que se han ido incorporando durante la vida (1).

La autoestima es aprender a querernos, respetarnos y cuidarnos. Depende esencialmente de la educación en la familia, la escuela y el entorno (2).

Los objetivos que se plantean en este estudio son determinar la relación existente entre una baja autoestima con el ámbito familiar, escolar y social.

La autoestima se ha definido, hasta ahora, como la autovaloración que hace el sujeto de sus cualidades y sus carencias, de sus posibilidades y sus límites (3). Nadie nace con alta o baja autoestima, esta se alimenta en el diario vivir y de su influencia socio - familiar, siendo la infancia y adolescencia los periodos clave para su formación (3).

La autoestima del/la adolescente se debe analizar con una perspectiva multidimensional, es decir tanto en el ámbito familiar, escolar y social, ya que el adolescente puede sentirse aceptado dentro de su familia, pero rechazado en otro medio o viceversa.

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico-transversal en el que participaron 260 adolescentes escolarizados de Jadán-Gualaceo 2015.



Obteniéndose como resultados una frecuencia de 32,7% para la Autoestima Alta, una frecuencia de 54,2% para la Autoestima Media, y una frecuencia de 13,1% para la Autoestima Baja.

La investigación se desarrolla en los siguientes capítulos: Capítulo I: introducción, planteamiento del problema y pregunta de investigación, justificación. Capítulo II: Fundamento teórico. Capítulo III: Hipótesis, objetivo general y específicos. Capítulo IV: Metodología. Capítulo v: resultados. Capítulo VI: discusión, Capítulo VII: conclusiones y recomendaciones. Bibliografía y Anexos.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En varios estudios se ha visto que la autoestima está directamente relacionada con la satisfacción vital del/la adolescente. En el transcurso diario de la consulta se ha podido evidenciar que la mayoría de los adolescentes atendidos tienen cierto temor de expresarse, limitándose a contestar solo lo que se les pregunta. En muchas ocasiones llegan solos, ya sea porque sus padres se encuentran en el exterior, trabajando o ni se enteran de que ellos acuden a la consulta.

La funcionalidad familiar es un factor que tiende a influir en la autoestima de los/las adolescentes. Las personas con mayor autoestima muestran una mayor intimidad con sus madres y sus padres, en otras palabras, se sienten unidos y se llevan bien con ellos y con ellas. (4)

En un estudio realizado por Landero Hernández & Villarreal González (2007), se señala una relación directa entre el consumo de alcohol de los progenitores y el de sus hijos adolescentes, destacándose que el uso de alcohol por parte del padre es el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente, sin desestimar la importancia de la presión grupal en el consumo, el que aumenta su riesgo si los/las adolescentes tienen problemas en su autoestima. (5)

Generalmente los/las adolescentes que tienen una autoestima baja tienen problemas de aprendizaje con rendimientos académicos bajos, lo cual a su vez genera una serie de reacciones negativas como son falta de interés en los estudios



con el consecuente abandono, hostilidad, y desgano, que repercuten directamente en las posibilidades de bienestar y éxito (1).

De acuerdo con Haeussler y Milicic (1995), estudios realizados sobre la relación de distintas variables con el rendimiento académico, muestran que los estudiantes con autoestima alta, obtienen mejores logros académicos que aquellos y aquellas con autoestima baja. (6)

Con respecto a los intentos o conductas suicidas observados por los psicólogos, es de conocimiento general que los adolescentes no se suicidan en respuesta a un solo hecho perturbador, sino que lo hacen en el contexto de problemas familiares y personales duraderos. En la obra de Craig (1997) también se atribuye el dramático incremento en el suicidio de adolescentes, a las crecientes presiones para que los niños tengan logros y sean responsables desde muy pequeños. Otros han culpado a los medios de comunicación de masas, llevando a una baja autoestima, anorexia, bulimia y otros trastornos, (lo cual también fue tomado en cuenta por Rivarola y Penna, 2006) (5)

Las alteraciones en la autoestima que pueden llegar a sufrir los adolescentes, se evidencian en las casas y en las aulas, a través de problemas de conducta, abulia y desinterés, que lleva a un menor rendimiento y a dificultades interpersonales. Por ello es tan importante la detección de este tipo de comportamientos en los distintos ámbitos de desarrollo adolescente.

De aquí nace la idea de realizar un estudio para determinar el nivel de autoestima que manejan los/las adolescentes del Colegio de Jadán.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de la Autoestima de los/las Adolescentes de la parroquia de Jadán con el contexto Familiar, Escolar y Social?



JUSTIFICACIÓN

Es importante hablar sobre la autoestima ya que muchas veces las personas suelen centrarse en los resultados académicos, en el nivel de aceptación que otras personas tienen sobre ellas, en el aspecto físico y es de esta forma como el aspecto psicológico y emocional queda a un lado y no se le da la importancia que realmente requiere.

El determinar la autoestima de los jóvenes es de interés para el personal de salud y de educación porque permite identificar las carencias y las potencialidades, factores necesarios para abordar problemas de aprendizaje y de adaptabilidad individual, familiar y social. Por dar unos ejemplos el autoconcepto y la auto dignidad son pilares de la personalidad; la autorrealización es un factor que influye en la vida emocional presente y futura.

A nivel Académico, este estudio tiene importancia porque los docentes van a poder detectar problemas de la autoestima de los/las adolescentes de forma oportuna.

A nivel comunitario se va a socializar con las autoridades de la comunidad de Jadán sobre la importancia de fortalecer la autoestima de los adolescentes, para desarrollar talleres con la participación de ellos y, donde se va a evidenciar sus habilidades y destrezas.

A pesar que se han identificado algunos estudios realizados en adolescentes en el país, aún no existe uno en el que se haya analizado la autoestima de los adolescentes de la parroquia Jadán, por lo que este estudio es el punto de partida para muchas investigaciones futuras.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Autoestima es la valoración positiva o negativa que una persona hace sobre sí misma, en función de los pensamientos, sentimientos y experiencias. (7)

La prevalencia de esta enfermedad varía según el país, así en Kosovo se reportó una frecuencia de baja autoestima del 52,7% (8). Por otra parte, en un estudio realizado en adolescentes escolarizados de Santa Marta-Colombia y con bajo rendimiento académico, la prevalencia es del 6,4% de autoestima elevada, 42,2% de autoestima media y 51,4% autoestima baja (9). De igual manera, otro estudio realizado en adolescentes de Santa Marta reportaron una frecuencia de autoestima alta de 13%, autoestima media 47,0% y autoestima baja de 40,0% (10). En Ecuador, se ha determinado una frecuencia de autoestima buena del 11%, regular del 56%, insuficiente 22% y deficiente del 11% en un estudio realizado en adolescentes de 12 a 17 años de acuerdo a los resultados del estudio de Mera López del año 2012. (11)

Para Rosenberg, la autoestima es la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo (12). Coopersmith, considera que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y mantiene de sí mismo; esta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo es capaz, importante, exitoso y valioso (13).

Freud definió a la autoestima como amor propio del hombre (14); de aquí parte la importancia de valorar el nivel de la autoestima en los adolescentes y determinar los factores que pueden influir en ella. Además cabe recalcar que la baja autoestima es un problema muy común en los adolescentes (15) con tendencia a formarse una imagen negativa de ellos.

Para Krauskopf, la adolescencia es una etapa de la vida en la que ocurren cambios físicos, biológicos, psicológicos, sociales y de la personalidad (16). La adolescencia es un cambio por el que pasan los jóvenes en busca de la propia identidad (17).



La autoestima se ha estudiado como uno de los principales indicadores de bienestar psicológico y se ha mostrado que la alta autoestima personal y social puede ser considerada un factor protector de la salud mental según el estudio de Jiménez, Mondragón y González-Forteza en el año 2007. Según algunos estudios, la autoestima es más baja en la mujer que en el hombre, y estas diferencias, aunque pequeñas, se inician desde la adolescencia como lo afirma Parra y Oliva en el año 2004. (5)

Navarro y Pontillo, registraron en una muestra venezolana prevalencia de alta autoestima en un 77,7%, seguido de 15,9% con nivel de autoestima medio y sólo el 6,4% tiene un nivel de autoestima bajo. (18)

La Adolescencia al ser un periodo crítico (19)(20) ellos son más susceptibles a los cambios que presentan, tanto físicos como emocionales, se ven más influenciados por el medio en el que se desenvuelven, por múltiples inquietudes y dudas que surgen entre ellos. Los/las adolescentes puede tener una imagen de sí mismo favorable o desfavorable y puesto que se desenvuelve en diversos contextos como familiar, escolar y el social, también desarrolla una imagen de sí mismo específica en cada una de ellos (21).

La familia es una unidad biopsicosocial (22) y se toma como la base (23) para el desarrollo de una buena autoestima, y a su vez en ella se van a encontrar factores de riesgo y protección para el/la adolescente, como son: una comunicación pobre, conflictos frecuentes, la cohesión, flexibilidad bajas, el castigo excesivo (20) y el ejemplo de los padres, influyen directamente en la autoestima que ellos desarrollan a lo largo de su vida.

La familia debe tener valores sólidos (24) que ayudará a los adolescentes a enfrentar conductas de riesgo y lograr el desarrollo personal óptimo (25). Las buenas relaciones familiares son las más tempranas y más duraderas de las relaciones sociales, que afectan las actitudes, la resiliencia y bienestar de un individuo (26).



Larose y Boinvin (1998), confirman la influencia que tiene una buena relación de los adolescentes entre 15 a 19 años con sus padres, lo que contribuye a un buen desarrollo psicosocial (27).

Las relaciones padres-hijos (28), influyen en el comportamiento de los/las adolescentes en todos los ámbitos. El apoyo parental desde la infancia contribuye a sus relaciones sociales positivas y de esta forma incide en la aceptación o rechazo de sus pares. Los adolescentes rechazados suelen sentirse poco apoyados por sus padres, mientras que los aceptados valoran el apoyo y comunicación con ellos (29).

Cabe señalar que en la actualidad también se ven influenciados por múltiples transformaciones que se dan en la sociedad. También el apoyo social influye en la autoestima de los/las adolescentes, y puede ser de tipo emocional, de consejo e instrumental. Con el apoyo emocional, ellos pueden compartir sus pensamientos y experiencias personales. El consejo consiste en la entrega de información. El instrumental corresponde a la entrega de ayuda material o servicios a alguien que lo requiere (30).

Los adolescentes que cuentan con mayores niveles de autoestima estarían menos expuestos a la influencia de factores externos y mantendrían así niveles altos de satisfacción vital (30). Por el contrario, quienes presentan un bajo nivel de autoestima pueden ver afectados negativamente sus niveles de satisfacción vital, trayendo consigo efectos negativos como conductas agresivas, ideación suicida (31), conductas sexuales de riesgo, consumo de alcohol/drogas, problemas físicos y de alimentación (30)(19).

Distintos autores señalan que la autoestima es un recurso claro de protección (14) frente a los problemas como la depresión y los/las adolescentes con menores niveles de autoestima obtienen mayores puntuaciones en pruebas de sintomatología depresiva, pero no está tan claro que sean los adolescentes con más baja autoestima los que se impliquen en problemas de conducta violenta, delictiva y del consumo de sustancias (20).



Existe un acuerdo generalizado que indica que tanto niños como adolescentes con sintomatología depresiva tienen una autoestima más baja que aquellos que no están deprimidos (32).

Además el ámbito escolar (33) también se relaciona con la expresión de conductas, como aceptación y rechazo social lo que también determina conductas violentas. El apoyo de los profesores juega un papel importante (34)(35), para detectar estas conductas, afrontarlas y desarrollar valores creencias e ideas en los adolescentes. Los adolescentes violentos minimizan el valor de la escuela, profesores y los estudios y lo contrario sucede con los adolescentes que no son violentos. (Tienen un buen desempeño académico) (29).

