



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61
CÓRDOBA, VERACRUZ

**PREVALENCIA DEL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS DE LA
AFECTIVIDAD FAMILIAR GENERADOS POR EMIGRACIÓN DE
UNO DE SUS INTEGRANTES EN FAMILIAS DE AMATLÁN DE
LOS REYES, VERACRUZ**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA MAYDE CRUZ ALTAMIRANO

ASESOR

DR. ARMANDO GARCÍA CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**PREVALENCIA DEL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS DE LA
AFECTIVIDAD FAMILIAR GENERADOS POR
EMIGRACION DE UNO DE SUS INTEGRANTES EN
FAMILIAS DE AMATLAN DE LOS REYES, VERACRUZ**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

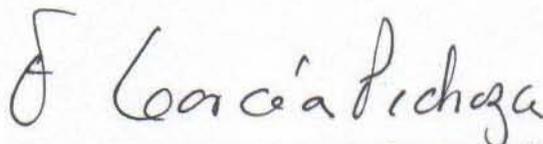
PRESENTA

DRA. CLAUDIA MAYDE CRUZ ALTAMIRANO

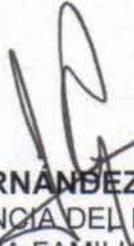
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

**PREVALENCIA DEL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS DE LA
AFECTIVIDAD FAMILIAR GENERADOS POR
EMIGRACIÓN DE UNO DE SUS INTEGRANTES EN
FAMILIAS DE AMATLÁN DE LOS REYES, VERACRUZ**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. CLAUDIA MAYDE CRUZ ALTAMIRANO

AUTORIZACIONES

DRA. GLORIA ESTELA GARCIA DIAZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61

DR. ARMANDO GARCÍA CRUZ

ASESOR METODOLOGICO

MEDICO FAMILIAR U.M.F. 61

IMSS VERACRUZ SUR

DR. ARMANDO GARCÍA CRUZ

ASESOR DE TEMA

MEDICO FAMILIAR U.M.F. 61

IMSS VERACRUZ SUR

ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	8
Capítulo I	
Marco Teórico	9
Aspectos psicopatológicos	9
Impacto de la migración en la familia	15
Planteamiento del Problema de Investigación	17
Justificación	18
Objetivos de la Investigación	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
Capítulo II	
Material y Métodos	20
Tipo de estudio	20
Diseño de Investigación	20
Población, lugar y tiempo de estudio	20
Tipo y tamaño de la muestra	20
Criterios de selección	21
Definición operativa de las variables	22
Procedimientos de Recolección de los Datos	32
Procedimientos de Análisis de los Datos	32
Consideraciones Éticas	35
Capítulo III	
Resultados y discusión	37
Datos Sociodemográficos	38
Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)	45
Dimensión 1: Resolución de problemas	45

Dimensión 2: Comunicación	46
Dimensión 3: Roles	48
Dimensión 4: Involucramiento afectivo	49
Dimensión 5: Respuestas afectivas	49
Dimensión 6: Control de conducta	50
Evaluación de Estrés	53
Escala Hamilton para la Ansiedad (HARS)	55
Escala Hamilton para la Depresión (HDRS)	56
Análisis Correlacional	58
Capítulo IV	
Conclusiones	70
Referencias Bibliográficas	77
ANEXO A. Cuestionario De Datos Sociodemográficos	81
ANEXO B. Cuestionario De Evaluación Del Funcionamiento Familiar (EFF)	83
ANEXO C. Escala Evaluación De Estrés	86
ANEXO D. Escala Hamilton Para La Ansiedad (HARS)	88
ANEXO E. Escala Hamilton Para La Depresión (HDRS)	90

RESUMEN

Introducción. Considerando las relaciones que se desarrollan dentro del seno familiar, es posible considerar que la manera en que se toma la decisión de emigrar, el proceso del viaje y el manejo en la reacción del duelo, predisponen trastornos psicofisiológicos como el estrés, y trastornos de la afectividad como lo son angustia y depresión, factores relacionados con la salud mental.

Desde un punto de vista conceptual puede afirmarse que la cultura es un factor muy importante que determina la prevalencia del estrés y los trastornos de la afectividad en familias con integrantes que han emigrado, existen grandes proporciones de individuos afectados por patologías psicofisiológicas y asociadas a los trastornos de la afectividad, lo que establece la gran importancia de abordar esta problemática, tanto desde lo analítico como la intervención médica en virtud de las potenciales consecuencias orgánicas y físicas de las condiciones mencionadas.

Objetivos. Determinar la prevalencia del estrés y los trastornos de la afectividad familiar generados por emigración, en una zona rural de Amatlán de los Reyes.

Metodología. Estudio descriptivo, prospectivo transversal y no experimental. Se conformó una muestra probabilística, de tipo aleatorio simple, de 370 pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar, en la U.M.F No. 14, en una zona rural de Amatlán de los Reyes durante el período 1º de marzo de 2009-30 de septiembre de 2010 (22 fueron excluidos o eliminados). Se utilizaron 5 cuestionarios resueltos mediante entrevistas personales (datos sociodemográficos, Evaluación del Funcionamiento Familiar -EFF-, Escala Evaluación de Estrés, Escala Hamilton para la Ansiedad -HARS- y Escala Hamilton para la Depresión -HDRS). El análisis cuantitativo se llevó a cabo desde las frecuencias absolutas de los indicadores de cada dimensión y

análisis correlacional respecto de factores sociodemográficos. La emigración de cualquier miembro de la familia conlleva un vacío emocional difícil, y hasta imposible, de recuperar, sean instrumentales, afectivos, psicológicos o sociales. La emigración trae aparejadas serias consecuencias del orden psicopatológico y psicofisiológico, consecuencias cuyo cuadro y gravedad responden a cada caso particular, cada familia, y cada integrante que ha emigrado.

Más específicamente, los miembros adultos de la familia parecen ejercer una función adecuada, más no sucede lo mismo sobre los correlatos afectivos de los roles familiares, como son la afectividad y el apoyo, el desarrollo personal y el crecimiento y la satisfacción personal de cada uno de los integrantes de la familia

Conclusiones. Se halló una amplia y cuantiosa sintomatología de trastornos psicofisiológicos y de la afectividad, para lo cual se sugiere la intervención mediante la terapia ocupacional.

Una considerable mayor parte de los encuestados se asocia con una disfunción moderada, específicamente en el 61.2% en lo que hace a la resolución de problemas. potenciales estresantes, en este sentido, puede inferirse que la mayoría de las familias de los participantes poseen relativamente ineficientes destrezas para lograr la resolución de sus problemas de manera que se garantice la funcionalidad del grupo de forma eficiente

Ello puede considerarse, a priori, tanto para los problemas instrumentales como los afectivos, es decir, respectivamente, aquellos asociados con aspectos mecánicos de la vida diaria y aquellos que responden a los aspectos emotivos de la convivencia.

INTRODUCCIÓN

La emigración es considerada como el desplazamiento geográfico de individuos, que trasladan su domicilio a otro lugar. En nuestro tiempo este fenómeno es inmenso, implica una situación de cambio tanto para la persona que se ausenta como para los que se quedan sin la presencia de ésta. Por consiguiente, es normal que en el plano familiar se presente una reacción encaminada a afrontar el proceso de la pérdida. Toda pérdida significativa desencadena un proceso normal de duelo, entendiéndolo éste como un proceso que se caracteriza por tratar de equilibrar, es decir, trata de asimilar lo nuevo y reubicar lo previo a la ausencia, concebida ésta como la falta o privación de algo.

Aunque es poco común encontrar en el abanico de problemáticas sociales la preocupación por la salud mental de los protagonistas de los movimientos migratorios, en el ámbito de la medicina es necesario y posible abordarlo desde el punto de vista individualmente emocional, en la vida cotidiana de cada uno de los protagonistas, entendiéndolo como vida cotidiana, el sistema integrado por el conjunto de actividades vitales que deben repetirse diariamente para la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas y sociales de la vida misma.

Dentro de lo cotidiano de la práctica médica, en el primer nivel de atención es detectable, en los pacientes, circunstancias que permiten establecer una clasificación que identifica la integración familiar, y como hallazgo es perceptible plantear que el fenómeno migratorio es muy constante, siendo uno de los motivos principales de desintegración del núcleo familiar. Considerando las relaciones que se desarrollan dentro del seno familiar, la manera en que se toma la decisión de emigrar, el proceso del viaje, y el manejo en la reacción del duelo, predisponen trastornos psicofisiológicos como el estrés, y trastornos de la afectividad como lo son la angustia y la depresión, factores relacionados con la salud mental.

MARCO TEÓRICO

La emigración es un término que deriva del latín, *migratio*, *-ōnis*, es la acción y efecto de pasar de un país a otro para establecerse en él. Se entiende como el desplazamiento geográfico de individuos, que trasladan su domicilio a otro por tiempo ilimitado, o, en ocasiones, temporalmente (1).

La emigración tiene consecuencias en la salud mental de quienes viajan, pero también para los familiares que permanecen en los lugares de origen, especialmente poblaciones rurales, quienes demandan programas de atención, tratamiento y control de los estados de depresión, estrés y crisis de pánico por ansiedad, tanto en los lugares de origen como de destino (2).

La migración tiene características especiales que la distinguen de otro tipo de pérdida en virtud de que el duelo que genera no es totalmente claro, completo o irrevocable, ya que todo se encuentra con vida aunque ausente, nada desaparece, es posible fantasear con una reunión futura. Estos elementos crean emociones contradictorias: tristeza y alegría; pérdidas y restituciones; ausencia y presencia, lo cual genera que las pérdidas sean incompletas, ambiguas y pospuestas, es decir: “un duelo perpetuo” (3, 4).

Aspectos psicopatológicos

La emigración es un fenómeno que origina un gran impacto sociocultural que es posible abordar por múltiples disciplinas científicas, incluso por la psicopatología (5). La psicopatología trata todos aquellos trastornos del funcionamiento de la personalidad, las variaciones en las pautas totales de las reacciones del individuo ante la vida (6).

Las manifestaciones psicopatológicas son una forma de conducta o un modo de vivir que es el producto lógico de la dotación original particular del individuo, por lo tanto los trastornos mentales deben considerarse como pautas de reacción humana cuyo movimiento se inicia ante una situación de estrés. Si la personalidad se sujeta a tensiones productoras de angustia, más allá de los límites de su capacidad para adaptarse del individuo, éste puede desorganizarse tanto en la conducta exterior como en la conducta simbólica (7)

Todos tenemos esferas psicológicas vulnerables al estrés, si las experiencias del individuo tocan estas áreas y el grado de su naturaleza angustiante excede a la capacidad de la persona para manejar dichas tensiones por medio de métodos adaptativos saludables, el individuo se verá obligado a enfrentar dichas tensiones con métodos neuróticos o psicóticos (8).

Los trastornos mentales tienen un propósito defensivo, protector y reparador cuyos fines de adaptación se encuentran en la individualidad de cada persona. Los síntomas de los trastornos de la personalidad representan el intento del individuo para adaptarse a la interacción de las fuerzas psicológicas, sociales y fisiológicas que hacen presión en él, o bien el fracaso de dicho intento (9).

Las reacciones propias del estrés graves y trastornos de adaptación presentan las siguientes manifestaciones:

- Trastornos que aparecen siempre como consecuencia directa de estrés agudo o de una situación traumática sostenida, los cuales son factores primarios y primordiales.
- Malestar subjetivo más alteraciones emocionales que interfieren en la vida cotidiana.
- Período de adaptación a cambio biográfico o acontecimiento vital (duelo, separación, emigración).

La presencia de duelo no elaborado impide superar la sensación de pérdida, todo ello acentuado en determinadas ocasiones, por ejemplo cuando se produce enfermedad o muerte, en días de fiestas familiares, Navidad, etc.

El familiar del emigrado padece de distintas alteraciones en la salud relacionadas con la circunstancia de la emigración, como lo son: inapetencia o apetito exagerado y obesidad, insomnio o dificultades para conciliar el sueño, alteraciones digestivas, dermatitis, alteraciones del estado de ánimo, labilidad emocional: humor variable, deseos de llorar sin motivo aparente, irritabilidad, aislamiento, evasión y negación, deseo de mantenerse continuamente ocupado (10).

El estrés es un estado de ánimo que pueden sentir todas las personas y que varía de acuerdo a la idiosincrasia del individuo para el manejo de esa tensión emocional. Es la manera como el cuerpo y la mente reaccionan ante

las situaciones que ocurren en la vida. El estrés es común en nuestras vidas, y puede ser ocasionado por eventos o experiencias de tipo emocional o por experiencias físicas como las enfermedades o lesiones, no importa si el evento es bueno o malo, real o imaginario y se manifiesta por múltiples y variados síntomas tales como: dolores, ya sean de estómago, cabeza, muscular, dificultad para concentrarse, insomnio, alteraciones en el apetito, diaforesis, taquicardia, disfunción sexual, irritabilidad, ira excesiva, depresión, ansiedad, agitación, resfriados frecuentes. A continuación se exponen algunas definiciones sucintas de las manifestaciones psicopatológicas de la inmigración, vinculadas con el estrés:

Estrés: Adaptación a las exigencias de la vida. Provoca activación del sistema nervioso, inmunológico, aparato respiratorio, cardiovascular y endocrino.

Distrés: exigencias que superan la posibilidad de resolverlas. Cuando es crónico puede generar ansiedad, angustia, depresión, cambios en la conducta y enfermedad orgánica.

Trauma: situación que por su cualidad de abrupta o de magnitud económica para el aparato psíquico o significación de inminente destrucción psicofísica, desborda la posibilidad de elaboración psíquica siendo potencialmente capaz de provocar un cortejo sintomático. Clínicamente el Psicotrauma estudia los grados variables de compromisos desde sus disrupciones menores a severas con deterioro. Implica más que el estrés postraumático¹.

¹ Los problemas postraumáticos son aquellos que sufre la persona por haber estado en situaciones en las que tuvo mucho miedo y esto les origina ansiedad intensa.

Depresión: es un estado de tristeza o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. Se presentaran al menos otros cuatro síntomas de los siguientes: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de minusvalía o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas; acompañados de malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno depresivo menor: Episodio de al menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco síntomas referidos para la depresión mayor.

Depresión “enmascarada”: Se habla de ella cuando un estado depresivo es suplido por uno o varios síntomas, por ejemplo: dolores crónicos que no han respondido al tratamiento o quejas desproporcionadas, o manifestaciones somáticas no sistematizadas que ocultan el desorden afectivo en el curso de la depresión.

Angustia: Es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente, constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse concientes; es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables. Difiere del miedo en que no puede referirse a objetos o incidentes específicos. Se manifiesta mediante ansiedad, agitación, inquietud o zozobra.

Angustia “normal”: Sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente, cuando existe un peligro real, el cual es apreciado de manera objetiva y guarda proporción con la amenaza.

Pánico. Es un estado de angustia intensa que produce una desorganización de las funciones del yo. Es un miedo basado en una tensión prolongada con un clímax súbito que se caracteriza por miedo, inseguridad extrema, suspicacia y tendencia hacia la proyección y la desorganización.

Duelo. Todas las pérdidas significativas tienen sus duelos, y todos los duelos tienen que ser elaborados. Si el proceso de elaboración del duelo es ignorado, retrasado, demorado, aparecen las complicaciones (duelo complicado o duelo patológico).

El duelo normal, prototipo de la depresión reactiva, tiene lugar como respuesta a separaciones y pérdidas significativas (p. ej., muerte, separación matrimonial, desengaño amoroso, abandono del entorno familiar, emigración forzada o situación de catástrofe). La pena puede manifestarse por síntomas de ansiedad, como insomnio, inquietud e hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Igual que otro tipo de situaciones adversas, las separaciones y las pérdidas generalmente no producen depresión clínica, salvo en personas predispuestas a padecer trastornos del estado de ánimo. Cualquier duelo que se detenga, por razones internas o externas diversas, en cualquier punto de su desarrollo, se constituye en un *duelo patológico*. Cuanto más precoz es el estadio en que el proceso se detiene, más grave será el cuadro resultante.

