



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
Unidad de Medicina Familiar No 13
San Francisco de Campeche, Campeche.

**FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES JOVENES
CON Y SIN DEPRESIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE
HOPELCHÉN, CAMPECHE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LOURDES AURORA RODRÍGUEZ SEGOVIA

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES JOVENES
CON Y SIN DEPRESION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE
HOPELCHÉN, CAMPECHE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LOURDES AURORA RODRÍGUEZ SEGOVIA

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. GUADALUPE RAMOS JUÁREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS EN
UMF13

DRA. HAYDEE CABRERA REYES
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
Especialista en Medicina familiar
Maestro en Ciencias Médicas

DRA. HAYDEE CABRERA REYES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
Especialista en Medicina familiar
Maestro en Ciencias Médicas

DRA. ROXANA DEL SOCORRO GONZÁLEZ DZIB
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

San Francisco de Campeche, Campeche.

2012.

**FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES JOVENES
CON Y SIN DEPRESIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE
HOPELCHÉN, CAMPECHE.**

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

PRESENTA:

LOURDES AURORA RODRÍGUEZ SEGOVIA

A U T O R I Z A C I O N E S

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

Índice

Marco Teórico.....	5
Planteamiento del Problema.....	13
Justificación.....	16
Objetivos.....	18
Material y Métodos.....	19
Tipo de Estudio.....	19
Diseño de la investigación.....	19
Población, lugar y tiempo.....	19
Variables.....	19
Muestra.....	20
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	21
Procedimiento para recolección de datos.....	22
Análisis Estadístico.....	23
Consideraciones éticas.....	24
Resultados.....	25
Discusión.....	41
Conclusiones.....	45
Referencias bibliográficas.....	47
Anexos.....	51

Marco Teórico

Depresión:

El Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – IV (DSM-IV) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo cuya característica principal es la alteración del humor, y su rasgo esencial es un estado de ánimo de tristeza, melancolía y abatimiento o una pérdida de interés o placer, por todas o casi todas las actividades; asociado con síntomas como pérdida del apetito, cambios en el peso, alteraciones en el sueño, agitación o lentitud psicomotora, sentimiento excesivos de inutilidad o culpa, ideas de muerte recurrente e ideas o intento de suicidio.⁽¹⁾

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cobran cada día mayor importancia y se estima que para el 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a nivel mundial y la primera en países desarrollados. ⁽¹⁾ Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Según Remick se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá un trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. ⁽²⁾

La OMS informa que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre. ⁽³⁾ En México Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de

enfermedad, y se consideran indicadores de muerte prematura y días vividos de discapacidad. ⁽⁴⁾ El Instituto Nacional de Salud Pública señala que la prevalencia de depresión en adultos fue del 4.5% en el año 2002, se encontró que era más frecuente en mujeres y se incrementaba con la edad. ⁽⁵⁾

Rafael Leyva Jiménez, (2007) refiere que la frecuencia de la depresión en adolescentes en México es del 29.8%, y más alta en las mujeres que en los hombres en relación 2.5:1; y en relación a la función familiar es más común en las familias flexiblemente aglutinadas y las rígidamente aglutinadas. ⁽⁶⁾

Los trastornos emocionales están asociados con un trabajo pobremente productivo, y también afecta a los otros miembros de la familia. Existen evidencias de que los niños de mujeres con depresión tienen un mayor número de problemas escolares, de conducta, bajos niveles de convivencia social y autoestima en comparación con sus compañeros cuyas madres no la padecen.

La depresión no es una entidad monolítica invariable hasta el momento se han descrito más de cien tipos de estados depresivos que se suponen distintos unos de otros. ⁽⁷⁾ La depresión se considera como uno de los trastornos del estado de ánimo. El DSM-IV clasifica a los trastornos depresivos en: Trastorno depresivo mayor episodio único, Trastorno depresivo mayor recidivante, Trastorno distímico y Trastorno depresivo no especificado. ⁽⁸⁾

En la mujer la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia, y además de factores psicosociales que la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja. ⁽³⁾

Funcionalidad familiar y conyugal:

La funcionalidad familiar se refiere a las acciones e interacciones que tienen los individuos en conjunto dentro de la convivencia de una familia. Las funciones que tienen las familias, desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas. Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a su cultura y sea aceptado socialmente. La función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo. ⁽⁹⁾

Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol, que puede ser debido a sobre exigencias, como por ejemplo en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales. ⁽¹⁰⁾

Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

(9)

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en sus integrantes como depresión en el adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes y siempre que estos aparezcan deben ser tomados como un indicador de disfunción familiar. Para poder hacer un análisis de la función de la familia es importante concebir a esta como un sistema, donde existen subsistemas y además está incluida en un sistema mayor que es la sociedad. (10).

Entre los subsistemas familiares se encuentra el subsistema conyugal, el filial y fraterno. El subsistema conyugal es aquel que forman un hombre y una mujer que se unen con la intención de formar una familia, y lleva implícitas tareas de complementariedad y de acomodación mutua, en los que ambos miembros deben adaptarse para formar una identidad de pareja, y poseer funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia, como son el brindarse apoyo y seguridad, mostrarse afecto y tener relaciones sexuales satisfactorias. (8).

La funcionalidad del subsistema conyugal es una base importante para conservar el bienestar de los integrantes de la familia; ya que este funciona como modelo para los demás subsistemas de y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia, por lo que este funcionamiento conyugal es estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos. ⁽¹¹⁾

Algunos autores coinciden, en que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer los problemas que han afectado la interacción conyugal. ⁽¹⁰⁾

En el subsistema conyugal es necesario que esté presente una limitación clara y bien definida, dentro de la totalidad del medio estructural familiar y pueda ofrecer una protección a los otros subsistemas familiares. La comunicación interna marital o de pareja debe ser abierta y directa, la calidad de las interacciones en la pareja debe dibujar una relación interdependiente de apoyo que constituya la promoción de la misma pareja. Contrariamente un subsistema insano o disfuncional presentará una limitación difusa que permite a los hijos interferir en las decisiones familiares ⁽¹²⁾.