También podemos mencionar que el apoyo parental contribuye con un buen rendimiento académico al reforzar la autoestima de los adolescentes (36). Sí, en la escuela/colegio no encuentra la orientación adecuada, el/la adolescente no podrá mejorar su autoestima, lo que le va a llevar a comportamientos inadecuados en el futuro, lo que no sucede en los adolescentes que salen de hogares funcionales y que tienen un proyecto de vida claro. Con una buena autoestima se mantiene buenas relaciones interpersonales, ya que se cuenta con la pareja, amigo, socio, familiar o un par, que sería su red de apoyo, y que contribuye a su bienestar biopsicosocial (13).

Un buen soporte familiar tiene efectos positivos como placer, confianza entusiasmo e interés (37). La autoestima se aprende, se cambia y se puede mejorar (2), y por eso es importante trabajar en ella.

Puedo concluir diciendo que un clima familiar saludable, da seguridad a los hijos y fortalece su autoestima.

Valoración de la autoestima

La escala de autoestima de Rosenberg

Es una escala que consta de 10 ítems para la valoración de la autoestima en los/las adolescentes. Nos da una puntuación de 10 a 40 puntos, siendo el 10 el valor



mínimo y 40 el máximo. Se considera como normal 25 a 35. En un estudio realizado en Buenos Aires se demuestra que la escala tiene propiedades psicométricas adecuadas y pueden ser utilizada en adolescentes, tiene buenos niveles de consistencia interna ($\alpha = 0.79$), (17)(38)(39)(40).

El Apgar Familiar

Que evalúa cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos o capacidad resolutive. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va desde cero a 2 puntos. Casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto), casi nunca (0 puntos). Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia funcional, una puntuación de 4 a 6 puntos una familia con disfunción moderada y finalmente una puntuación de 0 a 3 puntos una familia con disfunción severa (41)(22). En un estudio realizado en Colombia se determinó la consistencia interna del apgar familiar, obteniéndose un alfa de cronbach de 0,79 (22).

Tipo de familia por su estructura

La familia conyugal ha sido siempre conocida. Surge fundada en lo biológico para arropar a la Madre e Hijo. Surge en todas las culturas de una pareja heterosexual de adultos y con fines de procreación. El concepto de Familia implica aspectos biológicos, sociales y jurídicos. Varía de una a otra cultura, y aún dentro de la misma se dan subculturas: urbana, rural...etc.

Familia nuclear. Comprende las personas que forman un hogar privado tales como los esposos o un padre o madre con un hijo no casado o en adopción. Puede estar formado por una pareja casada o no casada con uno o más hijos no casados o también estar formada por uno de los padres con un hijo no casado”.

A su vez esta se subclasifica:

Por la cercanía de otros familiares (Familia nuclear con parientes próximos, Familia nuclear sin parientes próximos).

Por la presencia de los hijos (Pareja sola, F. nuclear, F. binuclear y F. trinuclear).

Por la presencia de los padres (F. con padres ausentes, F. monoparental y F. Biparental)



Familia extensa. Nos sitúa ante la dimensión más amplia de la familia. Tenemos: Abuelos con sus hijos casados junto con su parejas. Abuelos con sus hijos casados junto con sus parejas y sus hijos y abuelos con sus nietos.

Personas sin familia. Esta denominación incluye adultos solteros que viven solos, divorciados o viudos que viven solos, ancianos que viven solos.

Equivalentes Familiares. Individuos adultos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar.

Familia Corporativa. Individuos que viven bajo el mismo techo y organizados con actividades importantes desarrolladas en común. Como las comunidades religiosas.

Familia Ampliada. Cualquiera de las formas de familia mencionadas anteriormente puede ampliarse con la presencia de un pariente con lazos de consanguinidad más lejanos (42).

Test de Audit

El test de AUDIT consta de 10 preguntas. Está dividido en tres subescalas, que consideran por separado el consumo de alcohol (ítems 1 al 3), los síntomas de dependencia (ítems 4 al 6) y las consecuencias negativas del consumo (ítems 7 al 10). Las preguntas 1 a la 8 puntúan de 0 a 4 y las preguntas 9 y 10 puntúan 0, 2 o 4. Puntuación igual o mayor de 8 es un indicador de un consumo de riesgo y de posible adicción al alcohol.

El puntaje máximo es de 40 puntos. Tiene una consistencia interna del test AUDIT (alpha de Cronbach 0,93) y para sus tres subescalas: consumo de alcohol (alpha de Cronbach 0,86), síntomas de dependencia (alpha de Cronbach 0,85) y consecuencias negativas del consumo (alpha de Cronbach 0,77) (43)(44).

Test de Fagerstrom

El test de Fagerstrom valora la dependencia a la nicotina, consta de 6 ítems, y nos da un puntaje que indica 0 - 3 Dependencia baja, 4 - 6 Dependencia moderada, 7 - 10 Dependencia alta al tabaco (45). Con un alfa de Cronbach de 0,65 (46).

Escala de Suicidalidad de Okasha



Valora la ideación suicida (40)(47). Está formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio: 1.- ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? 2.- ¿Has deseado alguna vez estar muerto? 3.- ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? 4.- ¿Has intentado suicidarte?

Con una puntuación de 0 a 3 puntos para cada ítem: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. La sumatoria de estos tres ítems conforma el sub puntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos.

La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el sub-puntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad. Con un alfa de cronbach de 0,87.

Cuestionario de Agresión.

Versión española Buss-Perry (48): valora 2 tipos de agresión: física y verbal, y dos emociones relacionadas con la agresividad: la ira y la hostilidad. Las respuestas de los sujetos se registraron mediante una escala tipo Likert que daba cinco posibles opciones; Nunca (1), Casi nunca (2), En ocasiones (3), Casi siempre (4), Siempre (5). Para el análisis se considera la suma de acuerdo a la respuesta, y mediante el promedio y las desviaciones estándar se valoran en la muestra como agresión muy baja, baja, media, alta y muy alta, dependiendo si es una, dos o tres desviaciones estándar.

Este cuestionario fue empleado en un estudio español (40), donde la escala total alcanzó un α de cronbach 0.88. Y se encontró que los hombres tienen niveles más altos de agresividad física autoinformada que las mujeres, tendencia que disminuye conforme avanza la edad. Y en cambio las mujeres informan mayores niveles en el caso de ira y de hostilidad (48).



La disminución en el rendimiento escolar en el colegio tiene consecuencias negativas tanto en las calificaciones como en la autoestima de los estudiantes (49). Y se lo valorará con las notas obtenidas como promedio general de las calificaciones.

Autoestima y rendimiento académico

La autoestima baja es un problema frecuente entre los adolescentes. De acuerdo a Zárate afecta a un tercio de los jóvenes cuyos padres han migrado, por lo cual la autora afirma que es necesario que se realicen intervenciones tempranas y oportunas para mejorar esta condición, que puede en algunos casos llevar a otros problemas de conducta y a una menor posibilidad de alcanzar el éxito en sus estudios debido a las condiciones de marginalidad y exclusión (50).

En la formación de los jóvenes es importante el rol que tienen los padres en la educación y cuidado de sus hijos. La mayoría de las familias que tienen problemas ya sea en su funcionalidad o en su estructura, influyen negativamente en la salud de los adolescentes, muchos de los cuales tienen la autoestima baja. Parte del desarrollo armónico de los hijos incluye fomentar aspectos fundamentales como la autoestima y el sentido de pertinencia, lo cual se ve seriamente amenazado cuando las familias están desestructuradas o no son familias funcionales (1).

La autoestima baja está acompañada de una serie de sentimientos, sensaciones y conductas; entre las sensaciones están los sentimientos de abandono, las actitudes de rebeldía, en otras ocasiones se observa depresión o conductas agresivas; de igual manera se observa inseguridad, incertidumbre, falta de interés en los estudios, son jóvenes que tienen pocos amigos, no les interesa las relaciones afectivas, por lo cual en algunos casos abandonan el colegio, tienen muy bajo rendimiento escolar, sufren una pérdida de identidad, frecuentemente son abusados sexualmente, carecen de un proyecto de vida, y en algunos casos severos intentan quitarse la vida (51).



Los elementos que contribuyen a la formación de la autoestima son múltiples, por lo cual no se puede atribuir a un solo elemento la autoestima baja. Sin embargo, un solo factor puede ser lo suficientemente intenso, por ejemplo la ausencia de uno de los progenitores, como para afectar la autoestima (1).

La mayoría de perspectivas de la autoestima se relacionan con el autoaprecio de los seres humanos. La autoestima es la capacidad o actitud interna con la que un individuo se relaciona consigo mismo y lo que hace que dentro de la interacción social sea valorado como positivo o negativo. Esa imagen de nosotros mismos y de la forma de relacionarnos configura un modelo que identifica a una persona desde su apreciación y valoración. Se puede afirmar que la autoestima es un estado mental. Esta forma de valorarnos se va forjando poco a poco, mediante el aprendizaje y el cambio permanentes; durante nuestras vidas se consolida una forma de pensamiento, de sentir y de experimentar nuestras vidas (52).

Existen múltiples factores que influyen en nuestra autoapreciación, varias cualidades independientes, pero que en conjunto dan forma a nuestra autoestima. De acuerdo a diferentes autores existen varios pilares de la autoestima: para Branden son el vivir conscientemente, autoaceptarse, ser autorresponsable, tener autoafirmación, vivir con determinación o propósito en la vida y vivir con integridad; para André y Lelord son la confianza en sí mismo, visión de sí mismo y el amor a sí mismo; y para Parinello son las características, las expectativas, la atención y las evidencias (1).

Uno de los factores que influye en la automotivación escolar es precisamente que tengan una buena autoestima, que se sientan autoeficaces, generalmente por los cambios físicos y psicológicos propios de la adolescencia los jóvenes no siempre prestan atención o colaboración. Es más, la autoestima baja en los adolescentes puede deberse a una serie de fracasos continuos que retraen su propia percepción y disminuyen el afecto que tienen de sí mismos (50).

La manera en que construimos el concepto de nosotros mismos está influenciada por el mundo de información sobre nosotros mismos, del juicio que otras personas tienen y del continuo proceso de logros y fracasos. El ser humano construye un modelo de sí mismo, una identidad propia, un ego. La autoestima es una parte del



ego que evalúa a un individuo sea de una manera consciente o inconsciente. Parte del desarrollo de los/las adolescentes es buscar la pertinencia, la empatía, el sobresalir, la diversión, la identidad y aislarse de los adultos. Sin embargo, saben que necesitan del apoyo de sus padres, familias y docentes para casi todo. Se puede afirmar que la autoestima es una de las principales fuentes de motivación para los adolescentes que influye en su bienestar y en el rendimiento académico (1,52,53).

CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La Autoestima de los adolescentes de la parroquia de Jadán se relaciona con el contexto Familiar, Escolar y Social.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de la autoestima de los adolescentes de la parroquia Jadán con el contexto familiar, escolar y social.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.3.1 Describir a la población de estudio de acuerdo a edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación del padre y madre.
- 3.3.2 Determinar el tipo de familia y su funcionalidad.
- 3.3.3 Determinar el promedio general de notas de los adolescentes.
- 3.3.4 Evaluar la conducta social, según la agresividad, ideación suicida, el consumo de riesgo de alcohol y dependencia a la nicotina.



CAPÍTULO IV

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal.

4.2 Área de estudio

Estudiantes escolarizados del colegio Técnico de Jadán

4.3 Población de estudio

El universo de estudio son todos los adolescentes de 10 a 19 años matriculados y, que acudan regularmente al Colegio Técnico de Jadán.