Desde la perspectiva de la dificultad en la elaboración del duelo, en su potencialidad psicopatógena, es posible considerar tres tipos de duelos:

1. *El duelo simple*: es aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
2. *El duelo complicado*: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo.
3. *Duelo no complicado*: Es una reacción afectiva esperada ante una pérdida importante que habitualmente empieza a disminuir a partir del tercer mes y antes de los 18 meses, sin gran afectación del patrón funcional.
4. *El duelo extremo*: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto. Este sería el duelo propio del Síndrome de Ulises.

La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto-sujeto perdido, depende del significado, del valor que se le atribuye a la inversión afectiva que se le otorga, por lo que entre mayor apego, mayor dolor. La doctora Las fases del duelo pueden ser las siguientes: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación.

Como todo acontecimiento de la vida, la migración es una situación de cambio que da lugar a una serie de tensiones y pérdidas a las que se denomina “duelo migratorio” (11). En relación al duelo por la familia que se vive en la migración, es posible categorizarlos de la siguiente manera:

1. El *duelo simple*, se daría, por ejemplo, cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar a los familiares.
2. El *duelo complicado*, sería aquel en el que el emigrante deja atrás hijos pequeños y/o padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos.
3. El *duelo extremo*, se daría cuando se emigra dejando atrás la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y/o padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles.

Impacto de la migración en la familia

En el caso de la migración, al quedar la familia sin uno de sus integrantes puede experimentar situaciones que son estresantes y esto puede afectar el estado de ánimo de los otros miembros de la familia. Los que se quedan en el lugar de origen del emigrante tienen mayores cargas de trabajo, todo encaminado a asegurar la sobrevivencia de la familia, así como cuidar hijos o familiares, obtener dinero, asignar nuevos roles, tratar de mantener la relación sentimental con el emigrante para que ésta no se rompa y se mantenga viva a través de la distancia, buscando alternativas de comunicación con él.

El proceso migratorio genera estados emocionales relacionados con el impacto subjetivo de la partida, motivos de la partida, sentimientos vividos y actuales, expectativas sobre el futuro de las relaciones interpersonales con el familiar ausente y las actitudes predominantes con respecto a esta crisis accidental, así como las estrategias y procesos de “ajuste”, los planes para mejorar el estado de ánimo.

La emigración produce sentimientos ambivalentes tales como: frustración y consuelo, angustia y relativa conformidad, resentimiento y satisfacción, miedo y tranquilidad (12,13,14).

Un punto importante en este conflicto son las personas que se quedan, y que no son por lo general objeto de atención, a sabiendas de que debe tratarse por trabajadores de la salud mental en el país de origen, para tratar las consecuencias de su interacción con los emigrantes y recibir apoyo en su proceso de adaptación ante posibles consecuencias imprevistas (10).

Los trastornos emocionales en un integrante de núcleo familiar compromete al resto del grupo familiar, siendo en este caso el tratamiento preventivo otorgado en el primer nivel de atención médica, el cual debe tener prioridad para una terapia idónea (15). En las poblaciones emigrantes se puede crear una vulnerabilidad psicosocial, manifiesta por alteraciones mentales. A este respecto la OMS refiere que la mayoría de los países, aproximadamente el 40%, no cuenta con una política sanitaria mental para estos casos en particular (9).

Planteamiento del Problema de Investigación

La Salud Mental en la familia es de crucial importancia dentro de una visión sensible al contexto que puede lograr la Medicina Familiar, misma que puede ser evaluada a través de conductas óptimamente estudiadas mediante una adecuada atención y conocimiento del paciente, al convertir al médico como socio, asesor y defensor de los intereses de los pacientes.

Cabe señalar que los pacientes no se presentan para atención médica motivados por la sintomatología vinculada con la problemática de las familias con miembros emigrantes, puesto que no consideran tales manifestaciones como una enfermedad. Sin embargo se identificaron una serie de síntomas expresados por pacientes de manera frecuente, tales como ansiedad, estrés y depresión, agrupándose como manifestaciones psicopatológicas, específicamente trastornos afectivos, coincidente dicho cuadro clínico en pacientes con un familiar emigrante y en este caso atribuible a duelo no elaborado.

En síntesis, el problema de investigación se puede plantear a través de los siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de familias con uno o más emigrantes de una zona rural de Amatlán de los Reyes?
- ¿Cuál es la prevalencia de emigración en dicha zona?
- ¿Cuáles son los factores que se asocian al estrés y los trastornos de afectividad en las familias de los emigrantes de una zona rural de Amatlán de los Reyes?
- ¿Cuál es la sintomatología característica de los familiares afectados?
- ¿Qué estrategias se pueden desarrollar, desde la atención primaria de la salud, para minimizar el impacto y los efectos psicopatológicos negativos del fenómeno migratorio?

Justificación

La medicina familiar representa la puerta de entrada de la población afiliada a la atención de salud que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En el primer nivel de atención de esta institución, se otorgan aproximadamente el 85% de los servicios de salud, lo que representa 65 millones de consultas al año.

La atención que otorga la unidad médica de primer nivel se orienta a “proporcionar atención médica integral y continua”. En el IMSS, si bien el sistema de Medicina Familiar actual está basado en forma general en las premisas originales de la atención primaria y con la perspectiva de la familia como parte sustantiva de esta atención, se ha reconocido la necesidad de responder a los retos de los que la población derechohabiente no ha escapado, y que han sido también consecuencia de los cambios del país en todas las esferas.

El modelo de Medicina Familiar que otorga atención primaria a la población ha sido sobrepasado por las actuales necesidades en salud, por lo que es indudable que también debe evolucionar a un modelo que se adapte a dichas necesidades. En la atención médica es importante el obtener la historia clínica con datos relevantes del paciente, para la obtención del diagnóstico congruente.

El presente trabajo de investigación nos permitirá analizar y descifrar los trastornos emocionales que se desarrollan dentro del seno familiar ante el fenómeno migratorio, pretendiendo exponer con bases empíricas el sustento a la afirmación de que el fenómeno de migración de trabajadores y la desintegración consecuente del tejido social básico de la comunidad, fundamentalmente en los grupos familiares, genera consecuentemente la

emergencia de diversos problemas socio-emocionales, como son la reacciones depresivas, de ansiedad y de estrés.

Asimismo, la originalidad del estudio representa un aspecto crucial hacia su justificación, dado que no se han llevado a cabo estudios científicamente importantes acerca de la prevalencia del estrés y trastornos de la afectividad consecuentes a la emigración de un miembro de la familia en el municipio de Amatlán de los Reyes, Veracruz.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la prevalencia del estrés y los trastornos de la afectividad familiar generados por emigración, en una zona rural de Amatlán de los Reyes.

Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la población de familias con uno o más emigrantes de una zona rural de Amatlán de los Reyes.
- Determinar la prevalencia de emigración en dicha zona.
- Determinar las características del proceso migratorio de los habitantes.
- Determinar los factores que se asocian al estrés y los trastornos de afectividad en las familias de los emigrantes.
- Determinar la sintomatología de la afectividad familiar por emigración en la zona escogida.

Capítulo II

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, observacional, transversal y analítico

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de prevalencia.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Población de Amatlán de los Reyes es de 38.287 personas, de las cuales 18.314 son hombres y 19.973 mujeres.

En el período comprendido entre el 1º de marzo de 2009 al 30 de septiembre de 2010.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se obtuvo el tamaño de la muestra conforme a la siguiente fórmula

$$M = \frac{N}{(N - 1)K^2 + 1}$$

Donde:

- M= Muestra que se pretende calcular.
- N= Población, en nuestro caso, pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar, en la U.M.F No. 14, en una zona rural de Amatlán de los Reyes durante el período 1º de marzo de 2009-30 de septiembre de 2010. Según un relevamiento de la misma Unidad de Medicina Familiar, el tamaño de la anterior población puede estimarse en 4.900 individuos.

- K= Margen de error, para el presente caso, del 5%, de uso frecuente en estudios de carácter social (16), para lo que debemos aclarar también el nivel de confianza, relacionado con el anterior, del 95%.

De esta manera, se obtiene una muestra de 370 individuos que cumplen con los anteriores criterios de selección.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar, en la U.M.F No. 14, en una zona rural de Amatlán de los Reyes durante el período 1º de marzo de 2009-30 de septiembre de 2010. • Pacientes de 15 o más años de edad, sin importar género. • Pacientes de Amatlán de los Reyes. • Que acepten participar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que no estén dispuestos a participar en el protocolo. • Que no estén en condiciones de contestar el cuestionario por algún problema psicológico o biológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios incompletos en más del 80%.

Definición operativa de las variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Datos sociodemográficos	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Número de años vividos hasta el momento del registro.	Ordinal	1. 15-20 años 2. 21-30 años 3. 31-40 años 4. 41-50 años 5. 51-60 años 6. Más de 60 años
	Sexo	Condición orgánica que establece características anatómicas y cromosómicas en animales y plantas.	Son características físicas que diferencian a un hombre de una mujer.	Nominal	1. Femenino 2. Masculino

	Estado civil	El Estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Separado 6. Unión libre
	Ocupación	Actividad a la que dedica la mayor parte de su tiempo una persona, que le permite o no obtener un ingreso económico.	Circunstancia laboral que realiza un individuo la mayor parte del tiempo.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Obrero 4. Campesino 5. Empleado de comercio 6. Empleado de

					gobierno 7.Comerciante 8.Profesional
	Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente.	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento del registro.	Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria 6. Preparatoria o Carrera técnica 7. Profesional
	Estrato socioeconómico	Condición de equivalencia o igualdad que guardan los individuos en	Está dado por él numero de salarios mínimos que gana diarios el jefe de familia	Nominal	Quibarrera-Infante (17): 1.Pobre 2.Media baja

		relación con sus bienes.	y las condiciones edilicias del hogar.		3. Media 4. Media alta 5. Alta
	Estructura familiar	Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera cómo interactúan los miembros de una familia.	Es la clasificación de familia con base a su estructura.	Nominal	González (18): 1. Nuclear 2. Extensa 3. Extensa compuesta 4. Monoparental 5. Mixta o reconstituida 6. Binuclear 7. De hecho 8. Homosexual
	Ciclo vital de la familia	Son las fases de las etapas correspondientes a la historia natural de la	Fase(s) de la etapa(s) del ciclo vital familiar que se obtenga al momento de la	Ordinal	Huerta (19): • Etapa constitutiva: 1. Fase preliminar

		familia desde su formación hasta su disolución.	encuesta.		<p>2.Fase de recién casados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etapa pro creativa: <p>3.Fase de expansión</p> <p>4.Fase de consolidación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etapa de dispersión: <p>5.Fase de apertura y desprendimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etapa familiar final: <p>6.Fase de independencia</p> <p>7.Fase de disolución</p>
Funcionalidad familiar	Características intrapsíquicas de cada individuo	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo	Es la determinada por el puntaje obtenido por medio del Apgar-familiar.	Ordinal	1.Un puntaje desde el mínimo hasta 15% inferior del punto de corte de la dimensión

		vital y las crisis por las que atraviesa.			<p>(calculado sobre la amplitud de puntuaciones), se corresponde con disfunción grave.</p> <p>2. Un puntaje desde el 15% inferior hasta el 15% superior del punto de corte de la dimensión (porcentajes calculados sobre la amplitud de puntuaciones) se corresponde con disfunción moderada.</p> <p>3. Un puntaje desde el 15% superior del punto de corte</p>
--	--	---	--	--	---

					(calculado sobre la amplitud de puntuaciones) hasta el máximo de la dimensión se corresponde con una familia funcional.
Trastorno Psicofisiológico	Estrés	Reacción del organismo a un ambiente sobrecargado de estímulos que exigen de él una constante acción adaptativa.	Sensación de amenaza que surge de eventos dramáticos, por malestar, irritación y frustraciones cotidianas.	Ordinal	<p>Escala confeccionada en basa a la Escala de Holmes-Rahe:(20)</p> <p>1.Un puntaje mayor a 300 establece la predisposición a enfermarse por estrés.</p> <p>2.Un puntaje entre 150 y 300 establece la existencia de potenciales factores a</p>

					<p>enfermarse por el estrés.</p> <p>3.Un puntaje menor de 150 tiene menos posibilidades de enfermar.</p>
Trastornos de la Afectividad	Ansiedad (Angustia)	Angustia. Estado de ansiedad, agitación, inquietud o zozobra del ánimo, que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis.	Advertencia de peligro manifiesta con ansiedad, inquietud difusa e imprecisa.	Ordinal	<p>Escala de Hamilton para la Ansiedad:</p> <p>1.Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave.</p> <p>2.Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve.</p> <p>3.Una puntuación de 0 a 5 corresponde a</p>

					ausencia del trastorno.
	Depresión	Depresión. Estado patológico caracterizado por un decaimiento del sentimiento del valor personal, por pesimismo, y por la inhibición de las funciones psíquicas. Angustia. Es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente, constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y	Depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un abatimiento ligero, sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. Angustia. Sensación persistente de aprensión o desastre inminente.	Ordinal	<p>Escala de Hamilton para Depresión:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una puntuación mayor a 23 se corresponde con un grado de depresión muy severa. 2. Una puntuación de 19-22 se corresponde con un grado de depresión severa o mayor. 3. Una puntuación de 14-18 se corresponde con un grado inferior a la

		<p>peligrosos impulsos reprimidos, es una advertencia de peligro que se origina en la presión que ejercen las actitudes internas inaceptables.</p>			<p>depresión mayor (depresión moderada).</p> <p>4. Una puntuación de 8-13 se corresponde con un grado de depresión menor o ligera.</p> <p>5. Una puntuación igual de 0-7 se corresponde con un estado normal (ausencia de cuadro de depresión).</p>
--	--	--	--	--	---

Procedimientos de Recolección de los Datos

Una vez autorizado proyecto por el comité de investigación se procedió a identificar y seleccionar a los sujetos de estudio, de acuerdo con los criterios de inclusión y, una vez obtenida la autorización para participar se procedió a la aplicación de los instrumentos de evaluación, los cuales se aplicaron durante la entrevista y en una sola ocasión, posteriormente se procedió al análisis estadístico.

Procedimientos de Análisis de los Datos

Para el análisis de los datos se considerarán dos instancias principales, de manera individual respecto de cada instrumento y luego de manera grupal intentando hallar correlaciones estadísticamente significativas a través de factores sociodemográficos de discriminación. Estas instancias particulares se caracterizan a continuación:

- Instancia individual:
- Cuestionario de datos sociodemográficos: se considerarán los porcentuales de opciones de respuesta por cada pregunta del cuestionario. En los casos en que varios ítems hacen a una dimensión operacionalizada (Estrato socioeconómico y Ciclo vital de la familia), los resultados también se presentan en valores de porcentajes pero respecto de los indicadores estipulados.
- Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF): los resultados se valoran por cada dimensión del modelo de funcionalidad familiar (21). Obteniendo previamente los puntos de corte de cada dimensión (cantidad de ítems de la dimensión multiplicada por 3, puntaje de la opción de respuesta intermedia de

la escala de Likert, Ni de acuerdo ni en desacuerdo), se suman los puntajes de cada ítem o reactivo y se valoran respecto del mínimo y máximo posibles y el punto de corte, según el siguiente baremo:

1. Un puntaje desde el mínimo hasta 15% inferior del punto de corte de la dimensión (calculado sobre la amplitud de puntuaciones), se corresponde con disfunción grave.
 2. Un puntaje desde el 15% inferior hasta el 15% superior del punto de corte de la dimensión (porcentajes calculados sobre la amplitud de puntuaciones) se corresponde con disfunción moderada.
 3. Un puntaje desde el 15% superior del punto de corte (calculado sobre la amplitud de puntuaciones) hasta el máximo de la dimensión se corresponde con una familia funcional.
- Escala Evaluación de Estrés: se suman los puntajes particulares de los sucesos vitales potenciales estresantes seleccionados por cada encuestado, obteniendo un puntaje total que se valora según el siguiente baremo:
 1. Un puntaje mayor a 300 establece la predisposición a enfermarse por estrés.
 2. Un puntaje entre 150 y 300 establece la existencia de potenciales factores a enfermarse por el estrés.
 3. Un puntaje menor de 150 tiene menos posibilidades de enfermar.
 - Escala Hamilton para la Ansiedad (HARS) (22): se suman los puntajes particulares de los distintos ítems, según las opciones de

respuesta seleccionadas por cada encuestado, obteniendo un puntaje total que se valora según el siguiente baremo:

1. Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave.
2. Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve.
3. Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia del trastorno.