Por otra parte en la UMF 93 del IMSS, Peralta Pedrero M y colaboradores realizaron una investigación en 400 mujeres de 20 a 59 años, divididas en dos

grupos: de 20 a 39 y de 40 a 59 años. Se encontró que existe una prevalencia de 52% (IC 95% de 47 a 57), de síntomas depresivos en ambos grupos y diferencias estadísticamente significativas en cuanto a escolaridad, trabajo remunerado, síntomas depresivos. De las variables analizadas como probables factores de riesgo para la depresión, sólo la disfunción familiar tuvo una asociación estadísticamente significativa, sin embargo, sólo se observó en las mujeres menores de 40 años.⁽³⁾

Salazar Colín E y cols., compararon la relación entre la disfunción conyugal y los motivos de consulta en 80 pacientes hiperconsultantes, en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en donde se identificó que las parejas funcionales acuden más a consulta por solicitar licencias medicas en comparación con las parejas disfuncionales que asisten por presentar padecimientos psicosomáticos, entre los que se incluyen la depresión y la ansiedad.⁽¹³⁾

Así también se han correlacionado los trastornos en el consumo de alcohol con problemas en la función conyugal y familiar, como reportó en su estudio Boo Vera D. y cols., que el consumo positivo de alcohol aumentó 3.5 veces el riesgo de presentar disfunción conyugal, y 2.9 veces el riesgo de disfunción familiar.⁽¹⁴⁾

Al valorar el subsistema conyugal debe recordarse que la existencia de una alteración, no significa necesariamente la afectación del conjunto familiar valorado en su totalidad. En algunas familias no se realiza la función marital, pero se conservan las funciones parentales, teniendo como resultado un menor impacto

en la familia. Sin embargo, lo más frecuente es que el mal funcionamiento de la pareja refleje resentimiento y malestar hacia el resto del grupo familiar, produciendo entonces perturbaciones que se manifiestan en la totalidad de la estructura familiar⁽¹⁵⁾ Por tanto para tener información del funcionamiento del subsistema conyugal debemos focalizarnos en el estudio de las intervenciones e interacciones conyugales y sus transacciones, así podremos saber si ambos conyuges están comprometidos en la misma función o solo uno de ellos, y también hasta que punto éste queda aislado y poco aceptado en su función, por parte del otro. ⁽¹¹⁾

En la actualidad existen en nuestro medio instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el subsistema conyugal de Chávez Aguilar aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde hace mas de 10 años, para aplicación única y exclusivamente a la pareja . ⁽¹⁶⁾.

El cuestionario de evaluación del subsistema conyugal es específico para el abordaje de la pareja abarcando las cinco principales funciones del subsistema conyugal y los evalúa en base a la frecuencia de presentación en: nunca, ocasional y siempre. La función de comunicación tiene tres reactivos al igual que la función de adjudicación de roles; la satisfacción sexual se evalúa con dos reactivos y las manifestaciones de afecto con cuatro y para la toma de decisiones solo se considera una pregunta, y los valores van de 0, 2.5, 5 y 10.

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y propone que las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total observado como sigue:

0-40 Pareja severamente disfuncional.

41-70 Pareja moderadamente disfuncional.

71-100 Pareja Funcional.

La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectar de forma integral y sencilla en su consulta diaria para modificar su relación médico-paciente y permitir al usuario expresar sus quejas y el motivo real que origina su demanda de consulta.⁽¹⁷⁾

Planteamiento del problema.

El trastorno depresivo es el más frecuente de los trastornos mentales y en la actualidad se reconoce como un problema de salud pública. Ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y del 3 al 4% de la población mundial la padece. Se estima que en México existen cuatro millones de personas con algún síntoma de depresión y preocupa que 1 de cada 200 de estos pacientes pueden incluso llegar al suicidio.

Nazar y cols., en su estudio realizado en Chiapas en trescientas mujeres de comunidades rurales, encontró que 6 de cada 10 entrevistadas fueron clasificadas con sintomatología depresiva y 1 de cada 5 manifestó deseos de quitarse la vida.

⁽²⁴⁾ En Campeche con base a reportes de la Dirección General de Informe y Evaluación de la Secretaría de Salud en el 2002, la prevalencia de la depresión es de 4.5% en mujeres y 2.1 % en hombres. ⁽⁴⁾

Llama la atención que las mujeres que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Hopelchén son cada vez más jóvenes, y cabe señalar que gran parte de ellas son casadas o tienen algún tipo de relación de pareja y en muchas ocasiones el hecho de laborar fuera de casa y además tener que cumplir con las tareas domésticas y la crianza de los hijos, conlleva a un grado de estrés crónico, inestabilidad y depresión, identificados estos como factores de riesgo para alteraciones en la funcionalidad familiar y el suicidio.⁽⁹⁾

En la mujer, la depresión se relaciona con múltiples factores entre ellos los psicosociales, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja. Otro de los factores que se relaciona, son las diferencias que existen en la igualdad de género, que va ocasionado en las amas de casa un deterioro en su autoestima, apatía y depresión.⁽⁹⁾ Peralta Pedrero, en su estudio reportó que el principal factor de riesgo asociado a la depresión en mujeres de 20 a 39 años fue la disfunción familiar.⁽³⁾

Entre los factores protectores se encuentran los recursos de apoyo social, de ellos el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la función familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos, y viceversa.⁽²³⁾ El estudio de Patricia Murphy demuestra que la religión tiene su mayor poder contra la depresión por su habilidad de contrarrestar la falta de esperanza; así también como la espiritualidad.⁽²⁸⁾

En la UMF 8 de Hopelchén he observado un número creciente de pacientes jóvenes que acuden a solicitar consulta por algún síntoma depresivo o acuden ya a control en psiquiatría por depresión. En base a esto, es de interés realizar el estudio en nuestro medio ya que no contamos con investigaciones que pudieran proporcionarnos un panorama de la existencia de trastornos depresivos.

Por ello se desarrolla la siguiente pregunta:

¿Existirá diferencia en la funcionalidad del subsistema conyugal entre las mujeres jóvenes con o sin depresión en la UMF8 de Hopelchén?

Justificación.

El Instituto Nacional de Salud Pública en México señala que en el año 2002 existía una prevalencia de la depresión en adultos del 4.5 %, más frecuente en las mujeres y que se incrementa con la edad. ⁽⁵⁾.