4.4 Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa epidat, se consideró una población finita de 368 adolescentes, una proporción esperada del 15% (11), un nivel de confianza de 95% y una precisión del 2,5%. El tamaño de la muestra a estudiar es de 260 adolescentes de un total de 368 estudiantes que actualmente se encuentran matriculados y asistiendo regularmente al Colegio Técnico de Jadán.

4.5 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra es de 260 adolescentes escolarizados de la parroquia Jadán.



4.6 Asignación de los pacientes al estudio

Con el objetivo de garantizar la participación de todos los adolescentes escolarizados del colegio técnico de Jadán se tomó en cuenta los criterios del muestreo probabilístico. Se elaboró una lista con todos los estudiantes y luego mediante la aplicación de muestreo aleatorio simple, para lo cual se empleó el programa Epidat para la construcción de una tabla con 260 números aleatorios entre el 1 y 368, se procedió a identificar a cada uno de los adolescentes. En el caso que uno de ellos no deseara participar o fuera excluido del estudio se tomó al siguiente en la lista.

4.7 Variables

Las variables del estudio fueron: autoestima, tipo de familia, funcionalidad familiar, promedio general de notas, edad, sexo, ocupación y nivel de instrucción del padre/madre, consumo de riesgo de alcohol, dependencia a la nicotina, ideación suicida y agresividad.

4.8 Tipo de Variables

Variable dependiente: autoestima.

Variable independiente: tipo de familia, funcionalidad familiar, promedio general de notas, consumo de riesgo de alcohol, dependencia a la nicotina, ideación suicida y agresividad.

Variables intervinientes: edad, sexo, ocupación y nivel de instrucción del padre/madre.

4.9 Operacionalización de variables (Anexo 1)

4.10 Criterios de inclusión y exclusión

4.10.1 Criterios de Inclusión

1. Adolescentes escolarizados de 10 – 19 años.
2. Que vivan en la parroquia Jadán por un tiempo mínimo de 6 meses.



3. Que acepten participar en el estudio y firmen el asentimiento informado.
4. Que los padres autoricen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

4.10.2 Criterios de Exclusión

1. Adolescentes con algún trastorno neurocognitivo.
2. Que no existan los registros de calificaciones del estudiante.

4.11 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos

PLAN PARA EVALUAR LA AUTOESTIMA:

Se utilizó el test de **ROSEMBERG**, que es una escala que consta de 10 ítems para la valoración de la autoestima en los adolescentes. Nos da una puntuación de 10 a 40 puntos, siendo el 10 el valor mínimo y 40 el máximo. Se consideró como rango medio de 25 a 35 puntos, la puntuación por debajo de 24 se consideró baja y por encima de 36 alta (17)(38)(39). La escala tiene un alfa de cronbach de 0.79

PLAN PARA EVALUAR EL TIPO DE FAMILIA POR SU ESTRUCTURA:

Es importante determinar el tipo de familia a la que pertenece cada adolescente, pues esta es una pauta que guarda relación con el desarrollo de la autoestima. Por lo que preguntamos cómo está conformada su familia y la vamos a encasillar de acuerdo a la tipología. Siendo las posibilidades: Familia nuclear, Familia extensa, Personas sin familia, Equivalentes Familiares, Familias corporativas y Familias Ampliadas. (54).

PLAN PARA EVALUAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

El APGAR FAMILIAR. (& Cronbach de 0,79), valora la funcionalidad familiar, evalúa cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos o capacidad resolutive. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va desde cero a 2 puntos. Casi siempre (2 puntos), algunas



veces (1 punto), casi nunca (0 puntos). Siendo F. Funcional de 7 a 10 puntos, Familia con disfunción moderada de 4 a 6, y Familia con disfunción severa 0 a 3 (41)(22).

PLAN PARA EVALUAR EL CONTEXTO ESCOLAR:

Para la valorar el rendimiento académico se tomaron en cuenta las notas obtenidas como promedio general de las calificaciones, para lo que se solicitó el registro de notas de los alumnos del Colegio Técnico de Jadán, sabiendo que las evaluaciones se realizan cada dos quimestres durante el año. La valoración se hace sobre 10 puntos. El rendimiento académico de los estudiantes se expresa a través de la siguiente escala de calificaciones (55): 10 supera los aprendizajes requeridos, 9 domina los aprendizajes requeridos, 7-8 alcanza los aprendizajes requeridos, 5-6 está próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos y de -4 no alcanza los aprendizajes requeridos. La calificación mínima requerida para la promoción, es de siete sobre diez (7/10) (55).

PLAN PARA EVALUAR LA AGRESIÓN:

Aquí se aplicó el **Cuestionario de Agresión Versión española de Buss-Perry**: valora 2 tipos de agresión física y verbal y dos emociones relacionadas con la agresividad: la ira y la hostilidad. Las respuestas de los sujetos se registraron mediante una escala tipo Likert que daba cinco posibles opciones; Nunca (1), Casi nunca (2), En ocasiones (3), Casi siempre (4), Siempre (5). Este cuestionario fue empleado en un estudio español, donde la escala total alcanzó un α de crobach 0.88. Y se encontró que los hombres tienen niveles más altos de agresividad física autoinformada que las mujeres, tendencia que disminuye conforme avanza la edad. Y en cambio las mujeres informan mayores niveles en el caso de ira y de hostilidad (48)(56).

PLAN PARA EVALUAR LA IDEACIÓN SUICIDA

Escala de Suicidalidad de Okasha (47), formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio: 1.- ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? 2.- ¿Has deseado alguna vez estar muerto? 3.- ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? 4.- ¿Has



intentado suicidarte? Con una puntuación de 0 a 3 puntos para cada ítem: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. La sumatoria de estos tres ítems conforma el sub puntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el sub-puntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad. Con un alfa de cronbach de 0,87. Para discriminar entre ideas suicidas con o sin alto riesgo de suicidalidad, se calculó el punto de corte de cinco puntos para ideación suicida (sensibilidad de 90% y especificidad de 79%). Para este análisis se empleó el puntaje de la subescala de ideación suicida

PLAN PARA EVALUAR EL CONSUMO DE RIESGO DEL ALCOHOL:

El test **AUDIT** consta de 10 preguntas. Está dividido en tres subescalas, que consideran por separado el consumo de alcohol (ítems 1 al 3), los síntomas de dependencia (ítems 4 al 6) y las consecuencias negativas del consumo (ítems 7 al 10). Las preguntas 1 a la 8 puntúan de 0 a 4 y las preguntas 9 y 10 puntúan 0, 2 o 4. Puntuación igual o mayor de 8 es un indicador de un consumo de riesgo y de posible adicción al alcohol. El puntaje máximo es de 40 puntos. Tiene una consistencia interna del test AUDIT (alpha de Cronbach 0,93) y para sus tres subescalas: consumo de alcohol (alpha de Cronbach 0,86), síntomas de dependencia (alpha de Cronbach 0,85) y consecuencias negativas del consumo (alpha de Cronbach 0,77) (43)(44).

PLAN PARA EVALUAR EL CONSUMO DE RIESGO A LA NICOTINA:

El Test de **FAGERSTROM**, valora la dependencia a la nicotina, consta de 6 ítems, y nos da un puntaje que indica 0 - 3 Dependencia baja, 4 - 6 Dependencia moderada, 7 - 10 Dependencia alta al tabaco (45). Con un alfa de Cronbach de 0,65 (46).



4.12 Plan de análisis

Para el análisis de los datos se realizó análisis univariado mediante frecuencias y porcentajes y estadísticos de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar). Para determinar la asociación entre las variables se determinó el chi cuadrado, la razón de prevalencia la medimos con un intervalo de confianza del 95%.

Se consideró resultados estadísticamente significativos a valores de $p < 0,05$.

4.13 Aspectos éticos

La presente investigación contó con la autorización del comité de investigaciones y el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Se solicitó la autorización del Director Distrital de Educación 01D04 Gualaceo - Chordeleg y se habló con las autoridades del Colegio de Jadán, a quienes se les informó en detalle los propósitos del estudio.

De igual manera, se informó a los padres de familia mediante charlas del interés de esta investigación, a quienes se les solicitó que firmen el consentimiento informado. En ningún momento se utilizaron los datos para otros propósitos que no sea el estipulado en este estudio. No se tomaron los nombres de los estudiantes o padres al momento de la elaboración del informe final o las publicaciones futuras, la presentación de los resultados para garantizar la confidencialidad de los resultados y el anonimato de los participantes.

Este estudio no implicó ningún riesgo para los adolescentes, en el caso de un resultado que demostrara alguna condición negativa para la salud de los adolescentes se coordinó con el personal del Centro de Salud de Jadán para que reciban el apoyo y la atención necesaria. (Anexo 2)



CAPÍTULO V

5. Resultados

Tabla 1. Distribución de 260 Adolescentes escolarizados según el sexo y edad en la parroquia Jadán, Gualaceo- Azuay 2015.

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	129	49,6
Femenino	131	50,4
Total	260	100,0
Edad según criterios de la OMS		
Adolescencia temprana	10	3,8
Adolescencia media	192	73,8
Adolescencia tardía	58	22,3
Total	260	100,0

*Adolescencia temprana: menos de 14 años; Adolescencia media: 14 a 16 años; Adolescencia tardía: 17 a 19 años.

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Del total de adolescentes estudiados (n=260), el 49,6% correspondió al sexo masculino y el 50,4% correspondió al sexo femenino, **Tabla 1**.

La edad promedio de la muestra estudiada fue de $15,35 \pm 1,35$ años, de acuerdo a la clasificación de la edad, la adolescencia temprana tuvo una frecuencia 3,8%, la adolescencia media correspondió al 73,8% y la adolescencia tardía de 22,3%, **Tabla 1**.



Tabla 2. Comportamiento de 260 adolescentes escolarizados de acuerdo a la ocupación y el Nivel de Instrucción Materna/Paterna en la parroquia Jadán, Gualaceo- Azuay 2015.

Variable	n	%
Ocupación de los padres		
Albañil	71	27,3
Comerciante	11	4,2
Empleado público	20	7,7
Otros	158	60,8
Total	260	100,0
Nivel de instrucción paterna		
Analfabeto	5	1,9
Primaria	224	86,2
Secundaria	28	10,8
Superior	1	0,4
Cuarto nivel	2	0,8
Total	260	100,0
Nivel de instrucción materna		
Analfabeto	11	4,2
Primaria	226	86,9
Secundaria	22	8,5
Superior	1	0,4
Cuarto nivel	0	0
Total	260	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: De acuerdo a la ocupación de los padres, la ocupación de albañil tuvo una frecuencia de 27,3%, comerciante 4,2%, empleado público 7,7% y otros un 60,8%, **Tabla 2.**

Respecto al nivel de instrucción paterna, la educación primaria fue la más frecuente con el 86,2% seguido de la educación secundaria con el 10,8%, analfabeto 1,9%, y por último superior y cuarto nivel con 0,4% y 0,8% respectivamente, **Tabla 2.**

En cuanto al nivel de instrucción materna, la educación primaria fue la más frecuente con el 86,9%; seguido de la educación secundaria con el 8,5%, analfabeto con el 4,2% y con menor frecuencia la educación superior 0,4% y ningún caso de cuarto nivel, **Tabla 2.**



Tabla 3. Distribución de 260 adolescentes escolarizados de acuerdo a la ingesta de riesgo de alcohol en la parroquia Jadán, Gualaceo- Azuay 2015.

Variable	N	%
Ingesta de alcohol		
Sí	110	42,3
No	150	57,7
Total	260	100,0
Escala de Audit		
Sin riesgo	83	75,5
Con riesgo	24	21,8
Problemas para beber	1	0,9
Bebida perjudicial	2	1,8
Total	110	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: La ingesta de alcohol tuvo una frecuencia del 42,3%, mientras que el 57,7% refirió no presentar consumo de alcohol, **Tabla 3.**

En los adolescentes que reportaron consumo de alcohol, el 75,5% correspondió a la categoría sin riesgo, por su parte el 21,8% correspondió a la categoría con riesgo, 0,9% problemas para beber y 1,8% reportó un consumo de bebida perjudicial, **Tabla 3.**



Tabla 4. Distribución de 260 adolescentes escolarizados de acuerdo con el consumo de riego del tabaco en la parroquia Jadán, Gualaceo- Azuay 2015.