En tanto se discriminarán las puntuaciones correspondientes a la ansiedad psíquica y la somática, dichos aspectos se analizarán en tanto el porcentaje de colaboración respecto de la evaluación global.

- Escala Hamilton para la Depresión (HDRS): se suman los puntajes particulares de los distintos ítems, según las opciones de respuesta seleccionadas por cada encuestado, obteniendo un puntaje total que se valora según el baremo propuesto por el NICE (National Institute for Clinical Excellence) (23):

1. Una puntuación mayor a 23 se corresponde con un grado de depresión muy severa.
2. Una puntuación de 19-22 se corresponde con un grado de depresión severa o mayor.
3. Una puntuación de 14-18 se corresponde con un grado inferior a la depresión mayor (depresión moderada).
4. Una puntuación de 8-13 se corresponde con un grado de depresión menor o ligera.
5. Una puntuación igual de 0-7 se corresponde con un estado normal (ausencia de cuadro de depresión).

- Instancia correlacional: se llevará a cabo un análisis multivariado, previamente corroborando los supuestos de normalidad e igualdad de las varianzas. En caso de no cumplirse estos supuestos se realizará un análisis de correlaciones bivariadas los coeficientes de correlación de Tau-b de Kendall y Spearman.

Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el software SPSS versión 15.0 para Windows. Para las representaciones gráficas se utilizó el programa Excel del paquete Microsoft Office 2007.

Consideraciones Éticas

Este estudio fue aprobado por el comité local de investigación y se ajustó a las normas éticas internacionales e institucionales, así como a la ley general de salud en materia de experimentación científica y a las declaraciones de Helsinki con modificaciones en Tokio, Japón en 1983

El análisis se realizó protegiendo los datos que el individuo nos ha proporcionado, no hacer público su nombre y no condenar al individuo ocasionándole daño en forma deliberada. La búsqueda del bien se refiere a la obligación ética de lograr beneficios o reducir el problema que se está identificando.

Se consideró una investigación sin riesgo, porque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, ya que los instrumentos de recolección utilizados son cuestionarios validados, de tipo encuesta, de acuerdo con el artículo 17 fracción 1 de la ley general de salud en materia de investigación en salud.

Se contó con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, en el caso de los menores de edad el consentimiento fue otorgado por su padre o tutor, de acuerdo con los artículos 14, 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

El formulario del consentimiento informado escrito utilizado (encuestado), se dispone en el Anexo F.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este apartado se estructurará de acuerdo con la presentación y discusión de los resultados de cada instrumento aplicado, hacia el final indagando sobre los correlatos estadísticos que permiten relacionar los anteriores.

La discusión de los resultados no implicará realizar comparativas con otros estudios, hecho justificado desde el carácter exploratorio del presente trabajo, dada la ausencia de análisis científicamente relevantes acerca de la prevalencia de estrés y trastornos de la afectividad consecuentes a la emigración de un miembro familiar en el municipio de Amatlán de los Reyes, Veracruz.

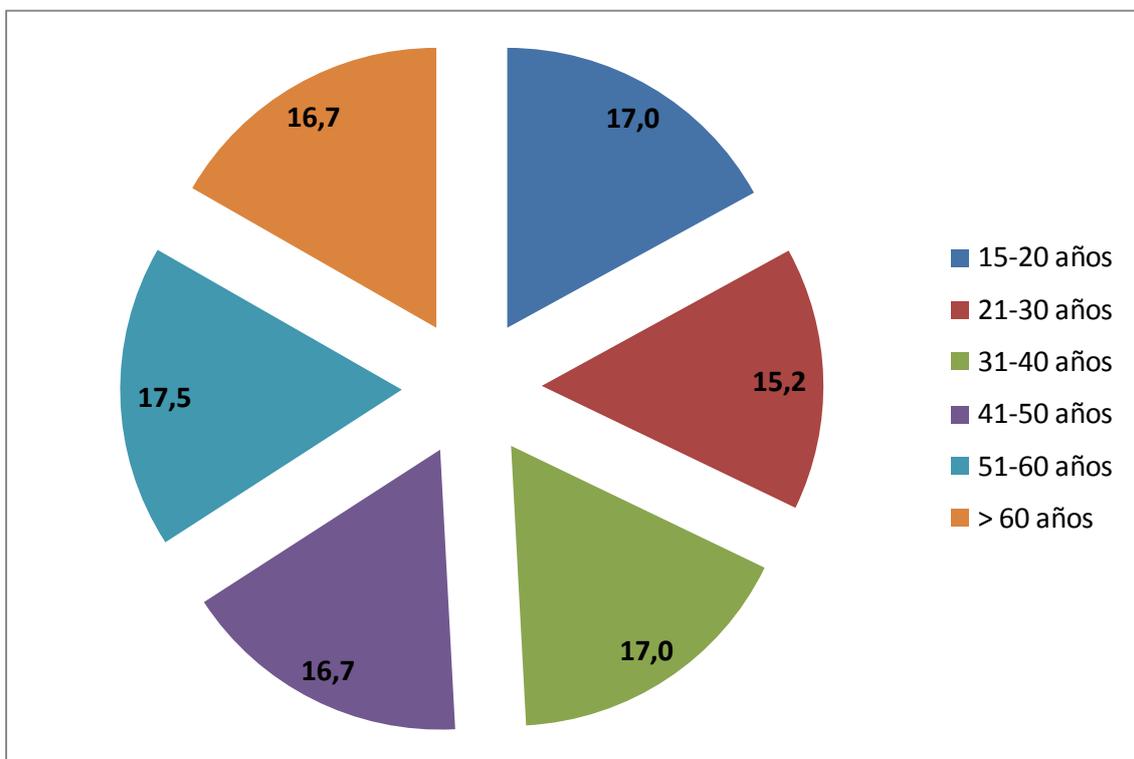
Además, se aclara que las matrices de datos resultantes de cada uno de los 5 cuestionarios no se presentarán en el estudio, dado que implica la disposición de tablas de gran tamaño que son susceptibles de conllevar confusiones en la lectura de los datos. No obstante, dicha información se encuentra a disponibilidad de quien lo solicite.

Finalmente, y previamente a la presentación y discusión de los resultados en sí, en la siguiente tabla se disponen aquellos casos excluidos y/o eliminados en función a los criterios de selección establecidos en el apartado anterior.

Datos Sociodemográficos

Respecto de la edad de los participantes, se hallaron distribuciones porcentuales prácticamente equivalentes entre los distintos indicadores, según se observa en la siguiente figura:

Figura 1. Frecuencias absolutas de los indicadores etarios.



Esto se relaciona con una excelente representatividad de la muestra probabilística considerada, en tanto los resultados del trabajo de campo abarcan diferentes sectores etarios de personas que concurrieron a la unidad de medicina familiar. En lo relacionado con el sexo de los participantes sucedió prácticamente lo mismo, dados los similares porcentuales entre aquellos masculinos y aquellos femeninos, según se representa en la siguiente figura:

Figura 2. Frecuencias absolutas de los indicadores de género.

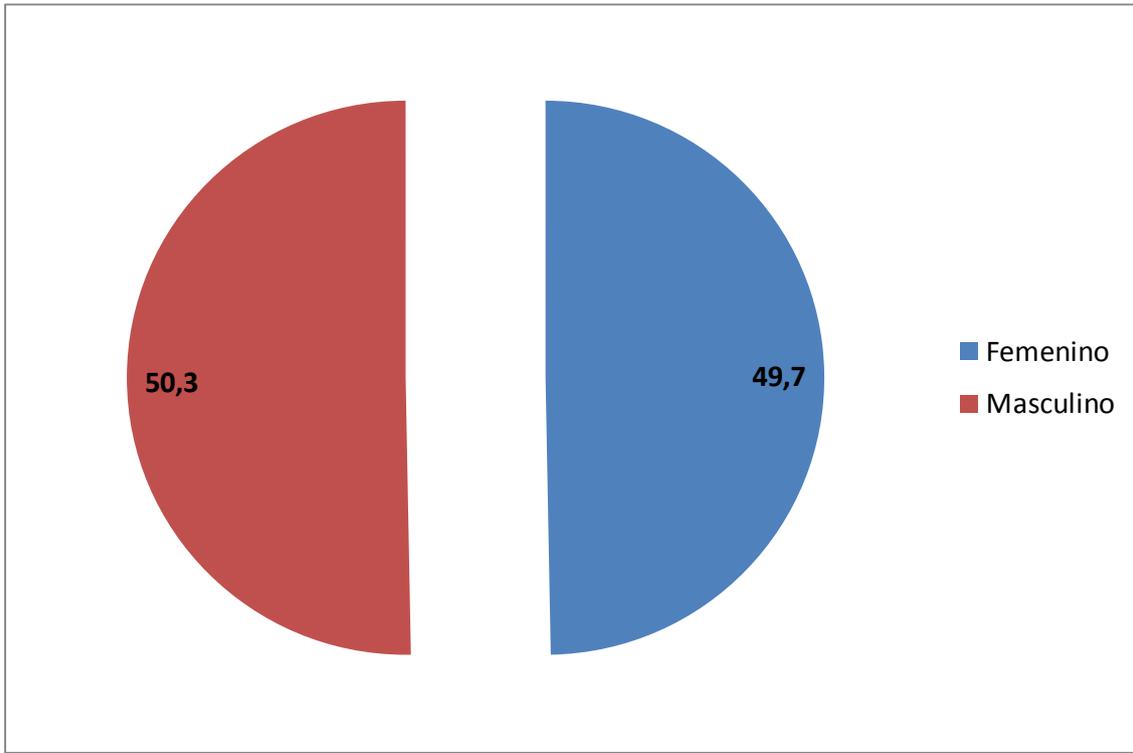


Figura 3. Frecuencias absolutas de los indicadores de estado civil.

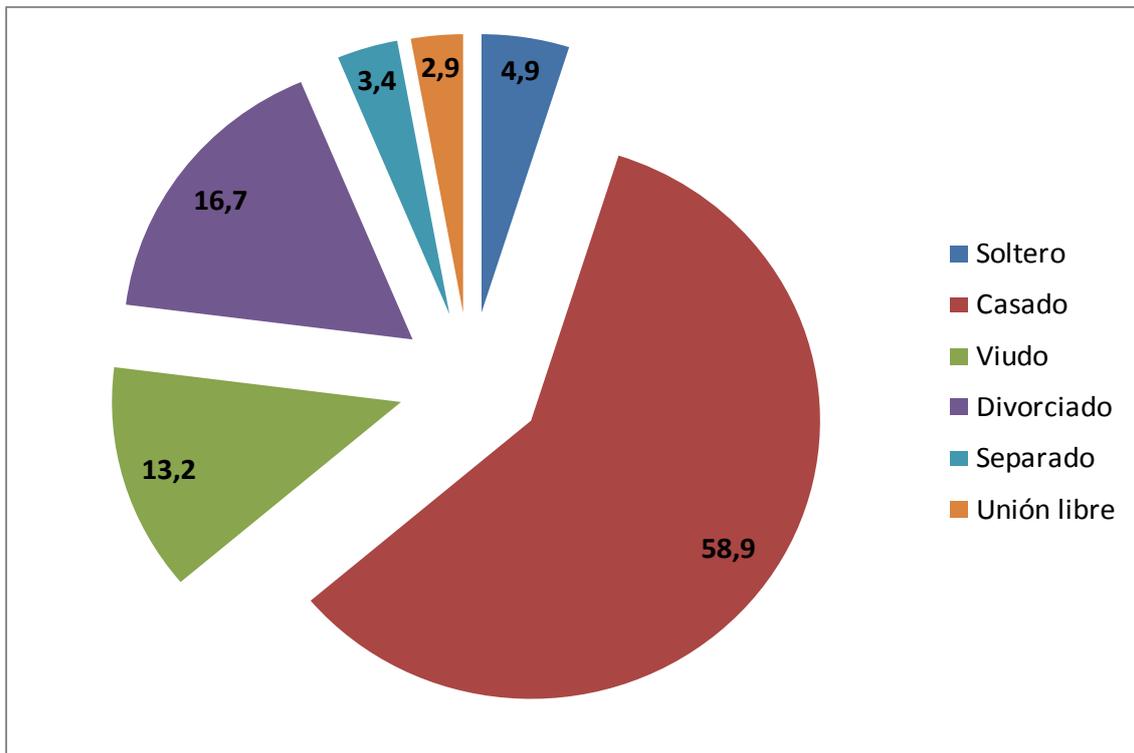


Figura 4. Frecuencias absolutas de los indicadores de ocupación.