Rafael Leyva Jiménez, (2007) refiere que la frecuencia de la depresión en adolescentes en México es del 29.8%, más alta en la mujeres que en los hombres en relación 2.5:1 y en relación a la función familiar es más común en las familias flexiblemente aglutinadas y las rígidamente aglutinadas. ⁽⁶⁾. nEn Campeche con base a reportes de la Dirección General de Informe y Evaluación de la Secretaría de Salud en el 2002, la prevalencia de la depresión es de 4.5% en mujeres y 2.1 % en hombres. ⁽⁴⁾

Los trastornos depresivos son afecciones comunes, persistentes y recurrentes en los pacientes de primer nivel de atención. Causan un sufrimiento considerable a los pacientes y a sus familias, y se asocian a pérdida de la productividad personal y aun marcado incremento en el riesgo de suicidio. Además, la presencia de depresión pone a la personas con condiciones co-mórbidas en un riesgo mayor de enfermedad y de muerte. Las personas con depresión gastan más tiempo con sus médicos, en sus consultas y utilizan más los servicios de salud. La importancia de identificar a los pacientes con depresión radica en la efectividad de la terapia temprana. El reconocimiento de la depresión es clave en la práctica general ya que si este desorden no es reconocido, no puede ser tratado. ⁽²⁹⁾

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en sus integrantes como depresión en el adulto, o lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes y siempre que estos aparezcan deben ser tomados como un indicador de disfunción familiar. ⁽¹⁰⁾

Jiménez Garcés en su estudio realizado en el estado de México, señala que la disfuncionalidad familiar tuvo correlación estadísticamente significativa con el estado de salud de los adolescentes, quienes adoptan conductas de riesgo para su salud y síntomas depresivos y baja autoestima. ⁽¹⁵⁾

En un estudio descrito por Brazelton, Greene y Gynther se detectó que las mujeres que se dedican a las labores del hogar tiene un menor nivel de estrés pero mayor depresión, Y por el contrario aquellas mujeres que adoptan roles masculinos como trabajar fuera de casa y ser proveedoras, obtienen niveles más bajos de depresión pero mayor estrés. ⁽⁹⁾

Debido a lo anterior se realiza el presente trabajo para ofrecerle a las mujeres jóvenes con y sin depresión de Hopelchén una atención integral a la familia, y en lo posible evitar la cronicidad y recurrencia o agravamiento de la enfermedad depresiva.

Objetivos

Objetivo general

Determinar si existe diferencia en la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con o sin depresión de 15 a 35 años de la U.M.F. 8 de Hopelchén.

Objetivos específicos

1. Identificar los niveles de depresión.
2. Identificar los grados de disfunción conyugal.
3. Identificar el tipo de comunicación en las mujeres con y sin depresión.
4. Conocer la frecuencia de adjudicación y asunción de roles.
5. Identificar la satisfacción sexual en las mujeres con y sin depresión.
6. Identificar las manifestaciones de afecto en las mujeres en estudio.
7. Conocer como se lleva a cabo la toma de decisiones en las mujeres con o sin depresión.

Material y Métodos

Tipo de Estudio:

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

Diseño de la Investigación:

Transversal comparativo.

Población, lugar y tiempo:

70 mujeres con depresión y 70 sin depresión de 15 a 35 años que acudieron a la consulta de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No 8 de Hopelchén Campeche del 1ero de Abril al 31 de Mayo del 2011. Muestra no probabilística por cuota.

Variables:

Variable dependiente	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición
Disfunción Conyugal	Cualitativa nominal	La funcionalidad conyugal es la capacidad de la pareja para resolver conflictos derivados de sus acciones e interacciones.	Acciones e interacciones de la pareja en la convivencia conyugal. Medido con el cuestionario del subsistema conyugal de Chávez Aguilar.	Cualitativa nominal dicotómica

Variable Independiente	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición.
Depresión	Variable cualitativa nominal	Trastorno del estado de ánimo cuya característica principal es la alteración del humor	Estado de ánimo de tristeza y melancolía o pérdida de interés, por casi todas las actividades. Medida con la escala de autoevaluación de Zung	Cualitativa nominal dicotómica.
VARIABLES ALTERNAS	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Variable cuantitativa discreta.	Término usado para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	Años cumplidos al momento del estudio. Indicador: Edad en años. 15, 16, 17, 18,19.....etc.	Cuantitativa de razón.
Nivel Educativo	Variable cualitativa nominal.	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada.	Grado máximo de estudios de los sujetos al momento de la investigación. Indicador: Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura.	Cualitativa nominal politómica.

Selección de la muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuota.

Tamaño de la muestra:

Se calculó con la fórmula de la FAO, tomando como parámetro la prevalencia de la depresión en México del 4.5% con un nivel de confianza del 95% y un margen

de error del 5%; obteniendo un tamaño de muestra de 69 pacientes con depresión y 69 sin depresión. Sin embargo se estudió un 13 % más de las pacientes por pérdidas, quedando conformado cada grupo de 78 pacientes.

Fórmula:

$$N = \frac{T^2 P(100-P)}{D^2}$$

P= 4.5 prevalencia.

T²=2 Nivel de confianza.

D = 5 error tolerado.

Criterios de Inclusión:

- Mujeres de 15 a 35 años.
- Con y sin depresión.
- Que tengan pareja.
- Adscritas a la UMF8 de Hopelchén, Campeche.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres que presenten alguna enfermedad crónico degenerativa u oncológica.
- Embarazadas.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios mal llenados o incompletos.

Procedimiento para recolectar la información

Previó conocimiento y autorización de la dirección de la UMF8 de Hopelchén y del Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No. 1 con Unidad de Medicina Familiar de Campeche, se captaron a pacientes en edades entre 15 y 35 años que cumplieran con los criterios de inclusión y se convocó a una reunión en la Unidad de Medicina Familia No 8 de Hopelchén, durante el periodo de estudio, para explicarle en que consiste la investigación y su intervención en esta.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en un aula sin interferencias previa autorización y firma del consentimiento informado (anexo 1) asegurándoles la confidencialidad de los datos. En primer lugar se aplicó la escala de autoevaluación de Zung; al término se les aplicó el cuestionario para evaluar la función del subsistema conyugal de Chávez Aguilar.

El investigador permaneció durante el llenado completo del cuestionario para explicar las instrucciones del mismo y aclarar las dudas. Los datos recolectados fueron evaluados de manera independiente y a ciegas por el asesor metodológico, y se analizó con el paquete estadístico de S.P.S. Versión 15.

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva para las variables cuantitativas (edad) con media y desviación estándar y para los puntajes obtenidos se utilizó mediana y varianza. Para las variables cualitativas (depresión, disfunción del subsistema conyugal y escolaridad) se obtiene frecuencias simples.

La comparación entre los grupos se efectuó a través de estadística no paramétrica de Chi cuadrada.

Consideraciones éticas

Se informa que los datos recolectados durante el estudio son de carácter confidencial, como establece la declaración de Helsinki, en los apartados 22,23 y 24, señalando que la participación de las personas competentes debe ser voluntaria, deberá tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona y la confidencialidad de su información personal para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social, así como deberá recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de interés, afiliación institucional del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio y el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento.

Este estudio se considera una investigación con riesgo mínimo de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en el capítulo II, Artículo 17, categoría II: estudios prospectivos que emplean registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios. Se aplicará una prueba psicológica en la que no se manipulará la conducta del sujeto y se les solicita firma de consentimiento informado.