Variable	N	%
Hábito tabáquico		
Sí	10	3,8
No	250	96,2
Total	260	100,0
Dependencia nicotina		
Si	1	10.0%
No	9	90.0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Se encontró que el hábito tabáquico tuvo una frecuencia del 3,8% mientras que el 96,2% negó el hábito tabáquico. Por su parte de acuerdo a la escala Fagerstrom para la dependencia a la nicotina, se encontró que el 10,0% fue clasificado como dependencia a la nicotina. **Tabla 4**



Tabla 5. Presencia de riesgo de suicidalidad en los adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo- Azuay 2015.

Riesgo de suicidalidad	N	%
Sin riesgo	213	81,9
Con riesgo	47	18,1
Total	260	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: En la **Tabla 5** se muestra el riesgo de suicidalidad, donde los adolescentes reportaron en un 81,9% ausencia de riesgo de suicidalidad y un 18,1% fue clasificado con riesgo.

Tabla 6. Comportamiento de 260 adolescentes escolarizados y el nivel de agresividad en la parroquia Jadán, Gualaceo- Azuay 2015.

Nivel de agresividad	n	%
Agresividad muy baja	42	16,2
Agresividad baja	101	38,8
Agresividad media	83	31,9
Agresividad alta	29	11,2
Agresividad muy alta	5	1,9
Total	260	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Se reportó que la mayoría de los adolescentes estudiados tuvieron una agresividad baja 38,8%, seguido de agresividad media 31,9, agresividad muy baja 16,2%, agresividad alta 11,2% y con menor frecuencia la agresividad muy alta 1,9%, **Tabla 6.**



Tabla 7. Distribución del rendimiento académico en 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Rendimiento académico	n	%
Supera aprendizajes	0	0
Domina Aprendizajes	8	3,1
Alcanza Aprendizajes	209	80,4
Está próximo a alcanzar aprendizajes	43	16,5
No alcanza aprendizajes	0	0
Total	260	100,0

Promedio de notas: 10=Supera aprendizajes; 9=Domina aprendizajes; 7-8=Alcanza aprendizajes; 5-6=Está próximo a alcanzar aprendizajes y Menos de 4= No alcanza aprendizajes.

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: No se reportó ningún caso de adolescentes con un promedio que supera aprendizajes o que no alcanza aprendizajes, mientras que el 3,1% dominó aprendizajes, el 80,4% alcanzó aprendizajes y el 16,5% estuvo próximo a alcanzar aprendizajes, **Tabla 7.**



Tabla 8. Nivel de funcionalidad familiar y Tipo de familia en 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Funcionalidad Familiar	n	%
Funcionalidad Normal	212	81,5
Disfunción moderada	33	12,7
Disfunción severa	15	5,8
Total	260	100,0
Tipo de familia		
Familia biparental	142	54,6
Familia monoparental	90	34,6
Familia con padres ausentes	28	10,8
Total	260	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Según el nivel de funcionalidad familiar el 81,5% de los adolescentes presentó una familia con funcional normal, seguido de una familia con disfunción moderada 12,7% y en menor frecuencia una disfunción severa 5,8%

Tabla 8.

De igual manera al analizar el tipo de familia según la composición, se identificó que la mayor parte son familias nucleares 54,6%, seguido de las familias monoparentales 34,6%, familias reconstituidas 8,5% y extensas 2,3%. **Tabla 8.**



Tabla 9. Nivel de autoestima en 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Nivel de autoestima	n	%
Autoestima elevada	85	32,7
Autoestima media	141	54,2
Autoestima baja	34	13,1
Total	260	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: El 54,2% de los adolescentes reportó poseer una autoestima media, seguido de autoestima elevada 32,7% y con menor frecuencia autoestima baja 13,1%, **Tabla 9.**



Tabla 10. Asociación entre el sexo y el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variable	Nivel de autoestima						Total		χ^2 (p)*
	Alta		Media		Baja				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									3,209 (0,201)
Masculino	36	42,35	73	51,77	20	58,82	129	49,6	
Femenino	49	57,65	68	48,23	14	41,18	131	50,4	
Total	85	100,0	141	100,0	34	100,0	260	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Se observó una diferente frecuencia de autoestima baja en relación al sexo, encontrando que las adolescentes del sexo femenino tuvieron un 41,18% de autoestima baja y los del sexo masculino tuvieron una frecuencia de autoestima baja del 58,82% (valor de chi cuadrado de 3,209 y valor de $p=0,201$), **Tabla 10**.



Tabla 11. Asociación entre la edad y el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo- Azuay 2015.

Variable	Nivel de autoestima						Total		$\chi^2 (p)^*$
	Alta		Media		Baja				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad según criterios de la OMS									5,765
Adolescencia temprana	2	2,4	6	4,3	2	5,9	10	3,8	(0,217)
Adolescencia media	57	67,1	110	78,0	25	73,5	192	73,8	
Adolescencia tardía	26	30,6	25	17,7	7	20,6	58	22,3	
Total	85	32,7	141	54,2	34	13,1	260	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de autoestima con un valor de chi cuadrado de 5,765 y un valor de $p=0,217$. Observándose que la frecuencia de autoestima alta fue menor en la adolescencia temprana 2,4%, seguido de la adolescencia media 67,1% y adolescencia tardía 30,6%, por su parte la autoestima media fue mayor en la adolescencia media 78,0% al igual que para la autoestima baja 73,5%. **Tabla 11.**



Tabla 12. Asociación entre la ocupación de los padres y el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variable	Nivel de autoestima								$\chi^2 (p)^*$
	Alta		Media		Baja		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ocupación de los padres									
Albañil	19	22,	42	29,8	10	29,4	71	27,3	9,294
Comerciante	0	0	8	5,7	3	8,8	11	4,2	(0,158)
Empleado público	6	7,1	11	7,8	3	8,8	20	7,7	
Otros	60	70,6	80	56,7	18	52,9	158	60,8	
Total	85	32,7	141	54,2	34	13,1	260	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación de los padres y el nivel de autoestima (valor de chi cuadrado de 9,294 y valor de $p=0,158$). En la **Tabla 12** se observa frecuencias variables de autoestima alta según las diferentes ocupaciones de los padres, sin diferencias entre los porcentajes observados para cada categoría.



Tabla 13. Asociación del nivel de instrucción de los padres con el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variable	Nivel de autoestima								$\chi^2 (p)^*$
	Alta		Media		Baja		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de instrucción paterna									9,038 (0,339)
Analfabeto	1	1,2	3	2,1	1	2,9	5	1,9	
Primaria	73	85,9	118	83,7	33	97,1	224	86,2	
Secundaria	10	11,8	18	12,8	0	0	28	10,8	
Superior	1	1,2	0	0	0	0	1	0,4	
Cuarto nivel	0	0	2	1,4	0	0	2	0,8	
Nivel de instrucción materna									3,503 (0,744)
Analfabeto	2	2,4	7	5,0	2	5,9	11	4,2	
Primaria	75	88,2	120	85,1	31	91,2	226	86,9	
Secundaria	8	9,4	13	9,2	1	2,9	22	8,5	
Superior	0	0	1	0,7	0	0	1	0,4	
Cuarto nivel	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	85	100	141	100	34	100	260	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de dato

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: No se reportó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el nivel de instrucción paterna (valor de chi cuadrado de 9,038 y valor de $p=0,339$) así como tampoco con el nivel de instrucción materna (valor de chi cuadrado de 3,503 y valor de $p=0,744$). No se reportaron diferencias significativas entre las frecuencias observadas para cada nivel de instrucción, **Tabla 13.**



Tabla 14. Asociación del consumo de riesgo de alcohol con el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variable	Nivel de autoestima						Total		$\chi^2 (p)^*$
	Alta		Media		Baja				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Consumo de alcohol									3,709 (0,157)
Si	29	34,1	64	45,4	17	50	110	42,3	
No	56	65,9	77	54,6	17	50	150	57,7	
Total	85	100	141	100	34	100	260	100,0	

.Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Se observó que la frecuencia de autoestima alta fue ligeramente menor en los adolescentes que reportaron consumo de riesgo de alcohol 34,1% mientras que los que no reportaron consumo de riesgo de alcohol tuvieron una frecuencia de nivel de autoestima alta de 65,9% y de manera similar hubo una frecuencia de autoestima baja similar en los que reportaron consumo de alcohol 50,0% y 50,0% en los que no reportaron consumo de alcohol, sin embargo no se observaron diferencias estadísticamente significativas, sin reportarse asociación estadísticamente significativa (valor de chi cuadrado de 3,709 y valor de $p=0,157$),

Tabla 14.



Tabla 15. Asociación entre de la escala de Audit para el consumo de riesgo de alcohol y el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variable	Nivel de autoestima								$\chi^2 (p)^*$
	Alta		Media		Baja		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Escala de Audit para el consumo de alcohol									9,199 (0,163)
Sin riesgo	25	86,2	48	75,0	10	58,8	83	75,5	
Con riesgo	3	10,3	15	23,4	6	35,3	24	21,8	
Problemas para beber	1	3,4	0	0	0	0	1	0,9	
Bebida perjudicial	0	0	1	1,6	1	5,9	2	1,8	
Total	29	100	64	100	17	100	110	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la escala de Audit para el consumo de alcohol y el nivel de autoestima, con un valor de chi cuadrado de 9,199 y un valor de $p=0,163$. Sin observarse diferencias entre la frecuencia del nivel de autoestima de acuerdo a las categorías de la escala de riesgo de consumo de alcohol, **Tabla 15**.



Tabla 16. Asociación entre el tabaquismo y el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

	Nivel de autoestima						Total	χ^2 (p)*	
	Alta		Media		Baja				
	n	%	n	%	n	%			
Hábito tabáquico								7,437	
Sí	1	1,2	5	3,5	4	11,8	10	3,8	(0,024)
No	84	98,8	136	96,5	30	88,2	250	96,2	
Total	85	100	141	100	34	100	260	100,0	

.Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación:

En la siguiente tabla podemos observar la relación existente entre el nivel de autoestima y el hábito tabáquico. El 11,8% de los adolescentes estudiados que reportaron consumir tabaco presentaron una autoestima baja, en comparación con el 88,2% que no consumían tabaco, pero de igual manera presentaron una autoestima baja.

La relación fue estadísticamente significativa pues encontramos un valor $p=0,024$ ($<0,05$), lo que demuestra la asociación entre el consumo de tabaco y el riesgo de tener una autoestima baja. **Tabla 16**



Tabla 17. Asociación del riesgo de suicidalidad con el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variable	Nivel de autoestima						Total		χ^2 (p)*
	Alta		Media		Baja		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Riesgo de suicidalidad									
Sin riesgo	79	92,9	115	81,6	19	55,9	213	81,9	22,549
Con riesgo	6	7,1	26	18,4	15	44,1	47	18,1	(<0,001)
Total	85	100	141	100	34	100	260	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Se reportó una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de suicidalidad y el nivel de autoestima (valor de chi cuadrado de 22,549 y valor de $p < 0,001$). Encontrándose una mayor frecuencia de autoestima alta en los adolescentes sin riesgo de suicidalidad 92,9% comparado a un 7,1% en los adolescentes con riesgo de suicidalidad.

Al analizar los adolescentes con autoestima baja, encontramos que el 55,9% de estos no presento riesgo de suicidalidad en comparación al 44,1% que si presento dicho riesgo.