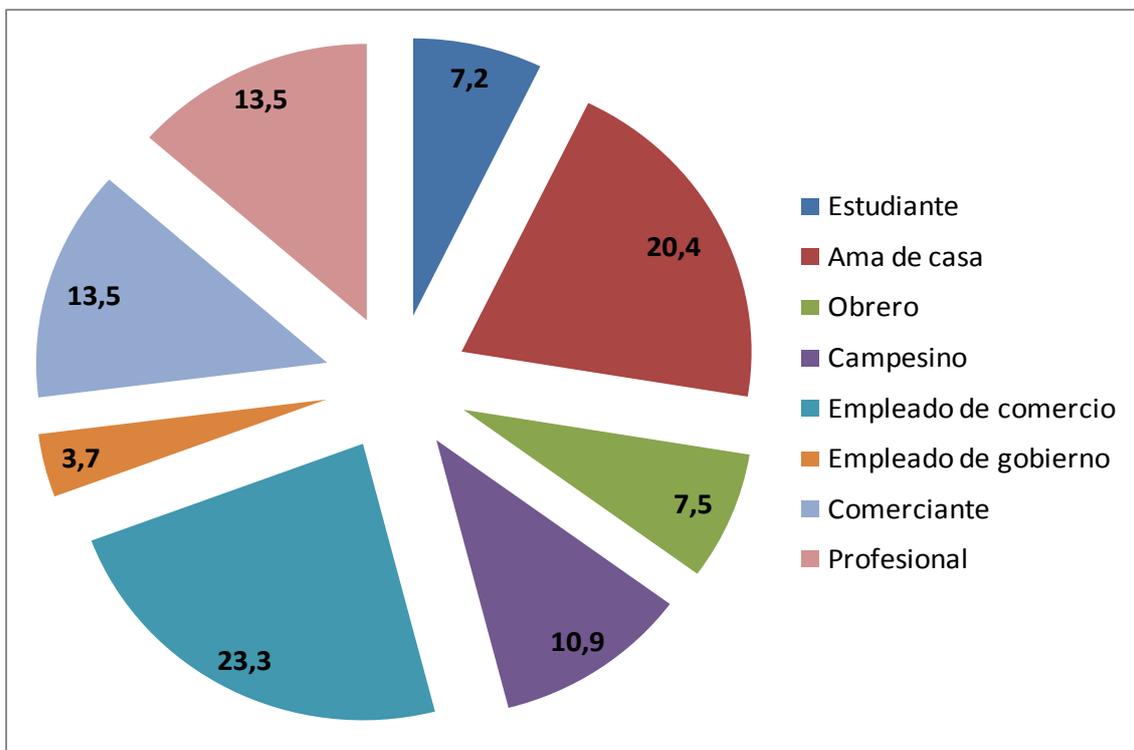
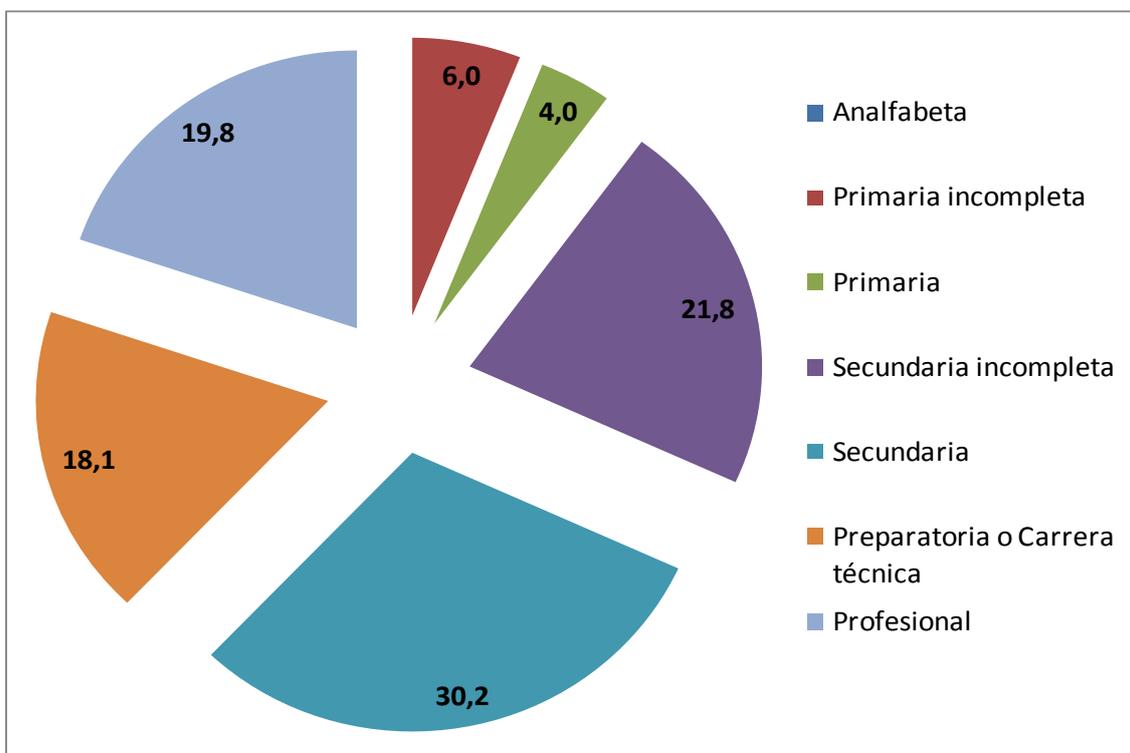
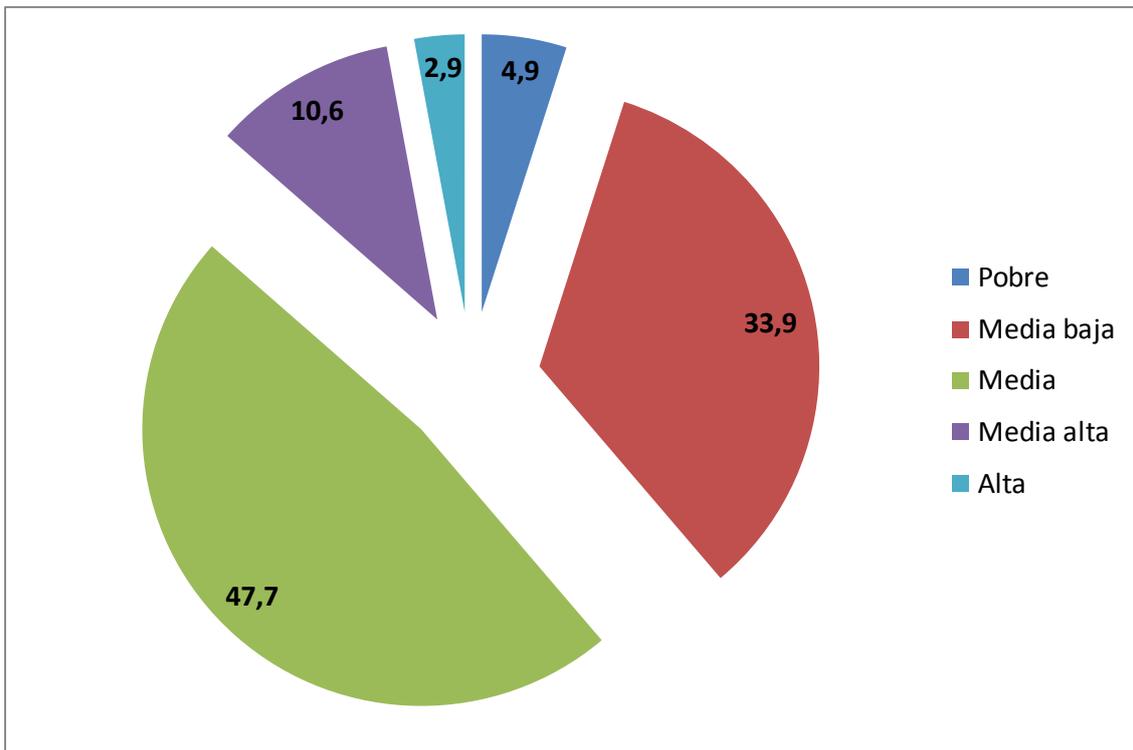


Figura 5. Frecuencias absolutas de los indicadores de escolaridad.



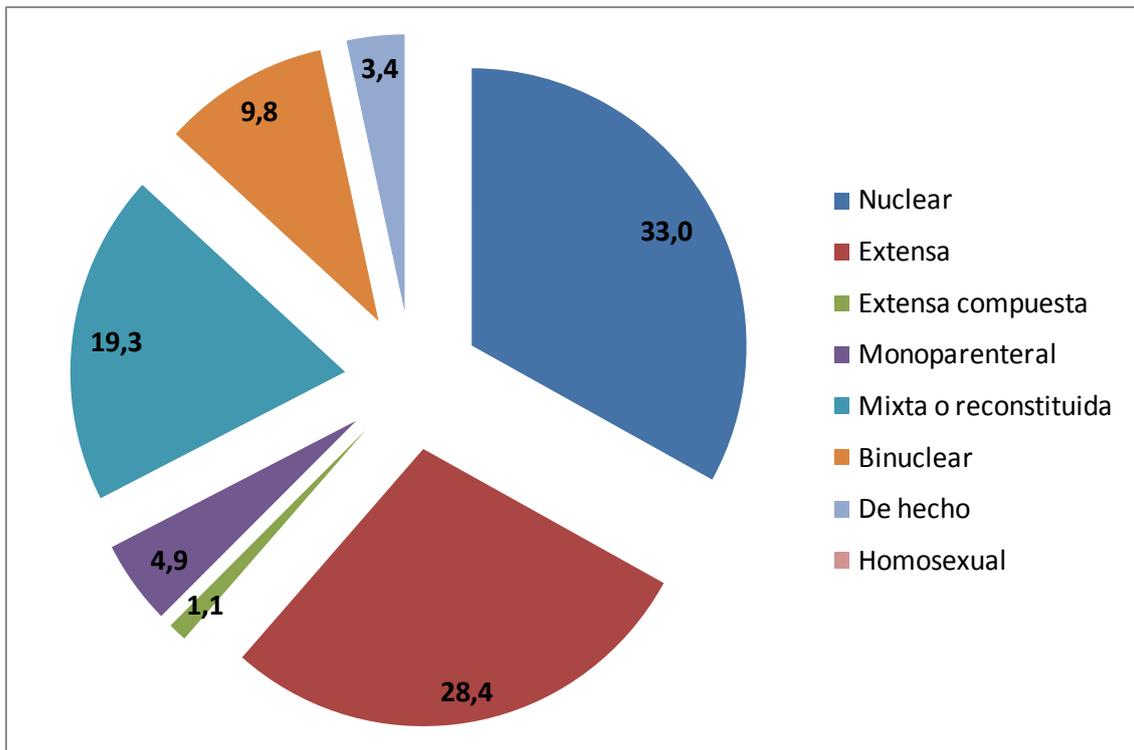
Respecto del estrato socioeconómico, se recuerda que los indicadores fueron evaluados en función al ingreso mayor percibido en el núcleo familiar y las características del piso y paredes de la vivienda. En este sentido, la mayor parte de los entrevistados pueden categorizarse como de clase media baja y media, según se representa en la siguiente figura:

Figura 6. Frecuencias absolutas de los indicadores del estrato socioeconómico.



Respecto de la estructura familiar, dos aspectos surgen como principales características, relacionados con una estructura nuclear y extensa, según se observa en la siguiente figura:

Figura 7. Frecuencias absolutas de los indicadores de la estructura familiar.



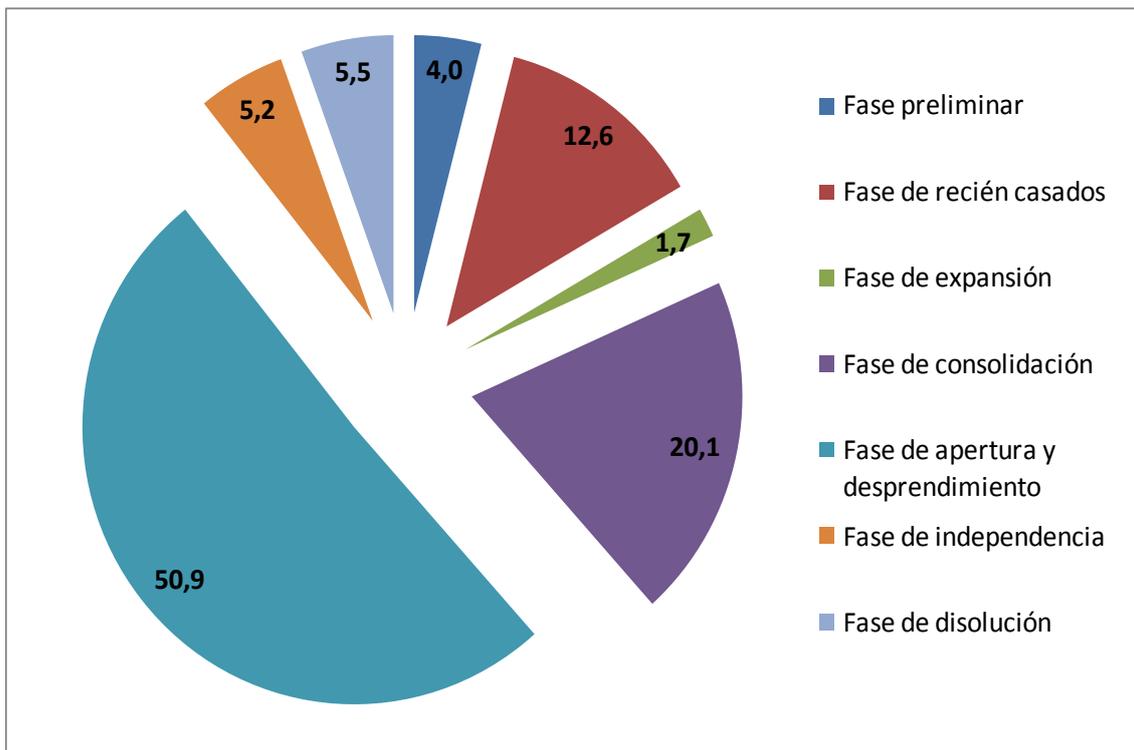
Debe enfatizarse en el hecho que ninguno de los encuestados ha manifestado que convive con una pareja del mismo sexo, siendo que la mayoría o conviven con su pareja heterosexual y los hijos, o los anteriores sumados los abuelos.

Es decir, las estructuras familiares nuclear y nuclear extensa son características representativas del perfil de los encuestados.

Finalmente en lo relacionado con los datos sociodemográficos de los participantes, respecto del ciclo vital de la familia se recuerda se han considerado los aportes teóricos de Huerta (2005) y datos de campo sobre la emigración de algún familiar, el tener noticias del mismo, si han surgido influencias desde la ausencia del anterior, las veces de emigración, el motivo

de la misma y las posibilidades de envío de dinero de la familia al emigrante. De esta manera, una considerable mayor parte de participantes pudieron categorizarse según su familia se halla en la fase de apertura y desprendimiento, dentro del ciclo vital, según se representa en la siguiente figura:

Figura 8. Frecuencias absolutas de los indicadores del ciclo vital de la familia.



Como bien podría estipularse, es susceptible de establecer una relación conceptual entre estos resultados y las características de los participantes, en tanto la emigración parece provenir principalmente de un hijo, razón por la cual acuden a la unidad de medicina familiar. Este aspecto también permite establecer una característica determinante sobre el perfil de los participantes.

Habiendo obtenido los anteriores datos sociodemográficos, el perfil de los encuestados puede caracterizarse según los siguientes aspectos:

1. Edad: desde 15 años de edad en adelante.
2. Sexo: indistinto.
3. Estado civil: casado.
4. Ocupación: ama de casa o empleado de comercio.
5. Escolaridad: secundaria completa.
6. Estrato socioeconómico: clase media.
7. Estructura familiar: nuclear y nuclear extensa.
8. Ciclo vital de la familia: fase de apertura y desprendimiento.

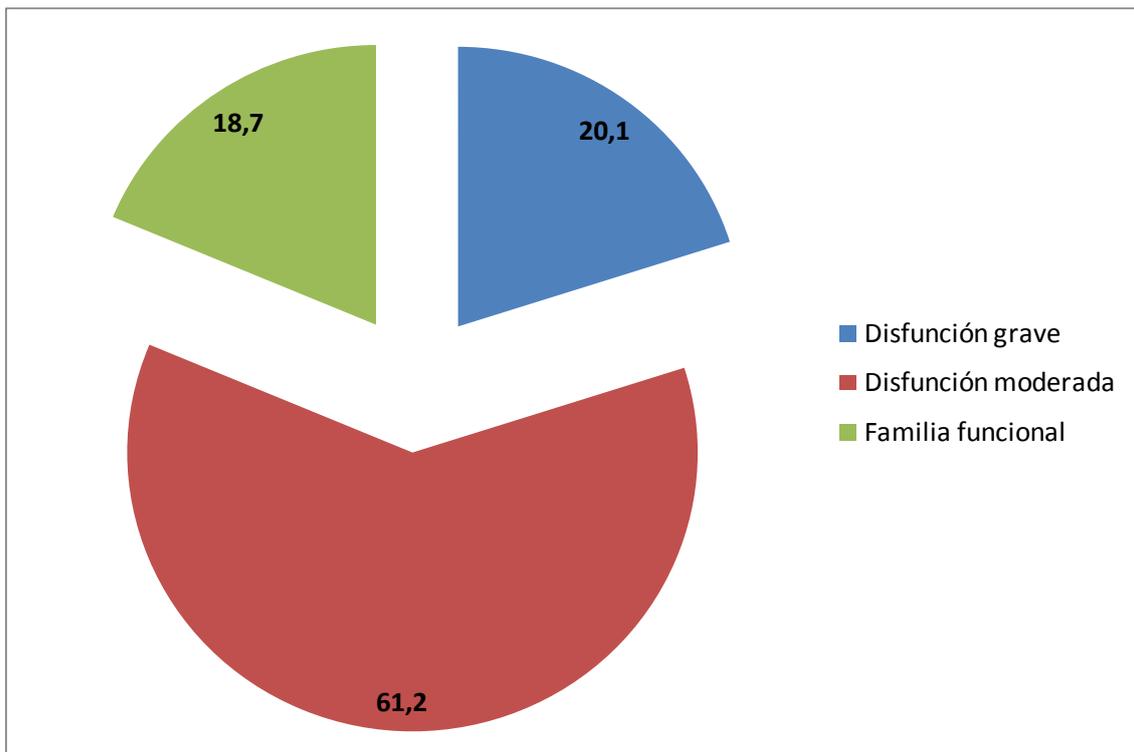
Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF)

En función a los resultados del trabajo de campo, una considerablemente mayor parte de los encuestados obtuvo puntuaciones ubicadas entre los 12 y los 18 puntos, lo cual se asocia con una disfunción moderada en lo que hace a la resolución de problemas. Dichos aspectos se representan en la siguiente figura:

Dimensión 1: Resolución de problemas

Según se estableció en el anterior apartado, esta dimensión está conformada por 5 reactivos (2, 4, 7, 23, 36). De esta manera, considerando la escala de Liker de 5 indicadores de este cuestionario, el mínimo posible para la dimensión es de 5 puntos, el máximo 25 puntos y el punto de corte 15 puntos.

Figura 9. Frecuencias absolutas de los indicadores de la funcionalidad familiar asociada a la resolución de problemas.