Resultados

En la consulta externa de medicina familiar de la UMF No. 8 de Hopelchén, Campeche, se entrevistaron a 250 mujeres en edades de 15 a 35 años, de las cuales fueron incluidas para este estudio 78 mujeres con depresión, y se seleccionó el mismo número para el grupo de comparación que reunieron los criterios de selección. Los grupos fueron comparables con respecto a la edad, excepto por el diagnóstico de depresión, obteniendo un total de 156 encuestas.

El promedio de edad fue de 26.3 con una desviación estándar de 5.9. La edad más frecuente en el grupo con depresión fue de 35 años, en tanto que en el grupo de mujeres sin depresión fue de 23 años.

El análisis de los resultados, mostró que el mayor porcentaje de pacientes con depresión, (39.7%) tienen escolaridad primaria y las pacientes sin depresión presentan un nivel de escolaridad más alto (48.7%) con secundaria. (Tabla 1).

En lo referente a los resultados obtenidos en las encuestas para las variables depresión y disfunción conyugal, se observó que las pacientes con depresión tienen un mayor porcentaje de disfunción en un 64.1% a diferencia de las pacientes sin depresión quienes presentan disfunción conyugal solo en el 17.9%. (Gráfica 1)

Según los datos capturados en cuanto al tamizaje de la depresión, predominó el grado leve con 88.5%, la depresión moderada se registró en un 10.3% y la grave solo en el 1.3%. (Gráfica 2). En cuanto a los grados de disfunción del subsistema conyugal, prevaleció la disfunción moderada en 47.4% en las pacientes con depresión, a diferencia de las pacientes sin depresión que la mayoría tenía parejas funcionales en 82.1%. (Gráfica 3).

Para las funciones específicas del subsistema conyugal que fueron evaluadas en este estudio, tenemos que la comunicación directa siempre prevaleció en ambos grupos de pacientes con 88.5% en las pacientes sin depresión y 55.1% en las pacientes deprimidas. A diferencia de la comunicación clara que predominó en el grupo de las pacientes sin depresión en un 64.1%, en cambio las pacientes con depresión tuvieron comunicación clara siempre solo en el 30.8%. Mientras que la comunicación congruente fue en su mayoría ocasional con un 51.3% en las pacientes con depresión a diferencia de las pacientes no deprimidas donde predominó la comunicación congruente siempre en 64.1%. (Gráfica 4 y 5).

Respecto a la asunción y adjudicación de roles, en el grupo de pacientes con depresión, el rol congruente no se presentó en el 2.6%, fue ocasional en el 50% y siempre en un 47.4%, en tanto que en el grupo sin depresión predominó la congruencia de rol en 80.8%, fue ocasional solo en un 17.9% y no hubo congruencia de roles en el 1.3%.

Los roles satisfactorios se observaron con predominio en las mujeres sin depresión en un 64.1%, en cambio las pacientes deprimidas en su mayoría 57.7% solo ocasionalmente estaban satisfechas con las adjudicación de roles. Aunque cabe señalar que donde existe mayor dificultad en la funcionalidad conyugal es en la flexibilidad para el intercambio de roles, ya que el grupo de pacientes con depresión tiene roles flexibles siempre solo en un 17.9%, ocasionalmente en un 55.1% y nunca en un 26.9%. Así como también en el grupo de pacientes sin depresión la flexibilidad de rol se encuentra de manera ocasional en 50%, siempre solo en el 43.6% y nunca en un 6.4%. (Tabla 2)

Para abordar la función de satisfacción sexual se tomaron dos parámetros la satisfacción en la frecuencia de las relaciones sexuales y la satisfacción en la calidad de la relación. Fue evidente que para las mujeres sin depresión, tanto en la frecuencia como en la calidad de las relaciones sexuales fue siempre satisfactoria en un 75.6%; en cambio para las mujeres con depresión solo de manera ocasional estaban satisfechas, en la frecuencia de las relaciones con un 48.7%, es importante señalar que en estas pacientes un elevado porcentaje (23.1%) nunca estuvo satisfecha con la frecuencia de la actividad sexual y en la calidad el 64.1% estaba satisfecha solo ocasionalmente. (Gráfica 6).

Otra de las importantes funciones del subsistema conyugal evaluadas en el estudio fue el afecto, a través de las manifestaciones físicas, la convivencia de la pareja, el interés por la superación y la reciprocidad. Con respecto a las manifestaciones físicas se encontró que el 48.7% de las mujeres deprimidas

ocasionalmente perciben de su pareja las manifestaciones de afecto, por el contrario en el grupo de comparación el 74.4% siempre sienten que sus parejas les brindan afecto. En cuanto a la calidad de la convivencia de las parejas esta es siempre satisfactoria en un 73.1% en las pacientes sin depresión y en las pacientes deprimidas ocasionalmente (55.1%).

Otro punto evaluado para la función de afecto es el interés por el desarrollo de la pareja donde fue muy evidente que en el grupo de pacientes con depresión, éste nunca estuvo presente en el 41 %, en cambio en las pacientes sin depresión siempre existió interés por el desarrollo de la pareja en un 60.3%. Así como también en el grupo de pacientes con depresión el 52.6% ocasionalmente percibió reciprocidad en las manifestaciones de afecto, por lo contrario en las pacientes no deprimidas, siempre hubo reciprocidad en el 78.2%. (Tabla 3). Por último, en la toma de decisiones en ambos grupos predominó siempre la toma conjunta de decisiones, 62.8% en las pacientes con depresión y, 80.8% en las mujeres sin depresión. (Gráfica 7).

Para determinar la diferencia de la disfunción conyugal entre las mujeres con y sin depresión se realizó estadística no paramétrica de Chi Cuadrada. En donde se confirma que si existe diferencia en la disfunción del subsistema conyugal entre los grupos (Chi Cuadrada de 34.33 y $p = 0.0001$). (Tabla 4).