Tabla 18. Asociación del nivel de agresividad con el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variable	Nivel de autoestima						Total	$\chi^2 (p)^*$
	Alta		Media		Baja			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de agresividad								
Agresividad muy baja	9	10,6	24	17,0	9	26,5	42	16,2
Agresividad baja	45	52,9	48	34,0	8	23,5	101	38,8
Agresividad media	24	28,2	52	36,9	7	20,6	83	31,9
Agresividad alta	6	7,1	15	10,6	8	23,5	29	11,2
Agresividad muy alta	1	1,2	2	1,4	2	5,9	5	1,9
Total	85	100	141	54,2	34	100	260	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Al evaluar el nivel de autoestima según el nivel de agresividad se aprecia una asociación estadísticamente significativa con un valor de chi cuadrado de 23,174 y una $p=0,003$ ($p < 0,05$).

Al detallar los niveles de agresividad según el nivel de autoestima podemos observar que los adolescentes con autoestima alta presentaron un 52,9% de agresividad baja, los que tuvieron una autoestima media mostraron 36,9% de agresividad media, y los adolescentes con autoestima baja tuvieron 26,5% de agresividad muy baja.



Tabla 19. Asociación entre el rendimiento académico y el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

	Nivel de autoestima								χ^2 (p)*
	Alta		Media		Baja		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Rendimiento académico									6,068
Domina Aprendizajes	2	2,4	6	4,3	0	0	8	3,1	(0,194)
Alcanza Aprendizajes	65	76,5	118	83,7	26	76,5	209	80,4	
Está próximo a alcanzar aprendizajes	18	21,2	17	12,1	8	23,5	43	16,5	
Total	85	100	141	100	34	100	260	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: No se encontró una asociación significativa entre el rendimiento académico y el nivel de autoestima (valor de chi cuadrado de 6,068 y valor de $p=0,194$), **Tabla 19**.



Tabla 20. Asociación entre la funcionalidad familiar y el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variables	Nivel de autoestima						Total		$\chi^2 (p)^*$
	Alta		Media		Baja				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Funcionalidad Familiar									20,833 (<0,001)
Funcionalidad Normal	74	87,1	119	84,4	19	55,9	212	81,5	
Disfunción moderada	6	7,1	18	12,8	9	26,5	33	12,7	
Disfunción grave	5	5,9	4	2,8	6	17,6	15	5,8	
Total	85	100	141	100	34	100	260	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y el nivel de autoestima (valor de chi cuadrado de 20,833 y valor de $p < 0,001$).

De los adolescentes estudiados el 87,1% con funcionalidad normal presento un nivel alto de autoestima, y de manera similar autoestima media con un 84,4% y autoestima baja 55,9%.



Tabla 21. Asociación entre la Tipo de familiar y el nivel de autoestima de 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variables	Nivel de autoestima						Total		$\chi^2 (p)^*$
	Alta		Media		Baja				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tipo. Familiar									13,586
Familia biparental	42	72,4	28	43,1	72	52,6	142	54,6	(0,035)
Familia monoparental	13	22,4	30	46,2	47	34,3	90	34,6	
Familia con padres ausentes	3	5,2	7	10,7	18	13,1	28	10,8	
Total	58	100	65	100	137	100	260	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familiar y el nivel de autoestima (valor de chi cuadrado de 13,586 y valor de $p=0,035$), apreciándose que la mayor frecuencia de autoestima alta estuvo en las familias nucleares biparentales, mientras que la mayor frecuencia de autoestima baja estuvo también en las familias nucleares biparentales, **Tabla 21**.



Tabla 22. Factores asociados a la autoestima baja en 260 adolescentes escolarizados en la parroquia Jadán, Gualaceo - Azuay 2015.

Variables	Autoestima Baja		RP	IC 95%	valor p
	Sí n %	No n %			
Grupos Etarios					
Adolescencia Tardía	7 (2,7)	51 (19,6)	0,91	0,45 – 1,84	0,970
Adolescencia Media/Temprana	27 (10,4)	175 (67,3)			
Ocupación de los padres					
Albañil	10 (3,8)	61 (23,5)	1,09	0,62 – 1,91	0,929
Otra	24 (9,2)	165 (63,5)			
Nivel de instrucción paterna					
Analfabeta	1 (0,4)	4 (1,5)	1,66	0,19 – 14,43	0,999
Primaria/Secundaria/Superior	33 (12,7)	222 (85,4)			
Nivel de instrucción materna					
Analfabeta	2 (0,8)	9 (3,5)	1,48	0,33 – 6,55	0,955
Primaria/Secundaria/Superior	32 (12,3)	217 (83,5)			
Consumo de alcohol					
Sí	17 (6,5)	93 (35,8)	1,22	0,84 – 1,76	0,431
No	17 (6,5)	133 (51,2)			
Hábito tabáquico					
Sí	4 (1,5)	6 (2,3)	4,43	1,32 – 14,90	0,036
No	30 (11,5)	220 (84,6)			
Funcionalidad Familiar					
Disfunción Severa/Moderada	15 (5,8)	33 (12,7)	3,02	1,85 – 4,94	<0,001
Familia funcional	19 (7,3)	193 (74,2)			
Estructura familiar					
Otras	17 (6,5)	101 (38,8)	1,238	0,60 – 2,55	0,562
Familia N. biparental	17 (6,5)	125 (48,1)			
Nivel académico					
No alcanza aprendizajes (<7 puntos)	8 (3,1)	35 (13,5)	1,52	0,77 – 2,99	0,353
Alcanza aprendizajes (≥7 puntos)	26 (10,0)	191 (73,5)			
Riesgo de Suicidalidad					
Con riesgo	15 (5,8)	32 (12,3)	3,12	1,90 – 5,12	<0,001
Sin riesgo	19 (7,3)	194 (74,6)			
Nivel de Agresividad					
Agresividad Alta/Muy alta	10 (3,8)	25 (9,6)	2,66	1,40 – 5,04	0,008
Agresividad Media/Baja	24 (9,2)	201 (77,3)			

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Dra. Elsa Pulla Llanos

Interpretación: Se puede observar que las variables que mostraron un riesgo significativo para autoestima baja fueron el hábito tabáquico, la disfunción familiar, la presencia de riesgo de suicidalidad y el nivel de agresividad alta/muy alta, **Tabla 22.**

El riesgo de tener Autoestima baja se incrementa 4,43 veces más en los/las adolescentes que tienen el riesgo tabáquico. Así también la disfunción familiar



severa/moderada tuvo 3,02 veces más riesgo para una autoestima baja. Y en los adolescentes con riesgo de suicidalidad el riesgo aumento 3,12 veces más. De igual forma se observó que los adolescentes con niveles de Agresividad Alta/Muy alta el riesgo se incrementaron 2,66 veces más para tener una autoestima baja



CAPÍTULO VI

6.0 DISCUSIÓN

La autoestima se ha definido globalmente como la valoración, generalmente positiva, de uno mismo como persona (57). La necesidad de una adecuada autoestima es un motivo fundamental para el ser humano (58). La teoría de Maslow coloca a la autoestima de cuarta en la jerarquía de las necesidades, junto con la necesidad del logro, competencia, independencia y respeto (59). Este concepto ha sido ampliamente estudiado en la investigación de las ciencias sociales, así como en varias áreas de la psicología como la psicología clínica, de desarrollo o de asesoramiento (60). Los resultados de estudios empíricos han establecido a la autoestima como una de las construcciones más importantes que explican y se relaciona con múltiples comportamientos conductuales. Por ejemplo, se ha identificado a la autoestima como un determinante importante del bienestar emocional, por lo que los individuos con alta autoestima experimentan mayor estabilidad emocional y son mejores en el manejo de sus emociones (61).

No obstante, el mecanismo de correlación de autoestima para el bienestar emocional ha sido objeto de múltiples investigaciones y se le ha dado el papel de un factor protector, moderador, mediador o simplemente un resultado del bienestar emocional (62,63). Un estudio que siguió a adolescentes menores de 19 años reportó que los adolescentes con baja autoestima también tenían mala salud física y psicológica, baja perspectiva económica y más posibilidades de estar involucrados en un comportamiento criminal (64). Por lo tanto, la autoestima se ha considerado también como un marcador de riesgo (60).

En el presente estudio la prevalencia de autoestima alta fue de 32,7%, la autoestima media de 54,2% y la baja autoestima de 13,1%. En un estudio realizado en 1.162 adolescentes de Kosovo con una edad entre 11 a 19 años, se reportó una frecuencia de baja autoestima del 52,7% (8). Por otra parte, en un estudio realizado en adolescentes escolarizados de Santa Marta-Colombia y con bajo rendimiento académico, se determinó un 6,4% de autoestima elevada, 42,2% de autoestima media y 51,4% autoestima baja (9). Asimismo un estudio realizado en adolescentes



de Santa Marta reportaron una frecuencia de autoestima alta de 13%, autoestima media 47,0% y autoestima baja de 40,0% (10). En Ecuador se ha determinado una frecuencia de autoestima buena del 11%, regular del 56%, insuficiente 22% y deficiente del 11% en un estudio realizado en adolescentes de 12 a 17 años (11). Por lo tanto, se aprecia una alta variabilidad de la autoestima lo que hace necesaria su valoración de acuerdo a la localidad y así determinar los factores que la modifican.

En el presente estudio la edad y el sexo no mostraron ser determinantes de la autoestima. Durante las últimas 2 décadas, un gran número de estudios han evaluado las diferencias del género y edad en la autoestima (65,68). En el presente estudio de la autoestima de la Autoestima de los/las Adolescentes, se vio que los hombres tienen mayores niveles de autoestima que las mujeres. Esta diferencia entre el género surge en la adolescencia y persiste durante la edad adulta temprana y media antes de que se estreche e incluso desaparezca en la vejez (67).

Sin embargo, en relación a la edad, tanto para los hombres y las mujeres la autoestima es relativamente alta en la infancia, disminuye durante la adolescencia, se eleva gradualmente a lo largo de la edad adulta y luego tiende a declinar en la vejez (69,70). Sólo unos pocos estudios han cubierto toda la duración de la vida, pero numerosas investigaciones han trazado el desarrollo de la autoestima en etapas específicas de la vida, en particular durante los períodos de la adolescencia tardía y la adultez temprana (71,72). Estos estudios han proporcionado evidencia adicional de un aumento gradual de la autoestima durante la transición de la adolescencia a la edad adulta, tanto en hombres como en mujeres. Por lo tanto, la razón del por qué en el presente estudio no se demostró un efecto de la edad y sexo sobre la autoestima puede radicar en el grupo etario específico seleccionado (población adolescente).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa con respecto al nivel de instrucción y la ocupación de los padres con el nivel de autoestima de los adolescentes, lo cual está en concordancia con lo encontrado por Blackmon y colaboradores en 51 adolescentes escolares donde no se encontró asociación entre el nivel de autoestima con el grado de educación de ambos padres (73). Por su parte



el rendimiento académico de los adolescentes tampoco mostró una asociación significativa con el nivel de autoestima, sin embargo se ha demostrado que la autoestima se relaciona con múltiples indicadores de logros académicos (74), encontrando que una alta autoestima se asocia con un mayor rendimiento académico (75).

Tampoco hubo asociación entre el consumo de alcohol y la autoestima de los/las adolescentes de Jadán. En general los estudios que muestran la correlación entre la autoestima de los estudiantes y el consumo de alcohol han sido contradictorios, limitados o no concluyentes (76). Luhtanen y Crocker (2005), no encontraron ninguna correlación entre la autoestima y el uso de alcohol tal como el presente estudio (77). Otros estudios empíricos que examinan la relación entre la autoestima y la bebida, han encontrado que la autoestima global no necesariamente predice el abuso del alcohol (61). Por otra parte, DeSimone y Murray encontraron que los estudiantes que bebían con más frecuencia y un mal uso de alcohol tenían una mayor autoestima (78). Una de las razones por la que los estudios que investigan el papel de la autoestima en el consumo de alcohol obtengan resultados contradictorios y no concluyentes, radica en que la autoestima es una construcción más problemática y compleja de lo que parece (79).