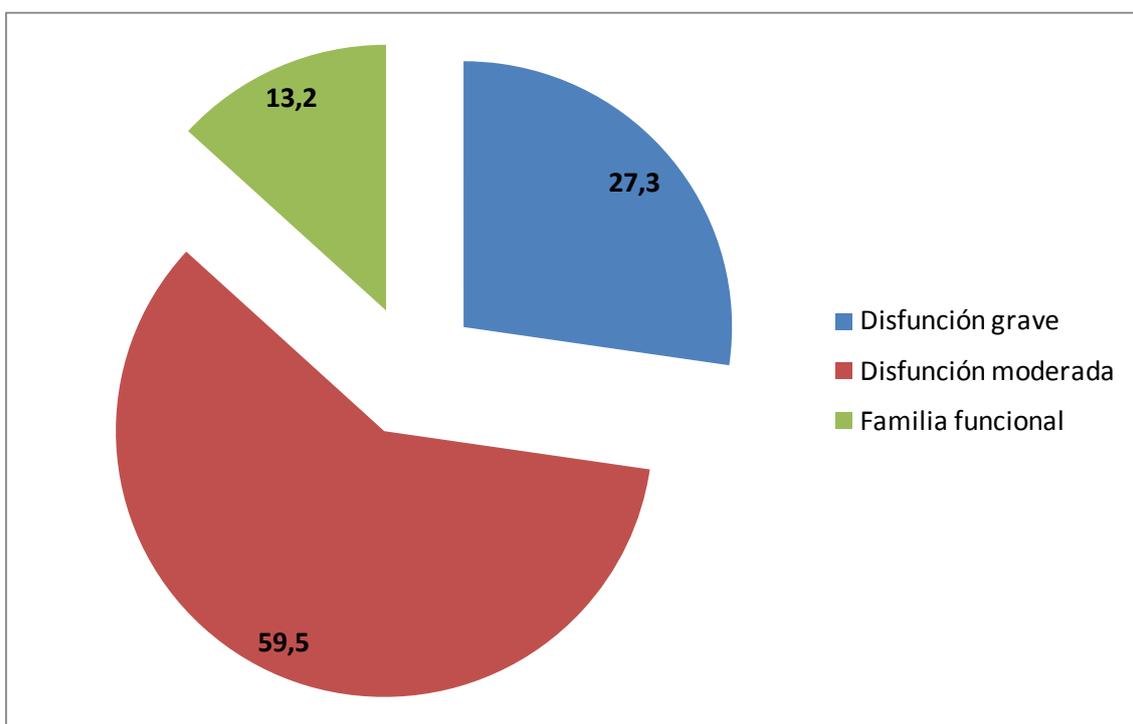
En este sentido, puede inferirse que la mayoría de las familias de los participantes poseen relativamente ineficientes destrezas para lograr la resolución de sus problemas de manera que se garantice la funcionalidad del grupo de forma eficiente (18 González García y González García, 2008).

Dimensión 2: Comunicación

Esta dimensión está conformada por 10 reactivos (1, 3, 6, 8, 16, 20, 24, 25, 27, 35). De esta manera, el puntaje mínimo posible es 10, el máximo 50 y el punto de corte 30.

Desde el cuestionario, y al igual que en el caso anterior, también se observa una considerablemente mayor proporción de participantes que obtuvo puntajes entre los 24 y 36 puntos, es decir, que se asocian con una disfunción moderada de la comunicación familiar, según se representa en la siguiente figura:

Figura 10. Frecuencias absolutas de los indicadores de la funcionalidad familiar asociada a la comunicación.



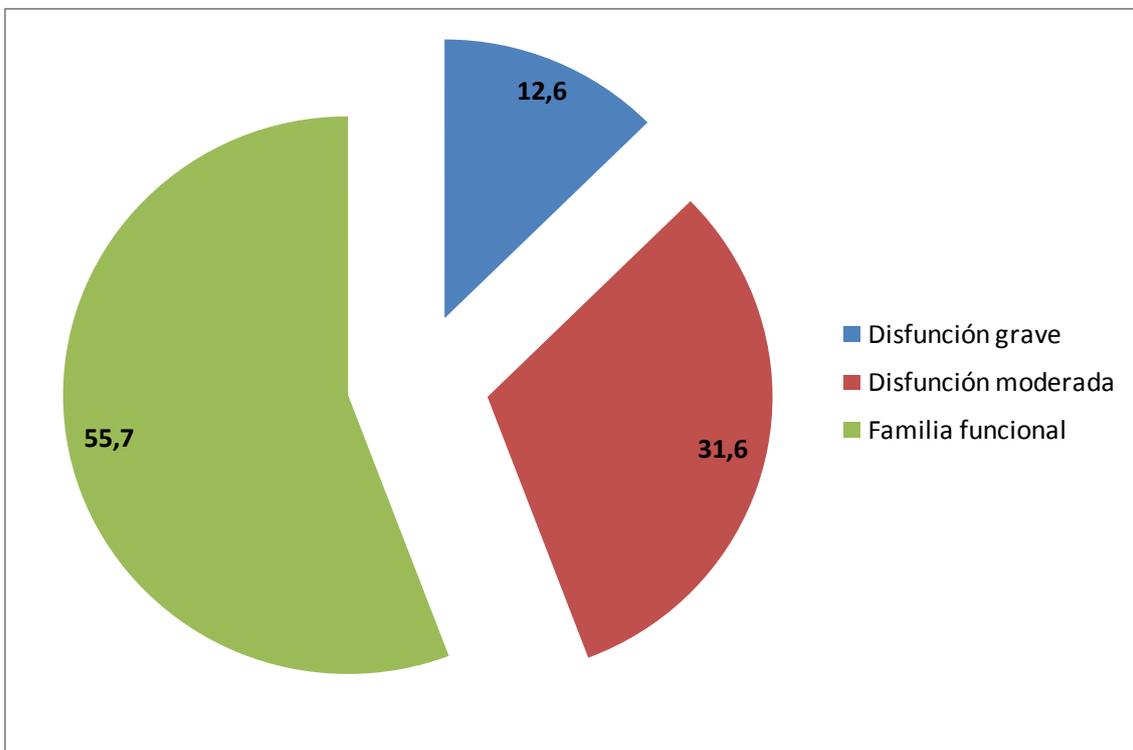
Esto se asocia con problemas de la comunicación tanto en el campo instrumental como afectivo de la dinámica familiar. De acuerdo a los resultados del cuestionario, las mayores disfunciones de la comunicación familiar se relacionan con una dialéctica que es relativamente clara e indirecta, es decir, respectivamente, inteligible pero no dirigida al destinatario que real.

Así, los patrones de la comunicación familiar son parcialmente inefectivos, lo que favorece la producción de respuestas confusas. Relacionado con ello, debe hacerse énfasis en que en una importante proporción de los participantes se pudo reconocer una disfunción grave de la comunicación, lo cual tiende a confirmar la disfuncionalidad comunicacional de las familias de los participantes del estudio.

Dimensión 3: Roles

En este caso, se observa una mayor proporción, aunque no considerable, de participantes que han obtenido puntajes entre 22 y 30 puntos, lo cual se asocia con una adecuada funcionalidad de la familia en lo que hace a los roles de los miembros, según se observa en la siguiente figura:

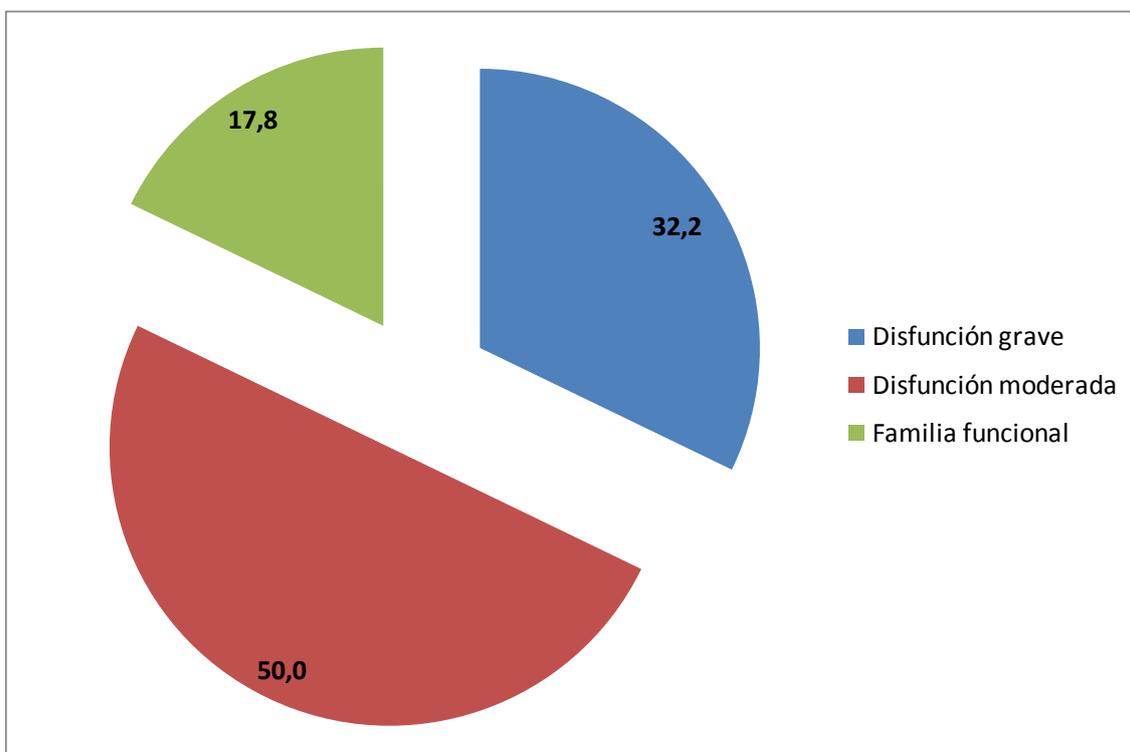
Figura 11. Frecuencias absolutas de los indicadores de la funcionalidad familiar asociada a los roles.



Dimensión 4: Involucramiento afectivo

Desde los resultados del trabajo de campo se observa una mayor proporción de participantes que obtuvo puntajes dentro del rango de 19-29 puntos, lo que se asocia a una disfunción moderada del involucramiento afectivo de los miembros de las familias de los encuestados, según se representa en la siguiente figura:

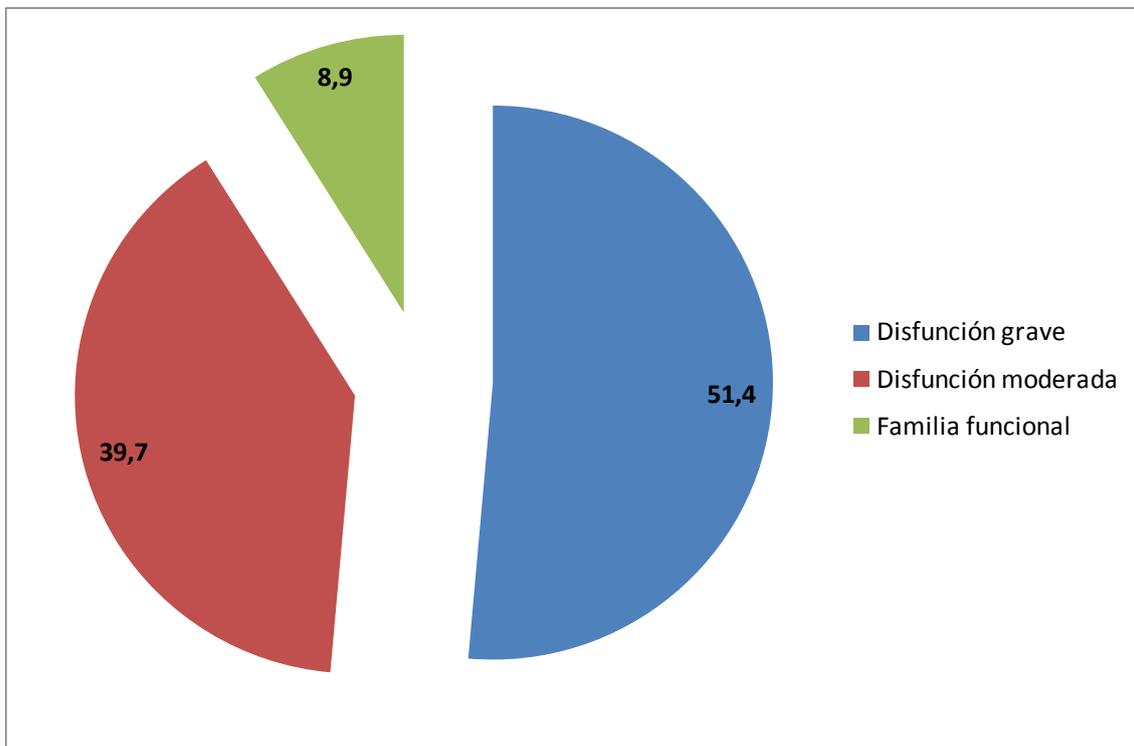
Figura 12. Frecuencias absolutas de los indicadores de la funcionalidad familiar asociada al involucramiento afectivo.



Dimensión 5: Respuestas afectivas

Así, un mayor porcentaje de los participantes obtuvo puntuaciones ubicadas en el rango 4-10 puntos, lo que se asocia con una disfunción grave de las respuestas afectivas de los miembros de las familias de los encuestados, según se representa en la siguiente figura:

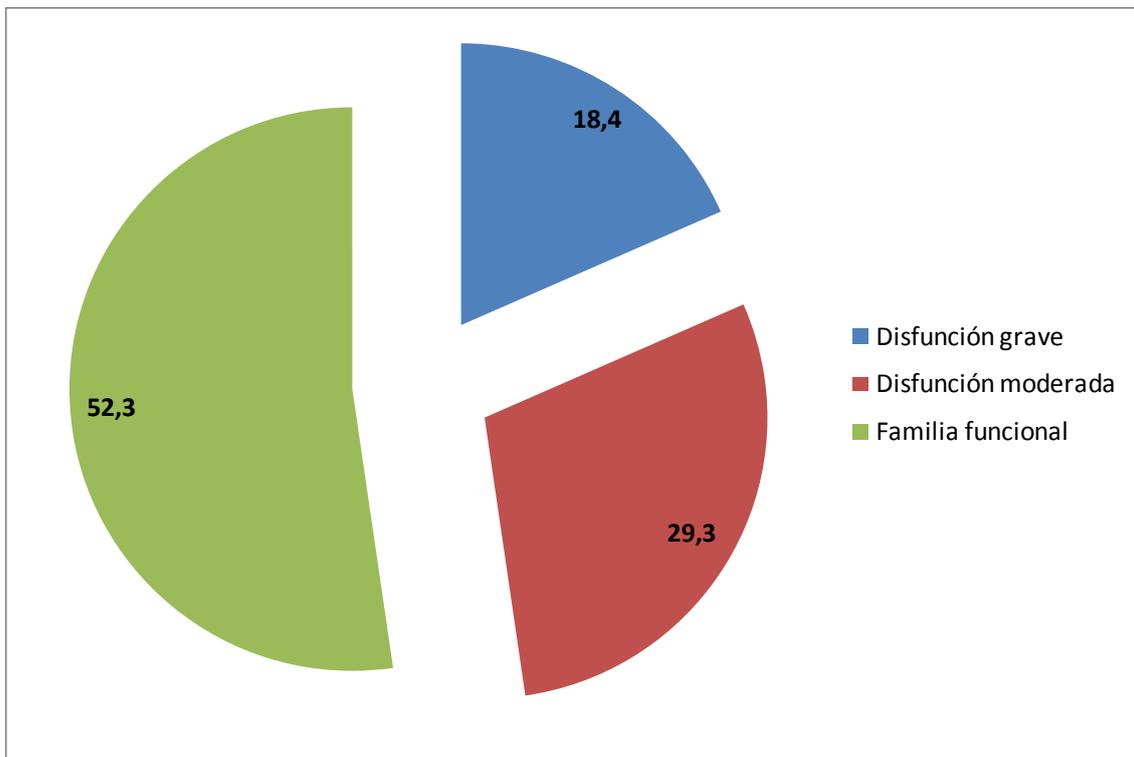
Figura 13. Frecuencias absolutas de los indicadores de la funcionalidad familiar asociada a las respuestas afectivas.