Tabla 1

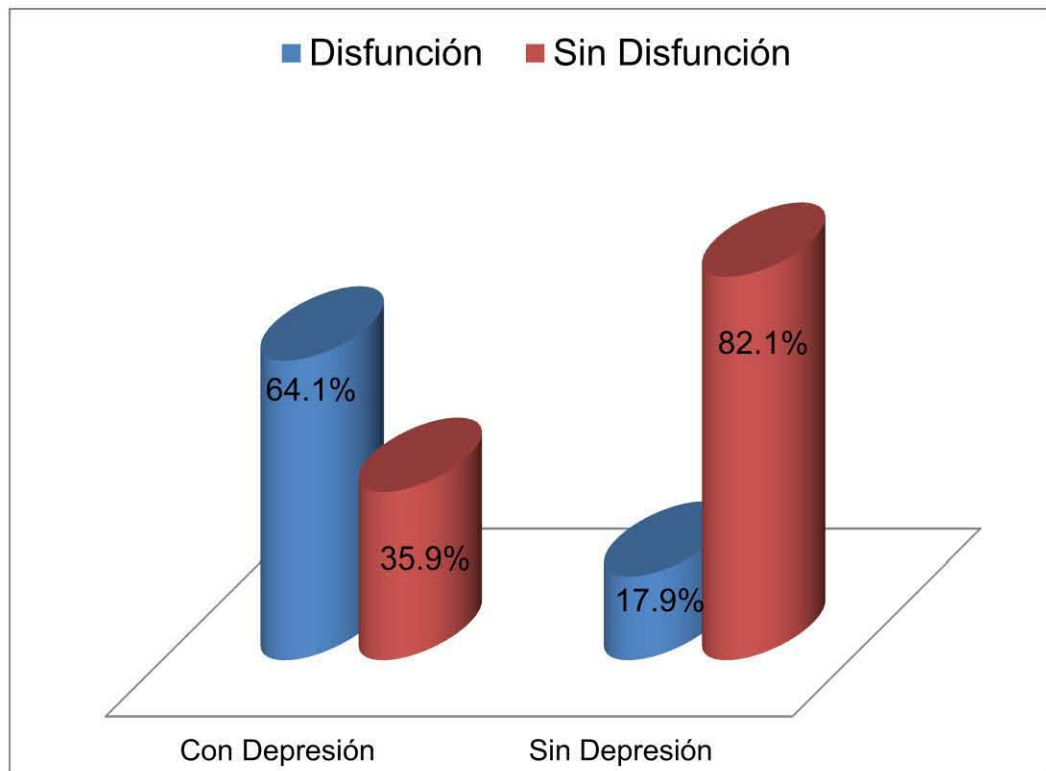
Escolaridad en mujeres con y sin depresión

	Escolaridad				
	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura
Depresión	2.6%	39.7%	33.3%	20.5%	3.8%
Sin depresión	1.3%	16.7%	48.7%	26.9%	6.4%

La tabla 1 muestra los porcentajes de los niveles de escolaridad en las mujeres con y sin depresión

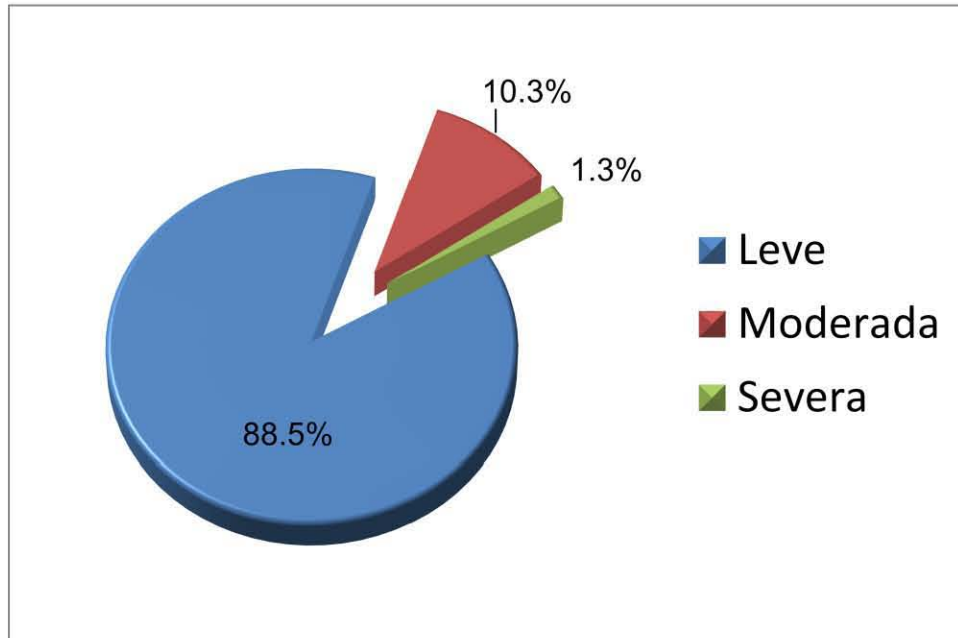
Gráfica 1

Disfunción familiar en mujeres con depresión y sin depresión



La gráfica 1 representa la frecuencia de disfunción familiar

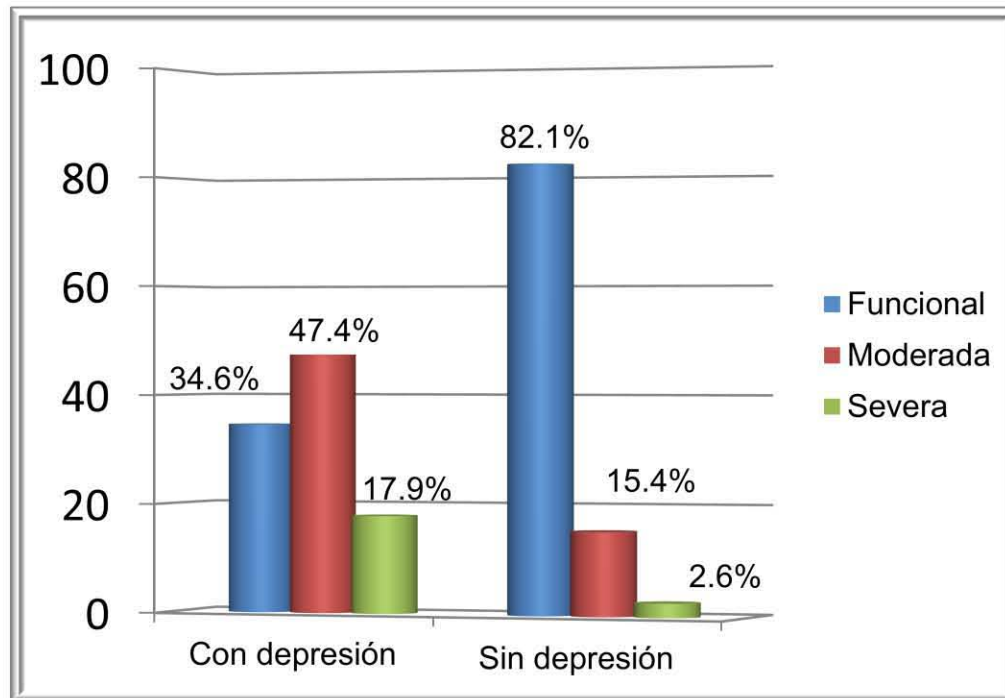
Gráfica 2
Grados de Depresión



Fuente: datos de obtenidos del Cuestionario de Zung.