En cambio, el consumo de cigarrillo es un factor que incrementa la posibilidad de tener autoestima baja en los adolescentes, el riesgo de tener autoestima baja se incrementa 4,43 veces.

Este comportamiento fue observado en un estudio que encontró que la autoestima elevada es un factor protector para evitar el consumo de cigarrillos en los adolescentes (80). Se ha considerado a la baja autoestima como predictiva de abuso de sustancias (81), los individuos con baja autoestima son más susceptibles a la influencia social negativa, planteándose que las personas que tienen problemas relacionados con las presiones externas de los pares son más propensos a comenzar a fumar (82,83). Por lo tanto estos hallazgos están acorde con las investigaciones transversales y longitudinales que indican que la baja autoestima es predictiva de la conducta de fumar (84–86).



De manera similar el nivel de agresividad tuvo asociación con el nivel de autoestima, encontrando que los adolescentes con agresividad Alta/Muy alta el riesgo se incrementó 2,66 veces más para tener una autoestima baja.

Este fenómeno ha sido reportado por la literatura, encontrando que la baja autoestima se ha relacionado con un comportamiento antisocial y la delincuencia (83,87). Esto ha sido argumentado por el hecho de que la baja autoestima disminuye los lazos entre el sujeto y la sociedad, por lo tanto se reduce el cumplimiento de normas y entonces conlleva al desarrollo de delincuencia (88). Dentro de esos problemas psicológicos relacionados a la baja autoestima figura la agresividad al igual que los otros mencionados previamente (89).

El presente estudio encontró asociación entre la suicidalidad y la autoestima, donde los adolescentes con riesgo de suicidalidad presentaron mayor frecuencia de autoestima baja, y el riesgo se incrementó 3,12 veces más. Dicha relación entre el suicidio y baja autoestima se encuentra acorde con otros estudios (21,27); hay que señalar, sin embargo, que la baja autoestima no siempre ha resultado ser una variable independiente asociada con el suicidio, sino que puede depender de los niveles de depresión, personalidad o el modelo cognitivo de cada individuo (28,29). No obstante, en vista de que la mayoría de los estudios se han llevado a cabo en la población adolescente (21-29), se debe tomar en cuenta la valoración de la autoestima en conjunto de la escala de suicidalidad para la identificación temprana en esta población de riesgo.

Otro factor muy importante que se asoció con la autoestima fue la funcionalidad familiar, se identificó que los/las adolescentes con disfunción familiar leve/moderada, el riesgo se incrementa 3,02 veces más para tener una autoestima baja. Uno de los contextos sociales más importantes para el desarrollo y la expresión de la autoestima es la familia. Para los niños, la familia es el contexto más importante debido a que su función principal es la socialización y el cuidado de ellos. La familia es el primer grupo principal con el que se experimenta, el lugar donde algunas de las identidades más importantes para el individuo empiezan a tomar forma (por ejemplo, hombre/mujer, niño/niña, hijo/hija y hermano/hermana). Las evaluaciones de desempeño de los roles basados en estas identidades se convierten en fuentes



tempranas de la autoestima. Varios estudios han planteado discusiones acerca de las etapas tempranas de la asignación y juego de roles, como procesos esenciales en el desarrollo del ser, los cuales se producen en el contexto de las interacciones familiares. Los padres suelen servir como mentores importantes para los niños. Las relaciones íntimas, extensas, y relativamente duraderas son características de la familia como un grupo primario que lo convierte en un contexto importante para el desarrollo de la autoestima de los niños así como de los adultos (90).

Los procesos de formación de la autoestima se encuentran omnipresentes en la vida familiar, con frecuencia los individuos se hacen auto atribuciones en base a sus desempeños de roles e interacciones con los miembros de la familia y se sienten bien o mal consigo mismos en función de las inferencias realizadas. Las comparaciones sociales también son una característica común de la vida familiar, especialmente entre hermanos. Las nociones de justicia o injusticia inicialmente se desarrollan dentro de las relaciones entre hermanos, al igual que las comparaciones entre las distintas competencias y virtudes, con las inevitables consecuencias para la autoestima (90).

Todos los miembros de la familia tienen opiniones sobre otros y son típicamente menos reticentes a expresarlas entre sí como lo es el caso de las relaciones fuera de la familia. Los hermanos, en especial, pueden ser muy deseosos de dar información crítica con respecto a la conducta del otro, acerca del aspecto, habilidades sociales y la inteligencia. No todas estas apreciaciones son de manera igualitaria importantes para el desarrollo de la propia autoestima, pero tienen su influencia sobre la misma. Para los niños, en la mayoría de los casos, las evaluaciones reflejadas de sus padres pueden importar mucho más que las de sus hermanos (90).

Las apreciaciones reflejadas al sujeto han sido el principal proceso determinado en los estudios de la autoestima dentro de las familias. La mayor parte de estas investigaciones se han centrado en los efectos de la conducta de los padres sobre la autoestima de los niños. En general, estos estudios encuentran que el apoyo y estímulo paternal, capacidad de respuesta y el uso del control inductivo están relacionados positivamente con la autoestima de los niños (91). La mayoría de estas variables parentales podrían considerarse indicadores de evaluaciones positivas



reflejadas en el niño. Son también las conductas de los padres las que se encuentran asociadas con el desarrollo de otras consecuencias positivas en el comportamiento de socialización de los niños y adolescentes (tales como el desarrollo moral, el comportamiento pro-social y el rendimiento académico) (91).

El orden de nacimiento de los hijos y las relaciones entre hermanos también pueden tener consecuencias sobre la autoestima de los niños. (92). Los hijos mayores o únicos parecen tener una mayor autoestima que los niños nacidos más tarde, pero las diferencias no son significativas. (93).

Otras variaciones estructurales dentro de las familias (por ejemplo, las familias monoparentales, familias con la presencia de padrastro, familias extendidas) pueden afectar la autoestima de los niños, teniendo un impacto en las evaluaciones o apreciaciones reflejadas, comparaciones sociales y auto atribuciones. Sin embargo, no ha habido mucha investigación sobre los efectos de estas variaciones estructurales de la familia en la autoestima de los niños. La calidad de las relaciones familiares no tiende a variar lo suficiente de manera constante según estas variaciones estructurales como para mostrar diferencias significativas y consistentes en la autoestima de los niños. Pese a esto, el rol de la familia es fundamental y sus alteraciones como la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo para una autoestima baja (90–93).

Por lo tanto el presente estudio identificó varios factores relacionados con la autoestima, los cuales deben ser tomados en cuenta para la elaboración de programas de intervención social que permitan su identificación precoz, y para la optimización de las relaciones familiares que tiene un papel primordial en el desarrollo de la autoestima de los sujetos y que su alteración aumenta el riesgo para la baja autoestima, la cual debe ser evitada debido a su relación con diferentes eventos que afectan el buen comportamiento del sujeto a nivel social, familiar y laboral, así como la ejecución de estudios prospectivos a nivel regional para mejorar la concepción de la autoestima en nuestra población de estudio Jadán.



CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones

- La autoestima media tuvo una mayor frecuencia comparada con la alta y baja, esta prevalencia fue variable al compararse con otros estudios y su comportamiento fue similar de acuerdo al sexo, grupo etario, rendimiento académico de los adolescentes, nivel de instrucción y ocupación de los padres.
- El hábito tabáquico se asoció con el nivel de autoestima, de tal manera que los adolescentes que presentaron tabaquismo tuvieron mayor frecuencia de baja autoestima, así como un riesgo significativo para la misma.
- El nivel de agresividad también tuvo una estrecha relación con el nivel de autoestima, encontrando que los adolescentes con niveles más altos de agresividad tuvieron mayores frecuencias de autoestima baja, mostrando un riesgo significativo.
- Los dos factores que mostraron mayor influencia sobre la autoestima fueron el riesgo de suicidalidad y la funcionalidad familiar, destacándose que la presencia de riesgo de suicidalidad mostró un riesgo de 3,12 veces para la autoestima baja y las familias no funcionales mostraron un riesgo de 3,02 veces para autoestima baja en comparación con las familias funcionales.



7.2 Recomendaciones

- Como médico familiar recomiendo intervenir en la detección oportuna del nivel de autoestima, de forma continua, aplicando mis conocimientos para la atención integral del adolescente, no solo desde el consultorio sino también en lo comunitario.
- Debido a la variabilidad de la autoestima de los/las Adolescentes de Jadán, se recomienda intervenciones de mayor duración y más completas para producir efectos duraderos, pues las que se limitan únicamente a dar información tiene efectos mínimos o nulos. Desarrollar programas donde se enseñen competencias con mayor participación de ellos, donde se sientan importantes y puedan descubrir sus debilidades, trabajar en ellas y a su vez fortalecer sus habilidades.
- Al evidenciar muchos casos de adolescentes con problemas que quedaron en el olvido, recomiendo hacer seguimiento de forma continua a lo largo de su formación académica en la secundaria, que va a tener mejor resultado que pretender intervenir en el momento crítico, donde muchos de ellos se niegan a recibir la ayuda.
- Se recomienda armar un equipo multidisciplinario conformado por médico familiar, psicólogo, docentes, representante del/la adolescente y jefe político de la comunidad de Jadán, para llevar a cabo estudios prospectivos, para detectar nuevos factores que afecten la autoestima del adolescente.



8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva-Escorcía I, Mejía-Pérez O. Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Rev Electrónica Educ* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2016 Sep 1];19(1). Available from: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/6367>
2. Padrón RA, Hernández JA. La autoestima en la educación. *Límite Rev Filos Psicol*. 2004;(11):86–99.
3. Ortega Ruiz Pedro, Minguez Vallejos Ramon. La Educación de la Autoestima. *320(1999):335–52*.
4. Rodruéz C, Caño A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategia de intervención. *Internationan Journal of Psychological Therapy*. 2012;12(3):389–403.
5. Páramo M de los Á. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Ter Psicológica*. 2011;29(1):85–95.
6. Pereira MLN. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo/Self-esteem: relevant aspect in a person's life and essential topic in the educational process. *Actual Investig En Educ* [Internet]. 2011 [cited 2017 Mar 25];7(3). Available from: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/9296>
7. Barcelata Eguiarte BE. Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 26]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/11127018>
8. Fanaj N, Melonashi E, Shkëmbi F. Self-esteem and Hopelessness as Predictors of Emotional Difficulties: A Cross-sectional Study among Adolescents in Kosovo. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2015 Jan;165:222–33.
9. Ortega FRF, Mendoza JV, Ballestas LFF. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Rev Encuentros* [Internet]. 2014 [cited 2016 May 26];12(2). Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n2/v12n2a03.pdf>
10. Ceballos-Ospino GA, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega LM, González KE, Sotelo-Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y



- autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. DUAZARY. 2015;12(1):15–22.
11. Ricardo Germán Mera López. Eficacia de la Terapia Asertiva de Wolpe en el tratamiento de la inhabilidad social y baja autoestima en adolescentes de 12 a 17 años que acuden a consulta externa en la Dinapen Pichincha, Octubre 2011 – Octubre 2012. Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico. [Quito]: Universidad Central de Ecuador; 2012.
 12. Rojas-Barahona CA, Zegers B, Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Médica Chile*. 2009;137(6):791–800.
 13. Carrasco Carrasco JP. Cómo influyen las familias ensambladas en el desarrollo de la autoestima de los niños/as. 2012 [cited 2014 Dec 9]; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1994>
 14. Alonso Palacio Luz Marina, Murcia Gandara Gerardo, Murcia Gandara Judith, Herrera Pertuz Deisy, Gomez Guzman Diana, Comas Vargas Milagros, Ariza Thern Paola. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la division Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte Barranquilla*. 2007;23 (1):32–42.
 15. de Santana MP, Junior H da CR, Giral MM, ^a Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391–401.
 16. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc Salud*. 1999;1(2):23–31.
 17. Rutzstein G, Scappatura ML, Murawski B. Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2014;5(1):39–49.
 18. Ceballos-Ospino GA, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarrav-Vega LM, González KE, Sotelo-Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*. 2015;12(1):15–22.
 19. Naranjo CR, González AC. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2012;12(3):389–403.
 20. JIMENEZ TI. autoestima de riesgo y proteccion: una mediacion entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. *PSYCHOSOCIAL INTERVENTION*. 2011;20:53–61.