Dimensión 6: Control de conducta

En este caso, los resultados obtenidos desde el cuestionario muestran una mayor proporción de participantes que obtuvo puntajes entre 25 y 35 puntos, lo cual se asocia a una funcionalidad familiar adecuada en lo que hace al control de la conducta, según se representa en la siguiente figura:

Figura 14. Frecuencias absolutas de los indicadores de la funcionalidad familiar asociada al control de conducta.



Los patrones de control de conducta de las familias de los participantes del estudio pueden caracterizarse por ser flexibles en la mayoría de las situaciones, aunque también se deben de considerar los patrones rígidos y hasta caóticos, sobre todo en aquellas situaciones asociadas a lo afectivo.

Habiendo presentado y analizado los resultados de las distintas dimensiones del funcionamiento familiar, primeramente se resumirán los hallazgos en la siguiente tabla:

Tabla 1 Resultados principales y secundarios de la funcionalidad familiar a lo largo de las distintas dimensiones del modelo.

DIMENSIÓN	RESULTADO PRINCIPAL	RESULTADO SECUNDARIO
Resolución de problemas	Disfunción moderada	-
Comunicación	Disfunción moderada	Disfunción grave
Roles	Familia funcional	Disfunción moderada
Involucramiento afectivo	Disfunción moderada	Disfunción grave
Respuestas afectivas	Disfunción grave	Disfunción moderada
Control de conducta	Familia funcional	Disfunción moderada

Así, puede estimarse que la funcionalidad familiar asociada a los roles y el control de la conducta es la que se presenta eficiente de manera significativa, no obstante se hace hincapié en una relativamente importante presencia de disfunción moderada. En el resto de los casos, la disfunción moderada es la pauta característica de la dinámica familiar, salvo en las respuestas afectivas, con disfunción grave.

En este sentido, puede observarse la existencia de problemáticas programáticas y pragmáticas de la dinámica familiar específicamente en lo relacionado con lo afectivo y relacional. Desde un punto de vista estructural, la delimitación de roles y patrones de control de conductas se vislumbran eficientes, en términos de mayor proporción.

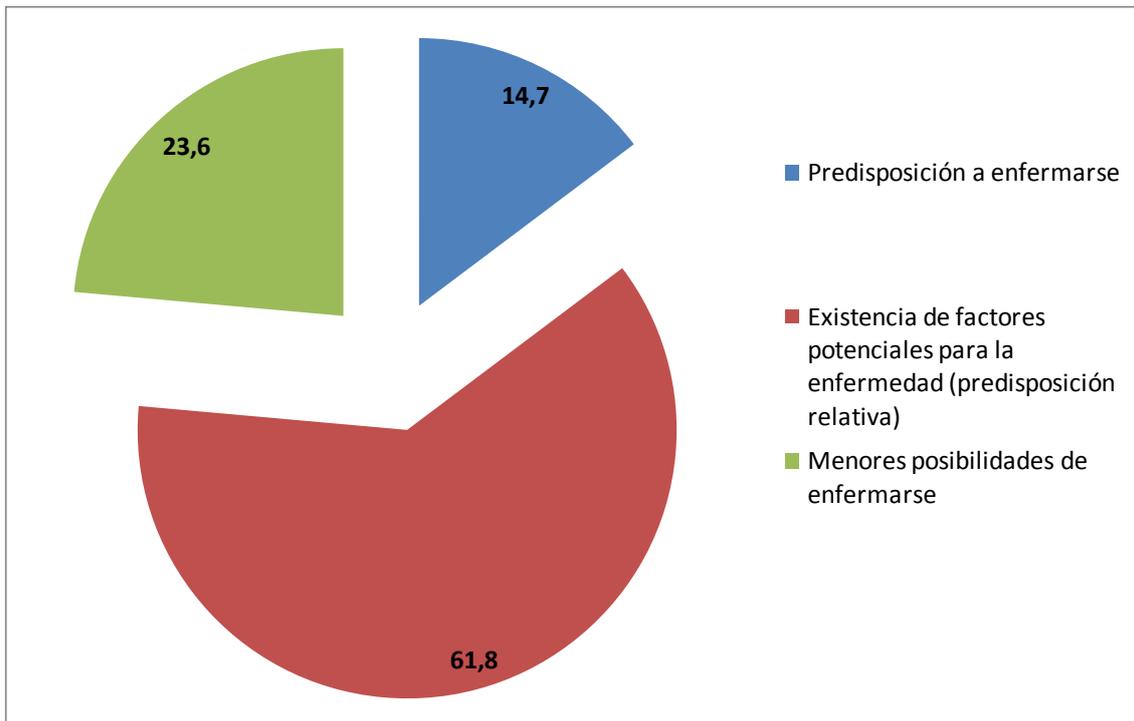
Por ello, al no ser abordados de manera adecuada los problemas familiares de carácter psicológico, emocional y hasta de socialización interna, desde estos resultados pueden estipularse situaciones y condiciones propicias para el surgimiento de estrés y trastornos de la afectividad, por ejemplo, ante la emigración de un miembro del grupo.

Evaluación de Estrés

De acuerdo a las sumas totales de los puntajes de cada encuestado en relación a los sucesos vitales potenciales estresantes, se halló una considerablemente mayor proporción de participantes que obtuvo puntuaciones entre 150 y 300.

Esto se asocia, según el baremo utilizado para el estudio, con la existencia de potenciales factores a enfermarse por el estrés o, lo que es lo mismo, una relativa predisposición a tal padecimiento. Estos resultados se observan en la siguiente figura:

Figura 15. Frecuencias absolutas de los indicadores de la evaluación de estrés.



Esto implica que si bien no existen elevadas posibilidades o una considerable predisposición a padecer de estrés, sí debe prestarse especial atención a las vivencias de los participantes en tanto son claros factores potenciales de promover tal condición.

A la sazón, los principales factores potenciales estresantes identificados a lo largo de toda la muestra de participantes, fueron los siguientes (considerando que los porcentajes fueron calculados sobre un total mayor al tamaño de la muestra, dado que cada individuo seleccionó varias situaciones o sucesos vitales):

- Muerte de un ser querido familiar: 14,8%.
- Pérdida del trabajo: 6,1%.
- Jubilación: 8,5%.
- Deudas: 17,3%.
- Fuertes discusiones familiares (con hijos o familiares políticos): 35,2%.
- Abandono del hogar por un hijo: 9,1%.

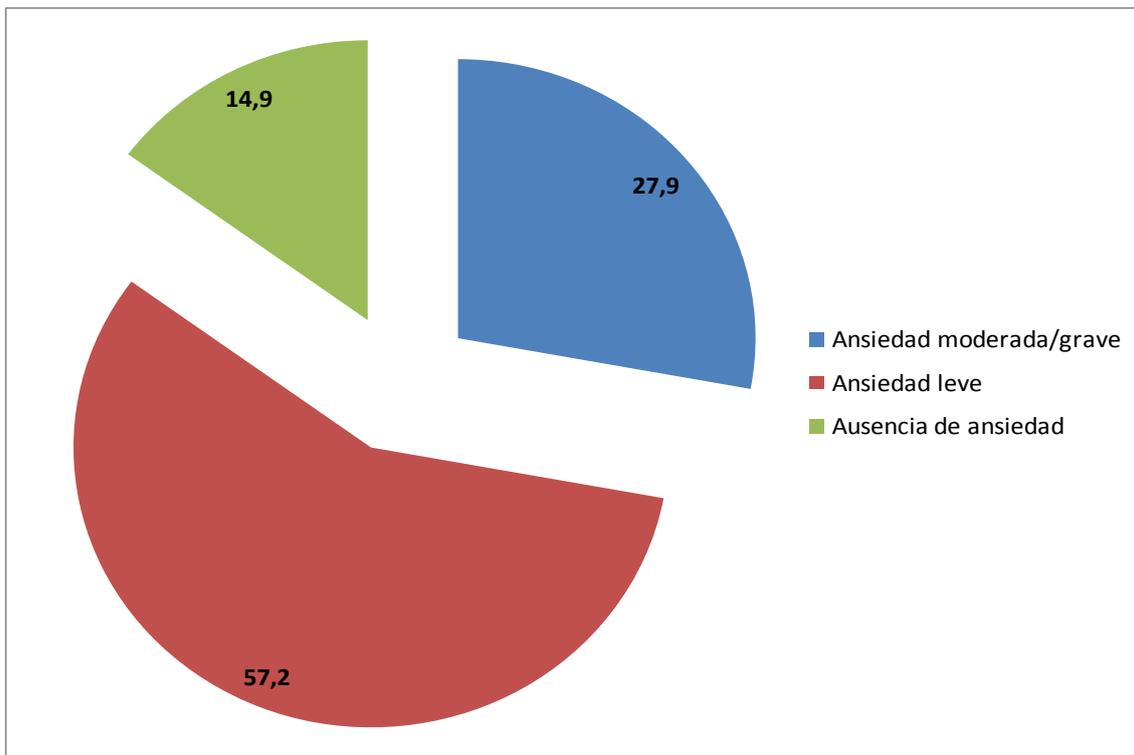
Es decir, que los problemas inmanentes a la dinámica intrafamiliar (relacional) representan el principal factor estresante en las familias de los participantes encuestados.

Escala Hamilton para la Ansiedad (HARS)

De acuerdo a las sumas totales de cada participante en función a los puntajes asignados para las opciones de respuesta seleccionadas, una considerablemente mayor proporción de los encuestados obtuvo puntajes que se ubicaron dentro del rango de 6 a 14 puntos.

Este se asocia, según el baremo utilizado para valorar este padecimiento, con una ansiedad leve, según se representa en la siguiente figura:

Figura 16. Frecuencias absolutas de los indicadores de la evaluación de ansiedad.



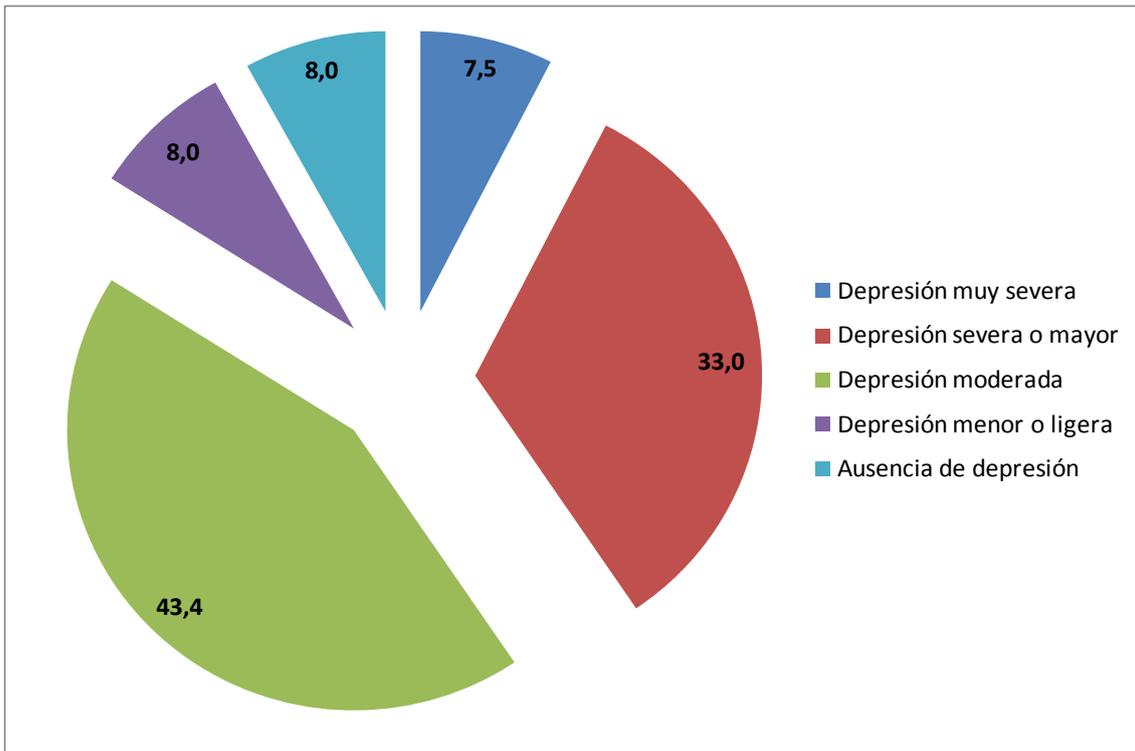
Resulta muy importante enfatizar en el hecho que sí se han detectado síntomas de ansiedad en la mayoría de los participantes, sobre todo si se considera el 27,9% relacionado con el grado moderado/grave de la condición.

Escala Hamilton para la Depresión (HDRS)

De acuerdo a las sumas totales de cada participante en función a los puntajes asignados para las opciones de respuesta seleccionadas, una mayor proporción de los encuestados obtuvo puntajes que se ubicaron dentro del rango de 14-18 puntos, aunque también fue muy importante la cantidad de individuos que obtuvo puntajes en el rango 19-22.

Estos resultados se asocian con la identificación de un cuadro depresivo en los grados moderado y severo o mayor, respectivamente, según se representa en la siguiente figura:

Figura. Frecuencias absolutas de los indicadores de la evaluación de depresión.



Esto significa que se han identificado claros cuadros depresivos en prácticamente la totalidad de los encuestados,

Análisis Correlacional

Como se había estipulado en el apartado anterior, primeramente deben corroborarse los supuestos paramétricos de normalidad e igualdad de varianzas de los datos a incluir en el análisis multivariado. Se recuerda que como factores sociodemográficos sólo se consideran la Edad y el Sexo, dado que sus frecuencias absolutas no permitieron establecer características asociadas al perfil de los participantes, al contrario de los restantes aspectos evaluados.

Para el primer caso, se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov-Smirnov, mediante la cual se compararon los valores de los estadísticos D (máxima diferencia) observados respecto de los valores de los estadísticos D críticos. Partiendo de la hipótesis nula que los datos se ajustan a una distribución normal, la misma se acepta cuando el valor del estadístico D observado es inferior al valor del estadístico D tabulado o crítico. Para determinar el valor del estadístico D crítico se consideró: 348 grados de libertad (gl), es decir, 348 participantes, y un grado de significación α de 0,05 ($p < 0,05$). Así, el valor del estadístico D crítico para 348 grados de libertad es 0,073 (19).

Otra prueba estadística aplicada para corroborar el supuesto de normalidad es la de Shapiro-Wilk, para la cual se consideró la significación resultante para cada aspecto medido. Partiendo de la hipótesis nula que los datos se ajustan a una distribución normal, la misma se acepta cuando la significancia es mayor a 0,05 ($p > 0,05$).

De esta manera, se obtuvieron los siguientes resultados para la prueba de normalidad:

Tabla 2 Resultados de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk.

	KOLMOGOROV-SMIRNOV(a)			SHAPIRO-WILK		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	,147	348	,000	,906	348	,000
Sexo	,342	348	,000	,636	348	,000
Funcionalidad1	,308	348	,000	,778	348	,000
Funcionalidad2	,317	348	,000	,775	348	,000
Funcionalidad3	,347	348	,000	,728	348	,000
Funcionalidad4	,260	348	,000	,800	348	,000
Funcionalidad5	,326	348	,000	,741	348	,000
Funcionalidad6	,327	348	,000	,745	348	,000
Estrés	,322	348	,000	,771	348	,000
Ansiedad	,301	348	,000	,785	348	,000
Depresión	,244	348	,000	,872	348	,000

a Corrección de la significación de Lilliefors

Donde los aspectos de Funcionalidad 1, 2, 3, 4, 5 y 6 hacen referencia a las distintas dimensiones del modelo de funcionalidad familiar.

Ello significa que desde ninguna de las dos pruebas ha podido corroborarse la hipótesis de normalidad, dado que en la de Kolmogorov-Smirnov ninguno de los estadísticos es superior al D crítico 0,073, y en la prueba de Shapiro-Wilk todas las significaciones son nulas, menores a 0,05.