Gráfica 3

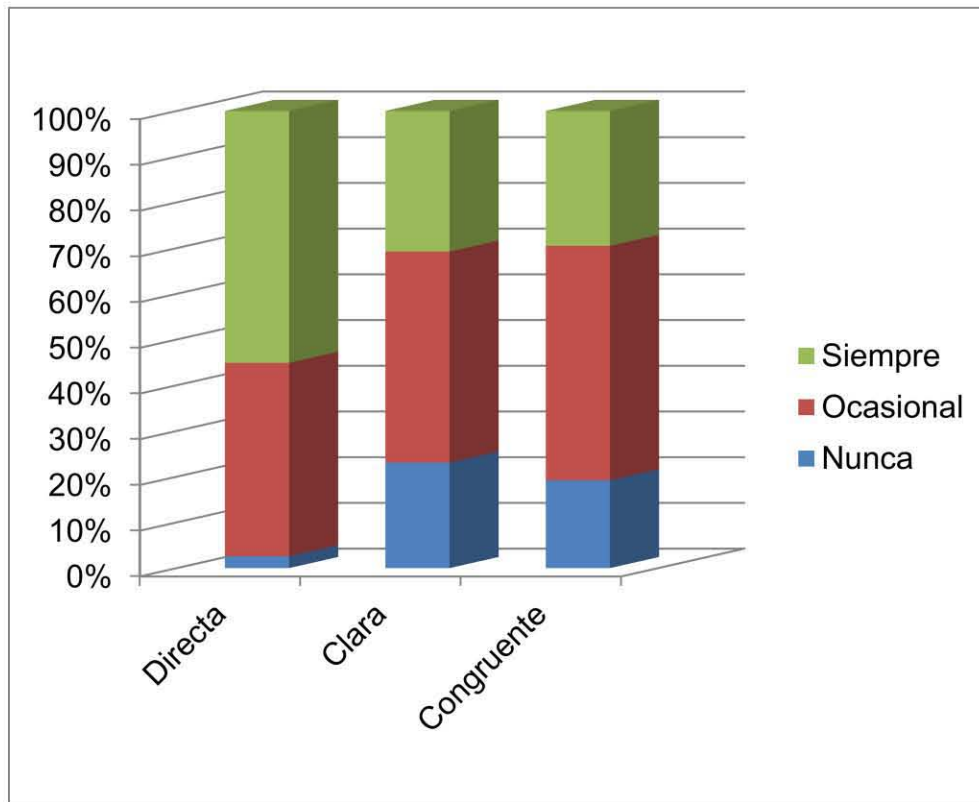
Grados de disfunción conyugal



La gráfica muestra la frecuencia de los grados de disfunción conyugal en mujeres con y sin depresión

Gráfica 4

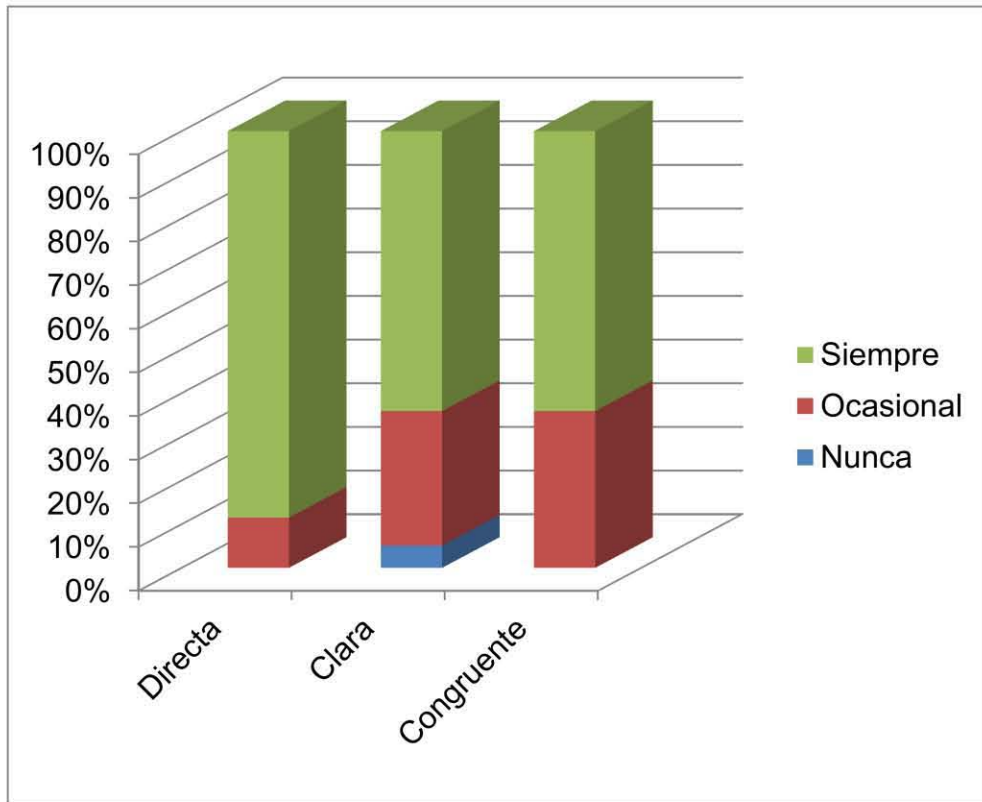
Comunicación en pacientes con depresión



En la gráfica se observa la frecuencia del tipo de comunicación en mujeres con depresión

Gráfica 5

Comunicación en pacientes sin depresión



En la gráfica se observa la frecuencia del tipo de comunicación en mujeres sin depresión