21. López EE, Ferrer BM, Ochoa GM. La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional¹ Self-esteem in aggressive and victimized adolescents at school: The multidimensional perspective. *Interv Psicosoc.* 2006;15(2):223–232.
22. Ariza LMF, Durán MCA, Cubillos ZJD, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria [Internet]. *Red Revista Colombiana de Psiquiatría*; 2006 [cited 2015 Jan 12]. Available from: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/0034-7450/7/39.pdf>
23. Jimenez Gutierrez TI, Musitu Ochoa G, Murgui Pérez S. Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. 2005 [cited 2015 Jan 7]; Available from: <http://roderic.uv.es/handle/10550/2096>
24. Vicenta Mestre M, María Tur A, Samper P, José Nácher M, Teresa Cortés M. Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial: Their realltion with prosocial behavior. *Rev Latinoam Psicol.* 2007;39(2):211–225.
25. Morell-Gomis R, del Castillo JAG, Pertusa MG, del Castillo-López ÁG. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE VARIABLES FAMILIARES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Salud Drog.* 2011;11(2):143–162.
26. Guaita VL. Percepción de la comunicación emocional de los padres en niños de 5 años de edad: Una mirada neuropsicológica. *INTERDISCIPLINARIA.* 2010;27(1):129–146.
27. Cava MJ, Musitu G, Vera A. Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Rev Mex Psicol.* 2000;17(2):151–161.
28. Araujo Robles Elizabeth Dany. Comunicacion padres-adolescente y estilos y estrategias de afrontamiento del estrés en escolares adolescentes de Lima. 2008. 2008;22:227–46.
29. Ferrer BM, Ochoa GM, Muñoz LVA, Gimeno MCM. Estatus sociométrico y violencia escolar en adolescentes: implicaciones de la autoestima, la familia y la escuela. *Rev Latinoam Psicol.* 2012;44(2):55–66.
30. San Martín JL, Barra E. Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Ter Psicológica.* 2013;31(3):287–291.



31. Jimenez Tapia Alberto, Mondragón Barrios Liliana, González-Forteza Catalina. Self-esteem, Depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. 2007 Oct;30(N° 5):20–6.
32. Bernaras-Iturrioz E, Jauregizar- Albonigamayor J, Soroa-Udabe M, Ibabe-Erostarbe I, De las Cueva-Hevia C. Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *An Psicol* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2014 Dec 6];29(1). Available from: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/137831>
33. Acevedo Ponce Juan Antonio, Carrillo Arcega Maria de Lourdes. Adaptación, Ansiedad y Autoestima en Niños de 9 a 12 años: una comparación entre Escuela Tradicional y Montessori. 2010 Jun;18(1):19–29.
34. Mota CP, Matos PM. Padres, profesores y pares: Contribuciones para la autoestima y coping en los adolescentes. *An Psicol* [Internet]. 2014 May 1 [cited 2014 Dec 6];30(2). Available from: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/161521>
35. Jadue G. Algunas características familiares y de la escuela que contribuyen a la etiología de la tensión emocional. *Rev Psicol*. 2013;18(1):69–85.
36. Musitu Ochoa G, Martínez Ferrer B, Murgui Perez S. Conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes. 2006 [cited 2015 Jan 8]; Available from: <http://roderic.uv.es/handle/10550/2083>
37. alvarado adela,ana berlin, nice cofre, mireya morales, jessica sepúlveda, jacqueline teylorl. Factores_familiares_asociados_a_la_baja_autoestima.pdf. 2003;1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13.
38. Aguirre AÁ, Castillo MMA, Zanetti ACG. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(spe):634–640.
39. Rosenberg, M. Escala de autoestima de Rosenberg - RSES The Rosenberg Self-Esteem Scale Translation and Validation in University Students [Internet]. *SicoLog.com*. 2009 [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://sicolog.com/?a=1669>
40. Salvo L, Melipillán R, Castro A. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2009;47(1):16–23.
41. Dr. Suarez Cuba Miguel A FPEE, Dra. Alcalá Espinoza Matilde AP. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. [cited 2015 Jan 12]; Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmplp/v20n1/v20n1_a10.pdf



42. Validivia C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*. 2008;1:15–22.
43. Cassiani Miranda CA, Borrero Varona MT, Cubides AM, Marimon Trespacios W. Alcohol y trauma: Un problema prioritario de salud pública. *Rev Científica Salud Uninorte* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 27];28(1). Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3769>
44. Alvarado ME, Garmendia ML, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Rev Médica Chile*. 2009;137(11):1463–1468.
45. Bello S, Flores A, Bello M, Chamorro H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2009;25(4):218–230.
46. Iglesias EB, Del Río EF, Durán AL, Varela M del CM. La escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. *Psicothema*. 2009;21(4):579–584.
47. Salvo G Lilian, Melipillan A Roberto. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2008;46(2):115–23.
48. Rodríguez JMA, Fernández MEP, Gómez JLG. SOFTWARE, INSTRUMENTACIÓN Y METODOLOGÍA. Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*. 2002;14(2):476–482.
49. Jadue G. Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estud Pedagógicos Valdivia*. 2001;(27):111–118.
50. Zárate L, León D, Rivera E. La emigración del adulto como factor de riesgo en la autoestima de los adolescentes. *Enseñ E Investig En Psicol*. 2007;12(2):359–366.
51. Muñoz AS, Serrano RM, Taberero C. La autoestima infantil, la edad, el sexo y el nivel socioeconómico como predictores del rendimiento académico. *Rev Investig En Educ*. 2016;1(14):53–66.
52. Peker G, Rosenfeld NG, Febbraio A, Loiza CA, Bergara G, Stigliano MM, et al. Autoestima en adolescentes. Su evaluación. [cited 2016 Sep 1]; Available from: <http://www.aacademica.org/000-015/970.pdf>
53. Telenchana M, Piedad A, others. Apoyo Social percibido y autoestima de los Adolescentes en acogimiento Institucional Emergente. 2016 [cited 2016 Sep 1]; Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/22430>



54. Vargas Murga Horacio. tipo de familia y ansiedad y depresión. 2014;25:57–9.
55. Cumbe Bravo SE, Japa Tapia FB. La motivación y su relación con el rendimiento académico en adolescentes escolarizadas. 2014 [cited 2015 Jan 30]; Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21014>
56. Sierra JC, Quintanilla JRG. Validación de la versión española del Cuestionario de Agresión de Buss-Perry en estudiantes universitarios salvadoreños. *Psicol Salud*. 2013;17(1):103–113.
57. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image* (rev. ed.). Vol. xxxii. Middletown, CT, England: Wesleyan University Press; 1989. 347 p.
58. Carr DS, Gale (Firm). *Encyclopedia of the life course and human development* [Internet]. Detroit: Macmillan Reference USA; 2009 [cited 2016 Jun 4]. Available from: <http://rave.ohiolink.edu/ebooks/ebc/elch>
59. Myers DG, DeWall CN. *Psychology*. Eleventh edition. New York: Worth Publishers/A MacMillian Education Imprint; 2015. 693 p.
60. Brown BB, Prinstein MJ, editors. *Encyclopedia of adolescence*. Amsterdam ; Boston: Elsevier/Academic Press; 2011. 3 p.
61. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychol Sci Public Interest*. 2003;4(1):1–44.
62. Lee A, Hankin BL. Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2009 Mar;38(2):219–31.
63. Laghi F, Pallini S, D'Alessio M, Baiocco R. Development and validation of the Efficacious Self-Presentation Scale. *J Genet Psychol*. 2011 Jun;172(2):209–19.
64. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Moffitt TE, Robins RW, Poulton R, Caspi A. Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Dev Psychol*. 2006 Mar;42(2):381–90.
65. Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 2012;102(6):1271–88.
66. Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 2010;98(4):645–58.



67. Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL, Gosling SD, Potter J. Global self-esteem across the life span. *Psychol Aging*. 2002;17(3):423–34.
68. Shaw BA, Liang J, Krause N. Age and race differences in the trajectories of self-esteem. *Psychol Aging*. 2010;25(1):84–94.
69. Orth U, Robins RW. The Development of Self-Esteem. *Curr Dir Psychol Sci*. 2014 Oct 1;23(5):381–7.
70. Wagner J, Gerstorf D, Hoppmann C, Luszcz MA. The nature and correlates of self-esteem trajectories in late life. *J Pers Soc Psychol*. 2013;105(1):139–53.
71. Chung JM, Robins RW, Trzesniewski KH, Nottle EE, Roberts BW, Widaman KF. Continuity and change in self-esteem during emerging adulthood. *J Pers Soc Psychol*. 2014;106(3):469–83.
72. Hutteman R, Nestler S, Wagner J, Egloff B, Back MD. Wherever I may roam: Processes of self-esteem development from adolescence to emerging adulthood in the context of international student exchange. *J Pers Soc Psychol*. 2015;108(5):767–83.
73. Blackmon TC, Durm MW. Children's self-esteem and their parents' education. *Psychol Rep*. 1997 Feb;80(1):114.
74. Booth MZ, Gerard JM. Self-esteem and academic achievement: a comparative study of adolescent students in England and the United States. *Comp J Comp Int Educ*. 2011 Sep;41(5):629–48.
75. Marsh HW, Byrne BM, Yeung AS. Causal ordering of academic self-concept and achievement: Reanalysis of a pioneering study and... *Educ Psychol*. 1999 Jun;34(3):155–67.
76. Lapp JE. Psychotropic Drug and Alcohol Use by Montreal College Students: Sex, Ethnic and Personality Correlates. *J Alcohol Drug Educ*. 1984;30(1):18–26.
77. Luhtanen RK, Crocker J. Alcohol use in college students: effects of level of self-esteem, narcissism, and contingencies of self-worth. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. 2005 Mar;19(1):99–103.
78. DeSimone A, Murray P, Lester D. Alcohol use, self-esteem, depression, and suicidality in high school students. *Adolescence*. 1994;29(116):939–42.
79. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003 Apr;84(4):822–48.



80. Rueda-Jaimes GE, Camacho PA, Rangel-Martínez AM, Campo-Arias A. Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de tabaco en estudiantes adolescentes. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:669–80.
81. Mcgee R, Williams S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *J Adolesc.* 2000 Oct;23(5):569–82.
82. Kaplan HB. Self-attitude change and deviant behavior. *Soc Psychiatry.* 1976;11(2):59–67.
83. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C. Self-Esteem and Adolescent Problems: Modeling Reciprocal Effects. *Am Sociol Rev.* 1989;54(6):1004–18.
84. Bonaguro JA, Bonaguro EW. Self-concept, stress symptomatology, and tobacco use. *J Sch Health.* 1987 Feb;57(2):56–8.
85. Abernathy TJ, Massad L, Romano-Dwyer L. The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence.* 1995;30(120):899–907.
86. Carvajal SC, Wiatrek DE, Evans RI, Knee CR, Nash SG. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2000 Oct;27(4):255–65.
87. Fergusson DM, Horwood LJ. Male and female offending trajectories. *Dev Psychopathol.* 2002 Mar;null(01):159–177.
88. Hirschi T, Stark R. Hellfire and Delinquency. *Soc Probl.* 1969 Oct;17(2):202–13.
89. Rogers C. *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy.* Houghton Mifflin Harcourt; 2012. 454 p.
90. Mead GH, Morris CW, Huebner DR, Joas H. *Mind, self, and society. The definitive edition.* Chicago ; London: University of Chicago Press; 2015. 1154 p.
91. Gecas V. Families and Adolescents: A Review of the 1980s. *J Marriage Fam.* 1990;52(4):941–58.
92. Blake J. *Family size and achievement.* Berkeley: University of California Press; 1989. 415 p. (Studies in demography).
93. Gecas V, Pasley K. Birth order and self-concept in adolescence. *J Youth Adolesc.* 1983 Dec;12(6):521–35.