Por su parte, en tanto no se cumplimenta el anterior supuesto paramétrico, resulta dispensable llevar a cabo la prueba de normalidad de las varianzas, dado que el primero resulta determinante para llevar a cabo el

análisis multivariado. No obstante, a continuación se presentan los resultados obtenidos desde el estadístico de Levene considerando como factores la Edad y el Sexo. Partiendo de la hipótesis nula que los datos poseen homogeneidad de la varianza, la misma se acepta cuando la significancia es mayor a 0,05 ($p > 0,05$).

Así, se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos para el factor Edad:

Tabla 3. Resultados de la prueba de Levene para el factor Edad.

		ESTADÍSTICO DE LEVENE	gl1	gl2	Sig.
Funcionalidad1	Basándose en la media	1,010	5	342	,412
	Basándose en la mediana.	,692	5	342	,630
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,692	5	341,318	,630
	Basándose en la media recortada	1,070	5	342	,377
Funcionalidad2	Basándose en la media	1,362	5	342	,238
	Basándose en la mediana.	1,166	5	342	,325
	Basándose en la mediana y con gl corregido	1,166	5	341,347	,325
	Basándose en la media recortada	1,386	5	342	,229

Funcionalidad3	Basándose en la media	2,930	5	342	,013
	Basándose en la mediana.	1,463	5	342	,201
	Basándose en la mediana y con gl corregido	1,463	5	315,650	,202
	Basándose en la media recortada	3,191	5	342	,008
Funcionalidad4	Basándose en la media	1,448	5	342	,207
	Basándose en la mediana.	1,255	5	342	,283
	Basándose en la mediana y con gl corregido	1,255	5	341,887	,283
	Basándose en la media recortada	1,462	5	342	,202
Funcionalidad5	Basándose en la media	1,203	5	342	,307
	Basándose en la mediana.	,529	5	342	,754
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,529	5	318,544	,754
	Basándose en la media recortada	1,156	5	342	,331
Funcionalidad6	Basándose en la media	1,718	5	342	,130
	Basándose en la mediana.	,724	5	342	,605

	Basándose en la mediana y con gl corregido	,724	5	293,864	,606
	Basándose en la media recortada	1,799	5	342	,112
Estrés	Basándose en la media	1,051	5	342	,388
	Basándose en la mediana.	,734	5	342	,599
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,734	5	341,413	,599
	Basándose en la media recortada	1,108	5	342	,356
Ansiedad	Basándose en la media	1,017	5	342	,408
	Basándose en la mediana.	,905	5	342	,478
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,905	5	341,856	,478
	Basándose en la media recortada	1,044	5	342	,392
Depresión	Basándose en la media	,537	5	342	,748
	Basándose en la mediana.	,586	5	342	,710
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,586	5	336,545	,710
	Basándose en la media recortada	,518	5	342	,763

Y para el factor Sexo:

Tabla 4 Resultados de la prueba de Levene para el factor Edad.

		ESTADÍSTICO DE LEVENE	gl1	gl2	Sig.
Funcionalidad1	Basándose en la media	,342	1	346	,559
	Basándose en la mediana.	,816	1	346	,367
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,816	1	345,827	,367
	Basándose en la media recortada	,301	1	346	,584
Funcionalidad2	Basándose en la media	1,308	1	346	,254
	Basándose en la mediana.	1,662	1	346	,198
	Basándose en la mediana y con gl corregido	1,662	1	345,751	,198
	Basándose en la media recortada	1,254	1	346	,264
Funcionalidad3	Basándose en la media	,001	1	346	,977
	Basándose en la mediana.	,151	1	346	,697
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,151	1	346,000	,697
	Basándose en la	,013	1	346	,908

	media recortada				
Funcionalidad4	Basándose en la media	,079	1	346	,779
	Basándose en la mediana.	,103	1	346	,749
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,103	1	346,000	,749
	Basándose en la media recortada	,076	1	346	,784
Funcionalidad5	Basándose en la media	,127	1	346	,722
	Basándose en la mediana.	,145	1	346	,704
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,145	1	321,581	,704
	Basándose en la media recortada	,039	1	346	,843
Funcionalidad6	Basándose en la media	,434	1	346	,510
	Basándose en la mediana.	1,501	1	346	,221
	Basándose en la mediana y con gl corregido	1,501	1	285,949	,221
	Basándose en la media recortada	,583	1	346	,445
Estrés	Basándose en la media	,412	1	346	,521
	Basándose en la	,823	1	346	,365

	mediana.				
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,823	1	345,806	,365
	Basándose en la media recortada	,369	1	346	,544
Ansiedad	Basándose en la media	,132	1	346	,716
	Basándose en la mediana.	,722	1	346	,396
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,722	1	345,939	,396
	Basándose en la media recortada	,089	1	346	,766
Depresión	Basándose en la media	,661	1	346	,417
	Basándose en la mediana.	,610	1	346	,435
	Basándose en la mediana y con gl corregido	,610	1	346,000	,435
	Basándose en la media recortada	,658	1	346	,418

En este sentido, sólo para la dimensión de Roles de la funcionalidad familiar y para el factor Edad, no se halla homogeneidad de las varianzas. No obstante el cumplimiento de este supuesto paramétrico, y como se mencionara, la no satisfacción del relacionado con la normalidad de los datos no permite llevar a cabo un análisis multivariado.

De esta manera, para el estudio de las correlaciones bivariadas se utilizarán los coeficientes de correlación de Spearman y Tau-b de Kendall, específicamente considerando la Edad y el Sexo respecto de los restantes aspectos.

Considerando estos resultados, en la siguiente tabla se presentan las correlaciones halladas entre los factores Sexo y Edad y la funcionalidad familiar, el estrés, la ansiedad y la depresión.

Tabla 5. Correlaciones estadísticamente significativas halladas en relación con los factores Edad y Sexo.

	EDAD	SEXO
FUNCIONALIDAD 1	-	-
FUNCIONALIDAD 2	-	-
FUNCIONALIDAD 3	0,91 (p < 0,05) Tau-b de Kendall y 0,106 (p < 0,05) Rho de Spearman	-
FUNCIONALIDAD 4	-	-
FUNCIONALIDAD 5	-	-
FUNCIONALIDAD 6	-	-
ESTRÉS	-	-
ANSIEDAD	-	-
DEPRESIÓN	-	-

Esto quiere decir que prácticamente todas las interpretaciones realizadas para el funcionamiento familiar, el estrés, la ansiedad y la depresión son válidas para todos los rangos etarios considerados y cualquier género de

los participantes. Sólo en lo relacionado con la dimensión Roles del funcionamiento familiar pueden discriminarse aquellas interpretaciones respecto del factor Edad.

En este sentido, puede inferirse que el adecuado funcionamiento asociado a la toma de decisiones, el establecimiento de límites, el control de conducta, la economía doméstica, la higiene física y mental, la asignación de roles y su revisión, deriva del accionar de las personas de mayor edad, en tanto se ha observado que las estructuras familiares mayormente se correspondieron con las variantes nuclear y extensa.

Por otro lado, las relativas disfunciones observadas respecto de los roles de afectividad y apoyo, desarrollo personal y crecimiento y satisfacción personal de cada uno de los integrantes de la familia, dependen de todos ellos, sean de corta o elevada edad.

Antes de finalizar este apartado, desde el estudio de las correlaciones anteriores también se han podido establecer aquellas entre los aspectos de funcionalidad familiar, estrés, ansiedad y depresión, las cuales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 6 Correlaciones estadísticamente significativas halladas entre la funcionalidad familiar, el estrés, la ansiedad y la depresión.

	FUNCIONALIDAD1	FUNCIONALIDAD2	FUNCIONALIDAD3	FUNCIONALIDAD4	FUNCIONALIDAD5	FUNCIONALIDAD6	ESTRÉS	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
FUNCIONALIDAD1	-	-	-	-	-	-	Ídem Func.1	-	-
FUNCIONALIDAD2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FUNCIONALIDAD3	-	-	-	-	-	Ídem Func.3	-	-	-
FUNCIONALIDAD4	-	-	-	-	Ídem Func.4	-	-	-	-
FUNCIONALIDAD5	-	-	-	0,304 (p < 0,01) Tau-b de Kendall y 0,333 (p < 0,01) Rho de Spearman	-	-	-	-	-
FUNCIONALIDAD6	-	-	-0,218 (p < 0,01) Tau-b de Kendall y -0,238 (p < 0,01) Rho de Spearman	-	-	-	-	-	-
ESTRÉS	0,099 (p < 0,05) Tau-b de Kendall y 0,108 (p < 0,05) Rho de Spearman	-	-	-	-	-	-	-	-
ANSIEDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DEPRESIÓN	-	-	-	-	-	-	-	-	-

En este sentido, a continuación se pasará a interpretar cada una de ellas:

- Relación estrés/dimensión Resolución de problemas del funcionamiento familiar: en este caso, se han hallado disfunciones moderadas respecto de la resolución de problemas y la existencia de factores que predisponen a enfermarse por estrés. Así, puede llegarse a la conclusión que la ineficacia en la resolución de problemas familiares puede deberse al estrés generado por la emigración de un miembro de la familia.
- Relación dimensión Roles/dimensión Control de conducta del funcionamiento familiar: en ambas dimensiones se habían hallado frecuencias absolutas relacionadas con una adecuada funcionalidad, aunque seguidas considerablemente por puntajes asociados a disfunciones moderadas. En este sentido, pueden observarse claras correspondencias programáticas y pragmáticas en tanto lo que hace a los roles y el control de la conducta, pero de carácter inverso, dado el tipo de correlación hallada. Ello se justifica, en los casos de estudio, desde el hecho que la asignación, ejercicio y evaluación de los roles implica el debilitamiento de los mecanismos de control cognitivo y comportamental (siendo válida la proposición contrarrecíproca). Si bien ambos son más efectivos sobre lo instrumental frente a lo afectivo, su discordancia puede influir sobre los otros aspectos del funcionamiento familiar.

Relación dimensión Involucramiento afectivo/dimensión Respuestas afectivas del funcionamiento familiar: en ambos casos se hallaron claras disfunciones moderadas-graves, lo cual se relaciona con afirmaciones anteriores en tanto lo ineficaz de las relaciones afectivas y emocionales de los miembros de la familia. Si bien las respuestas afectivas podrían ser inadecuadas pese a un eficaz involucramiento afectivo (siendo válida la proposición contrarrecíproca), en este caso ello no se corrobora.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los hallazgos del trabajo se puede concluir que existe una fuerte tendencia a presentar episodios de agudización del estrés, quizá relacionados con la migración de un miembro de la familia(24): de igual manera es muy significativa la presencia de ansiedad en la población de estudio ya que hasta 85 % de los encuestados mostro rasgos de ansiedad, lo que predispone fuertemente para el desarrollo de otros factores y con ello la predisposición a enfermar. De igual manera un nivel de estrés alto acompañado de ansiedad interfiere con la adecuada comunicación y puede representar presiones adicionales a la funcionalidad familiar (25,26), lo cual explica los altos niveles de disfunción familiar encontrados que sobrepasan la media de otros estudios (27).

La depresión por si misma representa un reto para la atención en los sistemas de salud pues representa un alto costo para la atención y acompaña de manera significativa a diversos cuadros, lo que representa dificultades para su diagnostico, considerando que la mayoría de los pacientes presenta los síntomas asociados a síntomas físicos y, pocas veces los relaciona con un cuadro depresivo que se acompaña de diversos síntomas somáticos, según se el grado de intensidad con que afecta al paciente. (28,29,30)

Respecto del primer interrogante de investigación, el cual enunciaba, **¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de familias con uno o más emigrantes de una zona rural de Amatlán de los Reyes?**, cuestionamiento asociado al primer objetivo específico, tales características se puntualizan a continuación:

- Edad: desde 15 años de edad en adelante.
- Sexo: indistinto.
- Estado civil: casado.
- Ocupación: ama de casa o empleado de comercio.
- Escolaridad: secundario completo.
- Estrato socioeconómico: clase media.
- Estructura familiar: nuclear y nuclear extensa.
- Ciclo vital de la familia: fase de apertura y desprendimiento.

En este sentido, la muestra de participantes no sólo resultó ser representativa en tanto los aspectos etarios y de género (amplia variabilidad), sino también desde las demás que permitieron establecer un perfil sociodemográfico determinado, y en tanto hacen alusión a familias tipo con miembros emigrantes asociados principalmente a los hijos. Si bien la emigración de cualquier miembro querido de la familia conlleva un vacío emocional difícil, y hasta imposible, de recuperar, la relacionada con los hijos de seguro será más significativa en todos los niveles de la vida, sean instrumentales, afectivos, psicológicos o sociales. Por ello, la indagación sobre el funcionamiento familiar y la prevalencia de estrés y trastornos de la afectividad puede arrojar resultados representativos en lo que hace a la problemática de estudio.

Respecto del segundo interrogante de investigación, que enunciaba, **¿Cuál es la prevalencia de emigración en dicha zona?**, asociado al segundo y tercer objetivos específicos, a través de las entrevistas no se obtuvieron datos relevantes que permitan contestar el presente cuestionamiento. No obstante, debe hacerse hincapié en que sea cual fuere la prevalencia de la emigración en el municipio de Amatlán de los Reyes, Veracruz, lo cierto es que trae aparejadas serias consecuencias del orden psicopatológico y psicofisiológico,

consecuencias cuyo cuadro y gravedad responden a cada caso particular, cada familia, cada integrante que ha emigrado.

Respecto del tercer interrogante de investigación, que enunciaba, **¿Cuáles son los factores que se asocian al estrés y los trastornos de afectividad en las familias de los emigrantes de una zona rural de Amatlán de los Reyes?**, asociado al cuarto objetivo específico, no se hallaron correlaciones cuantiosas respecto de los factores sociodemográficos de Sexo y Edad. Al respecto, sólo la edad se presentó como estadísticamente significativa en tanto su influencia sobre la asignación, ejecución y evaluación de los roles familiares. Más específicamente, los miembros adultos de la familia parecen ejercer una función adecuada en tanto las anteriores instancias instrumentales, más no sucede lo mismo sobre los correlatos afectivos de los roles familiares, como son la afectividad y el apoyo, el desarrollo personal y el crecimiento y la satisfacción personal de cada uno de los integrantes de la familia.

Más allá de eso, desde un punto de vista conceptual puede afirmarse que la cultura es un factor muy importante que determina la prevalencia del estrés y los trastornos de la afectividad en familiar con integrantes emigrantes, aunque ello no se corroboró en la zona rural de Amatlán de los Reyes, ni tampoco se contó con datos comparativos de otras regiones.

Respecto del cuarto interrogante de investigación, que enunciaba, **¿Cuál es la sintomatología característica de los familiares afectados?**, asociado al quinto objetivo específico, la misma puede caracterizarse como a continuación:

- Disfunción familiar moderada a grave en lo que respecta a la resolución de problemas (81,3%), la comunicación (86,8%), el involucramiento afectivo (82,2%) y las respuestas afectivas (91,1%).

- Adecuada funcionalidad familiar (y cierta disfunción moderada, afectiva) en lo que respecta a los roles (55,7% y 31,6%, respectivamente) y el control de conducta (52,3% y 29,3%, respectivamente).
- Se identificaron cuadros de estrés relativo: existencia de claros factores potenciales para enfermarse de estrés (61,8%).
- Se identificó un cuadro de ansiedad leve a moderada/grave (57,2% y 27,9%, respectivamente), lo que pudo interpretarse satisfactoriamente mediante las características diagnósticas del trastorno de ansiedad generalizada, descrito en el DSM-IV.(31)
- Se identificó un cuadro de depresión moderada a severa o mayor (43,4% y 33,0%, respectivamente), lo que pudo interpretarse satisfactoriamente desde las características diagnósticas del trastorno depresivo mayor, en su variante recidivante, descrito en el DSM-IV.(32)

En este sentido, existen grandes proporciones de individuos afectados por patologías psicofisiológicas y asociadas a los trastornos de la afectividad, lo que establece la gran importancia de abordar tanto esta problemática, tanto desde lo analítico como la intervención médica. A su vez, esto se justifica desde las potenciales consecuencias orgánicas y físicas de las condiciones mencionadas, dado que, por ejemplo, el trastorno depresivo mayor se asocia con grandes índices de mortalidad, debidas principalmente al suicidio.