Tabla 2

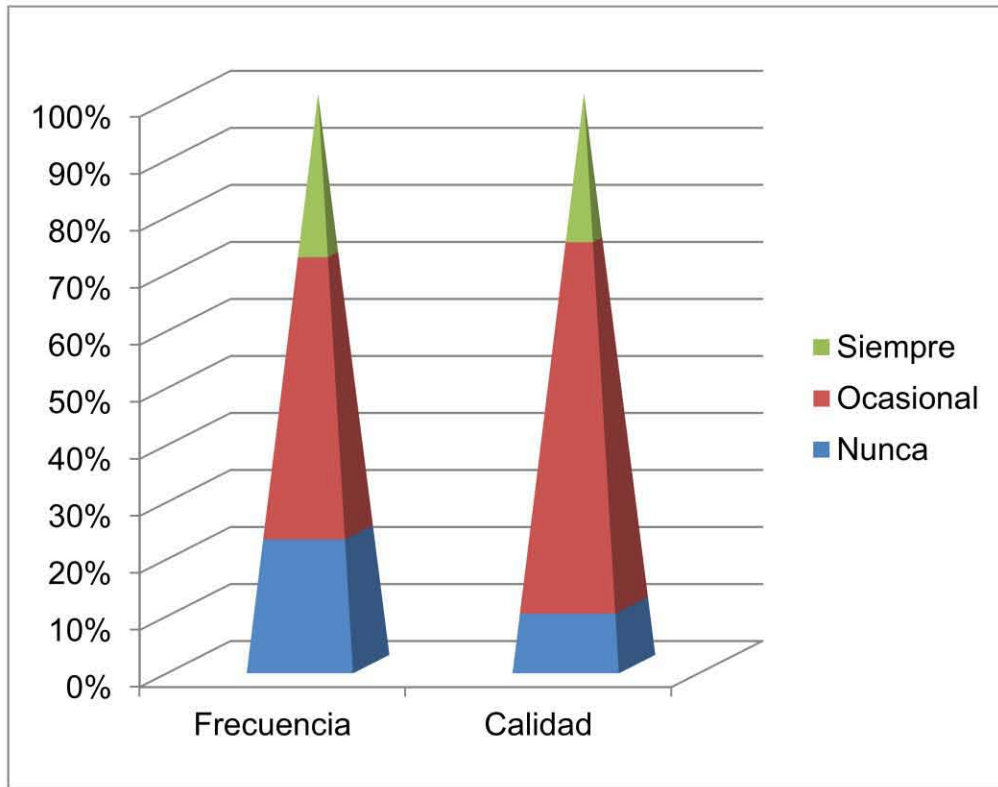
Asunción y adjudicación de roles

Roles		Con depresión	Sin depresión
Congruente	Nunca	2.6%	1.3%
	Ocasional	50%	17.9%
	Siempre	47.4%	80.8%
Satisfactorio	Nunca	9%	1.3%
	Ocasional	57.7%	34.6%
	Siempre	33.3%	64.1%
Flexible	Nunca	26.9%	6.4%
	Ocasional	55.1%	50%
	Siempre	17.9%	43.6%

La tabla representa la frecuencia de asunción y adjudicación de roles en mujeres con y sin depresión

Gráfica 6

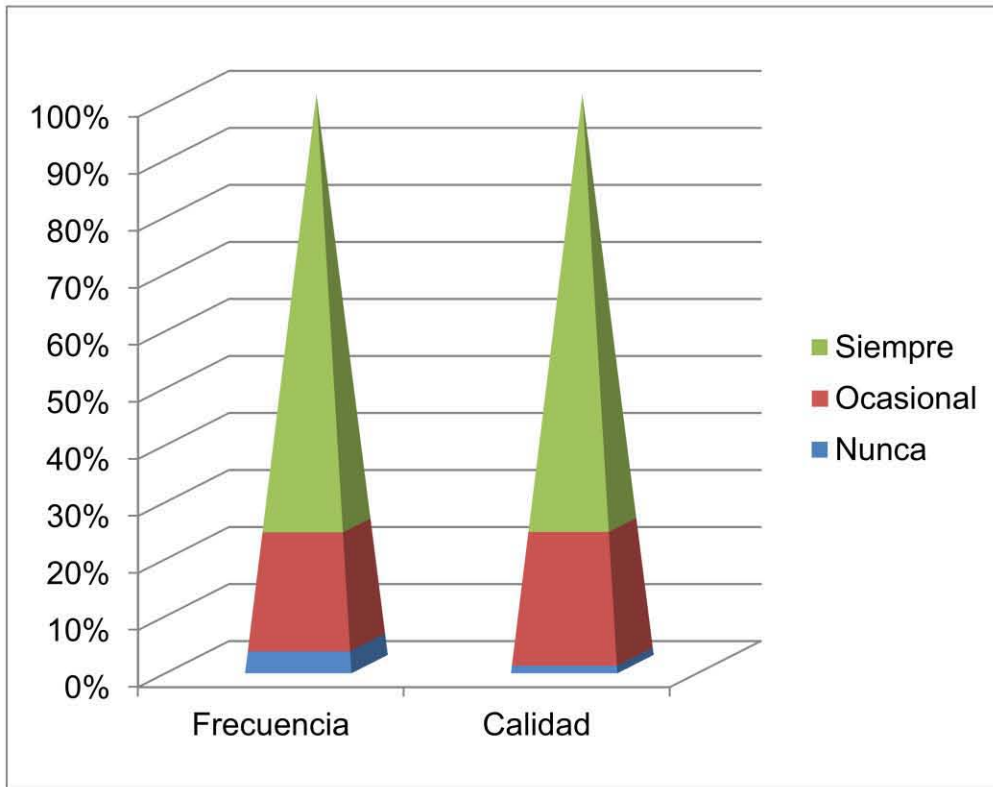
Satisfacción sexual en mujeres con depresión



En la gráfica se muestra el porcentaje de la satisfacción sexual en cuanto a la frecuencia y calidad

Gráfica 7

Satisfacción Sexual en mujeres sin depresión



En la gráfica se muestra el porcentaje de la satisfacción sexual en cuanto a la frecuencia y calidad