9.0 ANEXOS

Anexo 1:

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	Años	Numérica
Sexo	Características externas que identifican a un individuo como hombre o mujer	Fenotipo	Hombre mujer	Nominal Si No
Ocupación	Acción y resultado de ocupar o de ocuparse en alguna actividad de forma permanente y por la cual puede recibir alguna remuneración	Acción y resultado de ocupar	Albañil Comerciante Empleado público Otros	Nominal Si No
Nivel de instrucción	Grado de educación formal que un individuo posee al haber acudido a una institución y que es reconocido por el Ministerio de Educación.	Grado de instrucción	Años aprobados	Ordinal Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel
Tipo de Familia	Cambios que se dan en la familia de acuerdo a su constitución por el número de integrantes	Configuración de acuerdo al número y tipo de integrantes	F. Nuclear F. Extensa Personas sin familia Equivalentes familiares F. Corporativas F. Ampliadas	Nominal Si No
Funcionalidad Familiar	El conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	Relaciones interpersonales de las familias	Apgar Familiar	Nominal • Funcional • Disfunción moderada • Disfunción severa
Rendimiento Académico	Evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar, terciario o universitario	Promedio de notas	Promedio general de notas o calificaciones. Libreta	Numérica • 10 • 9 • 7-8 • 5-6 • ≤ 4
Consumo de riesgo de alcohol	Dependencia con características de adicción al alcohol provocada por influencia psicosocial	Ingesta de alcohol	Alcohol (AUDIT)	Nominal AUDIT: con riesgo Sin riesgo
Dependencia a la Nicotina (Tabaco)	Es la necesidad compulsiva de consumir nicotina	Consumo de tabaco	Tabaco (TEST DE FAGERSTROM)	Nominal FAGERSTROM: Dependencia baja Dependencia moderada



Ideación suicida	Consiste en el pensamiento de acabar con la propia existencia	Pensamiento de acabar con la vida	Escala de suicidalidad OKASHA	Dependencia alta Nominal Con riesgo Sin riesgo
Agresividad	La acción y efecto de violentar o violentarse Un acto que se contrapone al derecho del otro	Acto de violentar o violentarse	Cuestionario de agresividad versión española de Buss y Perry	Nominal Muy baja Baja Media Alta Muy alta
AUTOESTIMA	Autoestima es la valoración positiva o negativa que una persona hace de sí misma	Valoración positiva o negativa	Test de Rosemberg	Nominal Autoestima elevada Autoestima media Autoestima baja



**Anexo 2:
Certificados de Autorización del Estudio**

**Anexo 3:
Formulario de recolección de datos**

UNIVERSIDAD DE CUENCA

**AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO
FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL**

La información proporcionada en este formulario será de absoluta confidencialidad, los datos que usted facilite serán utilizados para la investigación propuesta.

Fecha: día/mes/año ____/____/____

Formulario

DATOS DE FILIACIÓN					
Nombre: _____					
Sexo:	Masculino		Femenino		
Edad: _____ (años)					
Residencia: Urbana _____ Rural _____					

SOCIODEMOGRÁFICOS	
Estado civil del representante	Ocupación del representante
<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado • Unión libre • Otros. ____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Albañil _____ • Comerciante _____ • Empleado público _____ • Otros _____
• Tipo de Familia: _____	

Nivel de instrucción (Padre)	Nivel de Instrucción (Madre)	Nivel de instrucción de Represente
<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior • Cuarto nivel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior • Cuarto nivel 	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior • Cuarto nivel



Observaciones:

**Anexo 4: TEST DE SUICIDALIDAD DE OKASHA**

	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	ALGUNAS VECES (2)	MUCHAS VECES (3)	PUNTOS
¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?					
¿Has deseado alguna vez estar muerto?					
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida					
	NO	SÍ 1 VEZ	SÍ 2 VECES	SÍ 3 VECES	
¿Has intentado suicidarte?					

La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. Cuanta mayor puntuación, mayor gravedad. Para discriminar entre ideas suicidas con o sin alto riesgo de suicidalidad, se calculó el punto de corte de cinco puntos para ideación suicida (sensibilidad de 90% y especificidad de 79%). Para este análisis se empleó el puntaje de la subescala de ideación suicida.

**Anexo 5: TEST DE AUDIT**

PREGUNTAS	0	1	2	3	4	PUNTOS
1.- ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?	Nunca. Pase a la pregunta 9	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 4 veces a la semana	Cuanto o más veces a la semana	
2.- ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas sueles beber en un día de consumo?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más	
3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4.- ¿Con qué frecuencia durante el año pasado te diste cuenta de que no podías dejar de beber una vez que empezabas?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6.- ¿Qué tan frecuentemente bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, has tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no podías recordar lo que sucedió porque habías bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9.-. - Tú o alguna otra persona ha resultado herido porque tú. ¿Había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10.- ¿Algún familiar, amigo, medico, o personal sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber?			Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	



De 0 a 7: Ud. parece beber en forma responsable.

De 8 a 15: Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo.

De 16 a 19: Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber.

De 20 y más: Sugerimos que Ud. necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

**Anexo 6: TEST DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG****A.- Muy de acuerdo
desacuerdo****C.- En desacuerdo****B.- De acuerdo****D.- Muy en**

	A4	B 3	C 2	D 1
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 gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				
5. En general estoy satisfecho de mí mismo.				
6. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Más de 36 Autoestima Alta

25 a 35 Autoestima Media

Menor a 24 Autoestima Baja

Anexo 7: TEST DE ADICCIÓN AL TABACO DE FAGERSTROM

	0	1	2	3		PUNTAJE
1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o Menos	11 a 20	21 a 30	31 o mas		
2.- ¿Cuánto tiempo pasa, desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Más de 60 minutos	31 a 60 minutos	6 a 30 minutos	Menos de 5 minutos		
3.- ¿Fuma más en las mañanas?	NO	SI				
4.- ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	NO	SI				
5.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	Cualquier otro	El primero del día				
6.- ¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en cama?	NO	SI				

0 - 3 Dependencia baja



4 - 6 Dependencia moderada

7 - 10 Dependencia alta

**Anexo 8: CUESTIONARIO DE LA AGRESIÓN VERSIÓN ESPAÑOLA**

	NUN CA (1)	CASI NUNC A (2)	ALGUN AS VECES (3)	CASI SIEMPR E (4)	SIEMP RE (5)	PUNT AJE
1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona						
2.- Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos						
3.- Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida						
4.- A veces soy bastante envidioso						
5.- Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona						
6.- A menudo no estoy de acuerdo con la gente						
7.- Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo						
8.- En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente						
9.- Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también						
10.- Cuando la gente me molesta, discuto con ellos						
11.- Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar						
12.- Pienso que siempre son otros los que consiguen las oportunidades						
13.- Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal						
14.- Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos						
15.- Soy una persona apacible						
16.- Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas						
17.- Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago						
18.- Mis amigos dicen que discuto mucho						
19.- Siento que mis amigos piensan que soy una persona impulsiva						
20.- Siento que mis «amigos» me critican a mis espaldas						
21.- Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos						



22.- Algunas veces pierdo los estribos sin razón						
23.- Desconfío de desconocidos demasiado amigables						
24.- No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona						
25.- Tengo dificultades para controlar mi genio						
26.- Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas						
27.- He amenazado a gente que conozco						
28.- Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán						
29.- He llegado a estar tan furioso que rompía cosas						

Agresividad Muy Baja

Agresividad Baja

Agresividad Media

Agresividad Alta

Agresividad muy Alta

Calculada de acuerdo a la desviación estándar del estudio.

**Anexo 9: APGAR FAMILIAR**

	FUNCIÓN	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
APOYO	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad			
PARTICIPACIÓN	Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones de los problemas			
CRECIMIENTO	Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes o metas			
AFECTO	Me satisface la forma como mi familia demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor, rabia.			
RECREACIÓN	Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios de la casa, c) el dinero			
TOTAL				

7 a 10: Familia funcional

4 a 6: Disfunción moderada

0 a 3: Disfunción severa



Anexo 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Consentimiento Informado del Representante

AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL, DE LA PARROQUIA DE JADÁN 2015.

Este estudio busca detectar el Nivel de la Autoestima de los Adolescentes y su relación con el contexto familiar, escolar y social en el Colegio Técnico de Jadán. Este estudio se origina por el desconocimiento del comportamiento de los adolescentes.

Nos gustaría que usted nos ayudara proveyendo la información necesaria de acuerdo a los cuestionarios y test elaborados en anexos.

La aplicación de los cuestionarios y test, se realizará en las aulas del colegio, en horas de la mañana, respetando los horarios pre-establecidos, nos tomará unos 10 a 15 minutos, de forma que no se vean afectadas sus actividades laborales.

Su participación no tendrá ningún costo para usted, en caso de diagnosticar algún trastorno de ansiedad se le notificará y proveerá el apoyo necesario con personal especializado.

Si usted participa, la información que nos dé, será confidencial; todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que sólo usará los códigos numéricos.

Si acepta participar, aun será libre para renunciar al estudio en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre su participación lo animamos a preguntar al personal del estudio en cualquier momento. *Para mayor información se puede contactar al teléfono 0995885782, preguntar por la Dra. Elsa Pulla.*

Firme abajo si desea participar en este estudio.

Las condiciones para participar en este estudio me han sido explicadas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar todas mis dudas.



Yo, _____, con mi firma, doy consentimiento para formar parte de este estudio bajo las condiciones explicadas.

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 11: ASENTIMIENTO INFORMADO

AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONTEXTO FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL, DE LA PARROQUIA DE JADÁN, 2015

Este estudio busca detectar el Nivel de la Autoestima de los Adolescentes y su relación con el contexto familiar, escolar y social en el Colegio Técnico de Jadán. Este estudio se origina por el desconocimiento del comportamiento de los adolescentes.

Nos gustaría que usted nos ayudara proveyendo la información necesaria de acuerdo a los cuestionarios y test elaborados en anexos.

La aplicación de los cuestionarios y test, se realizará en las aulas del colegio, en horas de la mañana, respetando los horarios pre-establecidos, nos tomará unos 10 a 15 minutos, de forma que no se vean afectadas sus actividades laborales.

Su participación no tendrá ningún costo para usted, en caso de diagnosticar algún trastorno de ansiedad se le notificará y proveerá el apoyo necesario con personal especializado.

Si usted participa, la información que nos dé, será confidencial; todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que sólo usará los códigos numéricos.

Si acepta participar, aun será libre para renunciar al estudio en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre su participación lo animamos a preguntar al personal del estudio en cualquier momento. *Para mayor información se puede contactar al teléfono 0995885782, preguntar por la Dra. Elsa Pulla.*

Firme abajo si desea participar en este estudio.

Las condiciones para participar en este estudio me han sido explicadas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar todas mis dudas.



Yo, _____, con mi firma, doy consentimiento para formar parte de este estudio bajo las condiciones explicadas.

Firma del Adolescente, _____