Respecto del quinto y último interrogante de investigación, el mismo se tratará conjuntamente con las sugerencias de intervención derivadas del estudio, para así organizar adecuadamente la presentación del trabajo.

De esta forma, en relación con las sugerencias de intervención sobre la problemática del estudio, aspecto que se asocia con el quinto interrogante de investigación, que enunciaba, **¿Qué estrategias se pueden desarrollar, desde la atención primaria de la salud, para minimizar el impacto y los efectos psicopatológicos negativos del fenómeno migratorio?**, se indican los potenciales efectos positivos de la terapia ocupacional.

La Terapia Ocupacional puede definirse como *“la ciencia o disciplina orientada a analizar e instrumentar las ocupaciones del hombre para tratar su salud; entendiendo a la misma como el bienestar biopsicosocial y no solo a la ausencia de la enfermedad”* (33), y sus principales objetivos son: desarrollar acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud a través del análisis y aplicación de las ocupaciones de automantenimiento, productividad, juego y tiempo libre como integrantes de equipos inter y multidisciplinarios; lograr una actitud positiva en función de las necesidades, capacidades y limitaciones del paciente; modificar de forma gradual las habilidades disminuidas del paciente, hacia el logro de independencia o autonomía, significación y competencia en sus actividades; mantener la vida del paciente lo más normal e independientemente posible, valorando el potencial de cada uno para el logro de nuevas destrezas o metas.

Desde el rol de terapeutas ocupacionales, se cree en la importancia de abordar la problemática descrita, en tanto las vivencias y potenciales intervenciones sobre los pacientes, desde la mirada holística, de considerar al Hombre como un ser biopsicosocial único e integral.

De esta manera, se puede tomar medidas orientadas hacia el logro de una mejor calidad de vida, elevar la moral de la persona, pensar que lejos de aplastar demoledoramente la adversidad se generan fortalezas, y que aún en medio del sufrimiento puede devenir la transformación en la ruta de transitar desde el “por qué” hacia el “para qué” (8): no sólo se trata de atravesar una situación, de recuperarse ante tamaña adversidad, sino de poder transformar la realidad en la cual se está inmerso y también la posibilidad de transformarse a través de ella. En ese sentido, tanto terapeutas ocupacionales como sus pacientes pueden ocuparse de la dinámica que se da entre lo intra e interpersonal considerando sus distintas repercusiones: fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

La emigración es considerada como el desplazamiento geográfico de individuos que trasladan su domicilio a otro lugar. En nuestro tiempo este fenómeno es de gran magnitud, implica una situación de cambio para la persona que se ausenta como para los que se quedan sin la presencia de ésta. Por consiguiente, es normal que se presente una reacción encaminada a afrontar el proceso de la pérdida.

Toda pérdida significativa desencadena un proceso normal de duelo, entendiendo este como un proceso que se caracteriza por tratar de equilibrar, es decir, tratar de asimilar lo nuevo y reubicar lo previo a la ausencia (falta o privación de algo).

Dentro de lo cotidiano de la práctica médica, en el primer nivel de atención, en los pacientes son detectables circunstancias que permiten establecer una clasificación que identifica la integración familiar, y como hallazgo es perceptible cuantificar que el fenómeno migratorio es muy constante siendo uno de los motivos principales de desintegración del núcleo de la familia.

Ante tal circunstancia se expresa sintomatología tal como estrés, angustia manifestada como ansiedad y depresión, cuadro representativo de un duelo no elaborado, ya que muchos de estos pacientes atribuyen y coinciden en tener un familiar emigrante.

La relación que existe entre la emigración y el estrés presupone que origina repercusiones en la salud de los familiares de los emigrantes, generados por un duelo no elaborado.

Ante esta situación se hace imperativo que el sistema de salud ofrezca a la población alternativas de tratamiento para las familias cuyos miembros ha emigrado ya a la luz de los resultados que aquí se presentan, se requiere de una mayor atención a los problemas psicopatológicos y, desde luego una mayor capacitación en estos padecimientos para el personal de atención a la salud ya que, en muchas ocasiones pasan por alto los síntomas que claramente expresan la necesidad de atención en esta área (33)

Ante esta situación, el contacto del paciente con la terapia ocupacional requiere un ejercicio de introspección identificando nuestras propias vivencias, al mismo tiempo que se intenta (con nuestras virtudes y limitaciones) comprender aquello que el otro experimenta (empatía), todo hacia la contención y manejo de los malestares del paciente, malestares que con frecuencia se dan tanto en el plano físico como mental.

Finalmente, se propondrán las siguientes líneas de investigación:

- Estudio cuantitativo, experimental y longitudinal sobre la efectividad de un tratamiento de terapia ocupacional, considerando los mismos instrumentos utilizados en la presente investigación.
- Estudio cuantitativo, no experimental y transversal, similar al presente, pero considerando, al menos, los adultos responsables de las familias en las que un integrante a emigrado.
- Estudio comparativo entre las familias donde alguno de sus miembros ha emigrado y otras de similares características pero sin miembros emigrantes para establecer una correlación entre la emigración y la presencia de trastornos de la afectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carpintero Capell Heliodoro. Los estudios sobre emigración: un estudio de psicología social aplicada. Revista de historia de la psicología. 2005;26(2-3):71-81.
- 2.- Martínez Moneo M, A. Martínez Larrea. Patología psiquiátrica en el inmigrante. Anales. 2006;29. Suplemento 1.
- 3.- Anchotegui J. Los duelos de la migración. En: Jano. Psiquiatría y humanidades; 2000;.2:15-19.
- 4.- Alderete E, Vega WA Kolody B y Aguilar-Gaxiola S.. Lifetime prevalence of and risk factors for psychiatric disorders among Mexican migrant farmworkers in California. Am J Public Health; 2000;90: p.608–614.
- 5.-García-Campayo J.. Patologías psiquiátricas en la población inmigrante. En: García-Campayo J, Lou-Arnal S. (Eds). *Claves en Salud Mental*. 2005 Monografías FAES Farma; p. 4.
- 6.-Kirmayer LJ, Minas H..The future of cultural psychiatry: an internacional perspective. Can J Psychiatry ; 2000;45: 438-446.
- 7.- Sivak R..Teoría y Clínica del Psicotrauma. Jornada Estrés, trauma y catástrofe. 2001
- 8.- Beiser M, Burr WA, Collomb H, Ravel JL.. Pobough Lang in Senegal: analysis of a deviant behavioural in biological and cultural contexts. Soc Psychiatry; 1974;9: 1239.
- 9.- Morton MD.. Why should reserchers care about culture. Can J Psychiatry; 2003;48: 145-159.
- 10.- Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, Camp P, Jackson-Triche M Wells KB.. Who is at risk of non-detection of mental health problems in primary care? J Gen Intern Med; 2000;15: 381-388.

- 11.- Kirmayer L, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E.. Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. *Can J Psychiatry*; 2003;48: 145-153.
- 12.- Sadavoy J, Meier R Ong AY.. Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: The Toronto Study. *Can J Psychiatry*; 2004;49: 192-199.
- 13.- Sandín B.. Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre estrés y la enfermedad física. En: Buendía J. (Ed.). *Estrés y psicopatología*. Madrid. Pirámide. 1993
- 14.- Sandín B y Chorot P.. Relaciones entre formas de adquisición, patrón de respuesta y tratamiento de la ansiedad. En: Sandín B. (Ed.). *Aportaciones recientes en psicopatología*. Madrid. Novamedic. 1986
- 15.- Sans R., Urrutia A.. El impacto de la emigración en la estructura familiar. *Amerique Latine Histoire et Mémoire*. 2005;9.
- 16.- Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C y Baptista-Lucio P.. *Metodología de la investigación*. 4ª ed. México. McGraw-Hill. 2004
- 17.- Quibrera-Infante R, Hernández-Rodríguez HG, Aradillas-García C, González-Rodríguez S y Calles-Escandón J.. Prevalencias de diabetes, intolerancia a la glucosa, hiperlipemia y factores de riesgo en función de nivel socioeconómico. *Rev Invest Clin*; 1994;46: 25-36.
- 18.- González E. *Psicología del ciclo vital*. 2ª ed. España. CCS2002..
- 19.- Huerta JL.. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad*. México. Alfil. 2005
- 20.- Lazarus, R. S.; Folkman. "El concepto de Afrontamiento" en *Estrés y procesos cognitivos*, Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona España, 1986: 140-148.
- 21.- González García CM y González García SI. Un Enfoque para la Evaluación del Funcionamiento Familiar. *REMO*, 2008; 6 (15): 2-7.

- 22.- Guisande González C, Barreriro Felpeto A, Maneiro Estraviz I, Riveiro Alarcón I, Vergara Castaño AR y Vaamonde Liste A. 2006. *Tratamiento de datos*. España. Ediciones Díaz de Santos.
- 23.- Atri L y Zetune R.. Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF). En: Velasco Campos ML y Luna Portilla M del R. (Comps). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax. 2006
- 24.- Maier W, Buller R, Philipp M y Heuser I.. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disor*, 1988;14: 61-68.
- 25.- National Institute for Clinical Excellence (NICE).. *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. Clinical Guideline 23. 2004
- 26.-Aguilar E.. Cuando la emigración irrumpe en los vínculos de la familia y pareja. *Rev. Actualidad Psicológica*. 2004
- 27.- Bauman Z.. El amor líquido. *Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. 2005
- 28.- Jaes C.. Migración, pérdidas ambiguas y rituales. *La Nueva Comunicación*. 2002(69).
- 29.- Lazarus RS y Folkman S.. *Stress, Appraisal and coping*. Nueva York. Springer Publishing Company. 1984
- 30- Lecrubier Y. Is depression under-recognised and undertreated? *Int Clin Psychopharmacology* 1998: 13 (Suppl. 5); 3-6.
- 31- Freedman G.: *Family and environment: an ecosystem perspective*. Ed. Burgess Publishing Co. Minneapolis. 1980
- 32 Pichot P, López-Ibor Aliño JJ y Valdés Miyar M. *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. 1995.

33 Moruno Miralles P y Romero Ayuso DM. Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *TOG*, 1. 2004.

ANEXO A. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre:

Edad

1. 15-20 años
2. 21-30 años
3. 31-40 años
4. 41-50 años
5. 51-60 años
6. Más de 60 años

Sexo

1. Femenino
2. Masculino

Estado civil

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Divorciado
5. Separado
6. Unión libre

Ocupación

1. Estudiante
2. Ama de casa
3. Obrero
4. Campesino
5. Empleado de comercio
6. Empleado de gobierno
7. Comerciante
8. Profesional

Escolaridad

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria
6. Preparatoria o Carrera técnica
7. Profesional

Ingreso mensual mayor en la familia:

Personas con las cuales convive:

Piso de la vivienda

1. Tierra
2. Cemento
3. Otro

Pared de la vivienda

1. Tabique
2. Madera
3. Otro

¿Algún familiar que antes vivía con usted emigró?

1. Sí
2. No

¿Motivo por el que emigro?:

¿Tiene noticias de él?

1. Sí
2. No

¿Le manda dinero?

1. Sí
2. No

¿Ha resentido de alguna manera su ausencia?

1. Sí
2. No

¿Cuántas veces ha emigrado?

1. Una vez
2. Dos veces
3. Tres veces
4. Cuatro o más veces

ANEXO B. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

Totalmente de acuerdo (5)
De acuerdo (4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
En desacuerdo (2)
Totalmente en desacuerdo (1)

1	Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2	Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3	En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6	Raras veces platico con la familiar sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
7	Cuando se me presenta algún problema me paraliza	1	2	3	4	5
8	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9	Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10	Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12	Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13	Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo	1	2	3	4	5
14	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5

15	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19	Me siento apoyado (a) por mi familia	1	2	3	4	5
20	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21	Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23	Si falta una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24	En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26	Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5
29	Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30	En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
32	Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33	Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34	En mi casa, cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
35	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
36	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5

37	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38	En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5

ANEXO C. ESCALA EVALUACIÓN DE ESTRÉS

1. Muerte del cónyuge	100
2. Separación matrimonial	70
3. Muerte de un ser querido familiar	70
4. Pérdida del trabajo	60
5. Padecer una enfermedad seria	50
6. Quiebra en el estado financiero	50
7. Haber padecido un asalto	45
8. Descenso en el rol o status laboral	45
9. Problemas sexuales (impotencia, trastornos eyaculatorios, anorgasmia, fobias, crisis de identidad sexual)	45
10. Ser abandonado por la pareja	45
11. Jubilación	40
12. Problemas judiciales	40
13. Menopausia	40
14. Deudas	40
15. Enfermedades en un familiar	40
16. Trabajar en horarios nocturnos o rotatorios	40
17. Reconciliación marital	30
18. Embarazo (para ambos)	30
19. Nacimiento	30
20. Inseguridad en el barrio donde vive o trabaja	30
21. Cambio en estado financiero	30
22. Fuertes discusiones familiares (con hijos o familiares políticos)	30
23. Conflictos conyugales crónicos	30
24. Trastornos del sueño	25
25. Cambios en las tareas laborales habituales	25
26. Muerte de un amigo o amante	25
27. Abandono del hogar por un hijo	25
28. Gran logro personal	25
29. Vivir en medio urbano	25

30. Trabajar más de 12 horas diarias	25
31. Cónyuge termina o comienza un trabajo	20
32. Problemas con el jefe	20
33. Haber abandonado prácticas deportivas	20
34. Viajes prolongados (más aún si son lugares muy alejados)	20
35. Mudanzas	20
36. Conducir un auto en ciudad por más de 3 horas	20
37. Cambios en los hábitos (dieta, dejar de fumar)	20
38. Cambio de carrera o de colegio	15
39. Vacaciones	10
40. Fiestas de fin de año	10

ANEXO D. ESCALA HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS)

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. TENSIÓN: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica.					

Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					
Ansiedad Psíquica (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)					
Ansiedad Somática (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)					
PUNTUACION TOTAL					

ANEXO E. ESCALA HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDRS)

1) *Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:*

- 0 Ausente.
- 1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.
- 2 Estas sensaciones las relata espontáneamente.
- 3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).
- 4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2) *Sentimiento de culpa:*

- 0 Ausente.
- 1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
- 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.
- 3 Siente que la enfermedad actual es un castigo.
- 4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3) *Suicidio:*

- 0 Ausente.
- 1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.
- 2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
- 3 Ideas de suicidio o amenazas.
- 4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio).

4) *Insomnio precoz:*

- 0 No tiene dificultad.
- 1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño.
- 2 Dificultad para dormir cada noche.

5) *Insomnio intermedio:*

- 0 No hay dificultad.
- 1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche.
- 2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

6) *Insomnio tardío:*

- 0 No hay dificultad.
- 1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
- 2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7) *Trabajo y actividades:*

- 0 No hay dificultad.
- 1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).
- 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación).
- 3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.
- 4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8) *Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):*

- 0 Palabra y pensamiento normales.
- 1 Ligeramente retraso en el habla.
- 2 Evidente retraso en el habla.
- 3 Dificultad para expresarse.
- 4 Incapacidad para expresarse.

9) *Agitación psicomotora:*

- 0 Ninguna.
- 1 Juega con sus dedos.
- 2 Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.
- 4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.

10) *Ansiedad psíquica:*

- 0 No hay dificultad.
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2 Preocupación por pequeñas cosas.
- 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.
- 4 Expresa sus temores sin que le pregunten.

11) *Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):*

- 0 Ausente.
- 1 Ligera.
- 2 Moderada.
- 3 Severa.
- 4 Incapacitante.

12) *Síntomas somáticos gastrointestinales:*

- 0 Ninguno.
- 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13) *Síntomas somáticos generales:*

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14) *Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):*

- 0 Ausente.
- 1 Débil.
- 2 Grave.

15) *Hipocondría:*

- 0 Ausente
- 1 Preocupado de sí mismo (corporalmente).
- 2 Preocupado por su salud.
- 3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda.

16) *Pérdida de peso:*

- 0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana.
- 1 Pérdida de más de 500 g en una semana.
- 2 Pérdida de más de 1 kg en una semana.

17) *Introspección (insight):*

- 0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo.
- 1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 No se da cuenta que está enfermo.