Tabla 3

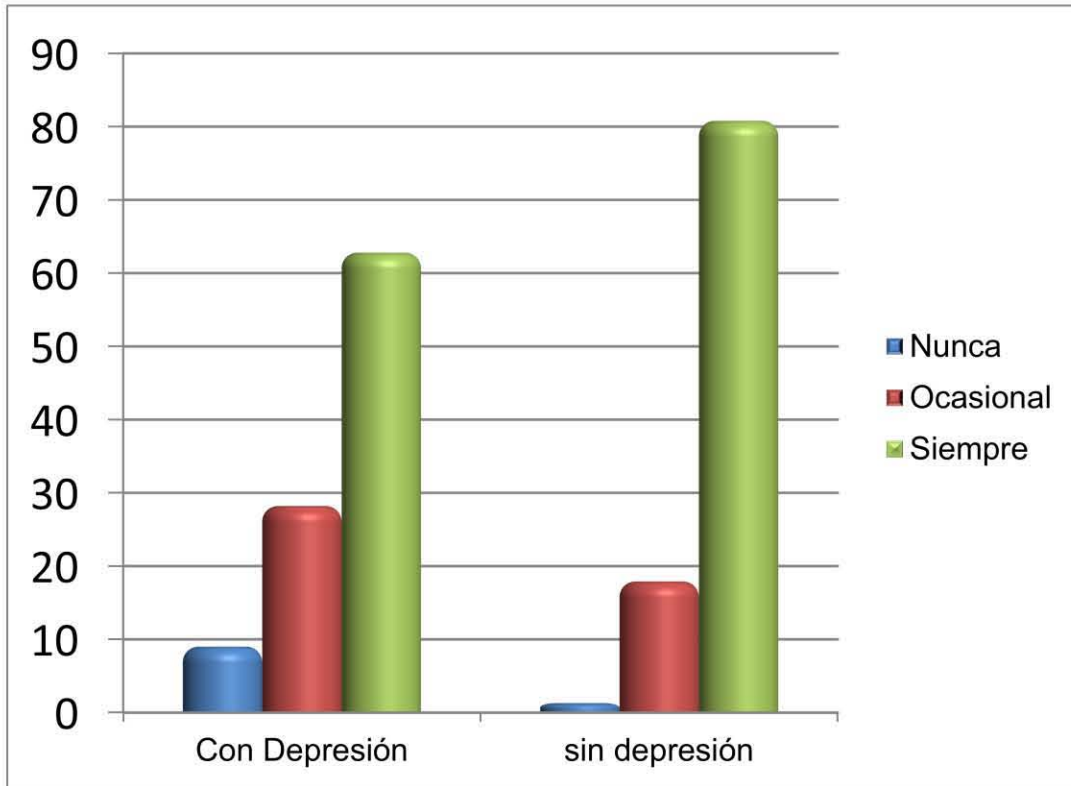
Afecto en el subsistema conyugal

Afecto		Con depresión	Sin depresión
Manifestaciones físicas	Nunca	3.8	2.6
	Ocasional	48.7%	23.1%
	Siempre	47.4%	74.4%
Convivencia	Nunca	15.4%	3.8%
	Ocasional	55.1%	23.1%
	Siempre	29.5%	73.1%
Interés	Nunca	41%	9%
	Ocasional	29.5%	30.8%
	Siempre	29.5%	60.3%
Reciprocidad	Nunca	2.6%	1.3%
	Ocasional	52.6%	20.5%
	Siempre	44.9%	78.2

La tabla representa la frecuencia de las manifestaciones de afecto

Gráfica 7

Toma de decisiones



Esta gráfica representa la frecuencia en la toma de decisiones en forma conjunta

Tabla 4
Test de Chi cuadrada

	Valor	G L	Significancia
Chi cuadrada	34.33	1	0.0001
Corrección continuas	32.45	1	0.0001
Prueba exacta de Fisher	34.11	1	0.0001

Discusión

La funcionalidad conyugal como ya se ha mencionado es una base importante para el desarrollo familiar, y es estructurante para la personalidad de sus integrantes, principalmente para los hijos, ya que este subsistema sirve como pilar y modelo para los demás subsistemas, por tanto al verse alterado en sus funciones, pueden presentarse múltiples manifestaciones como violencia familiar, maltrato infantil o síntomas somáticos tales como ansiedad y depresión

Algunos estudios han reportado a la disfunción conyugal como un probable factor de riesgo para la depresión, principalmente en las mujeres menores de 40 años (Peralta Pedrero), esta situación no es distinta a la encontrada en nuestro estudio donde corroboramos que la disfunción en el subsistema conyugal es mayor en las mujeres con depresión (64%) que en las no deprimidas (17.9%), y la edad más frecuente en las mujeres con depresión fue de 35 años.

En la mujer, la depresión se relaciona con múltiples factores entre ellos los psicosociales, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja. La forma de crianza o las expectativas del rol sexual pueden contribuir al desarrollo de esas características. Parece que los patrones de pensamiento negativo se desarrollan típicamente durante la niñez o la adolescencia. La crianza tradicional de las niñas puede desarrollar estas características y puede ser un factor en la alta tasa de depresión en las mujeres.

Entre los factores protectores se encuentra los recursos de apoyo social, de ellos el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la función familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos, y viceversa. Las creencias religiosas conforman el 16 por ciento de todos los factores que contrarrestan a la falta de esperanza, y debido a que ésta puede causar y acompañar a la depresión. Otros factores que contrarrestan a la falta de esperanza son el género, la predisposición genética y la situación socio-demográfica de la persona. La gente que ve al mundo con falta de esperanza está más predispuesta a la depresión. Este tipo de información podría ayudar a los tratamientos de las personas depresivas utilizando las creencias religiosas del individuo para ayudar en su recuperación.

En el caso de nuestra población de estudio se trata de una comunidad semi-rural, donde las mujeres tienen un menor acceso a la educación y por lo general se casan a edad temprana y se dedican a las labores del hogar. Miranda Bernal G (2004) menciona que las mujeres que se dedican a las labores del hogar tienen un menor nivel de estrés pero mayor depresión y, por el contrario aquellas mujeres que adoptan roles masculinos como trabajar fuera de casa y ser proveedoras, obtienen niveles más bajos de depresión pero mayor estrés. En nuestro estudio podemos confirmar que las mujeres con un menor nivel de estudios presentan mayor prevalencia de depresión, es decir el 39.7% de las mujeres con depresión tienen escolaridad primaria, en comparación con las no deprimidas que cuentan con secundaria en un 48.7%.

La perspectiva de género, aplicada al estudio de la depresión, ha puesto en evidencia la importancia de los factores socioculturales, así como los diversos espacios (individuo, familia y comunidad) en los que dicha construcción sociocultural modifica la probabilidad de padecer depresión.

En un estudio realizado en Chiapas en una comunidad rural se reportó que de cada 10 mujeres entrevistadas 6 presentaban síntomas depresivos, predominando el grado leve de depresión, al igual que en nuestro estudio donde fue más frecuente el grado leve de depresión con 88.5%, la depresión moderada se presentó en un 10.3% y la grave en 1.3% y, en tanto a los grados de disfunción conyugal prevaleció la disfunción moderada en 47.4% en las pacientes con depresión a diferencia de las paciente sin depresión que la mayoría tiene parejas funcionales en 82.1%.

En los que respecta al desempeño de las principales funciones del subsistema conyugal abordadas en el estudio como la comunicación, la asunción y adjudicación de roles, la satisfacción sexual, el afecto y la toma de decisiones, algunas presentaron alteraciones significativas el alguno de sus parámetros de evaluación, en la comunicación predominó la comunicación directa en ambos grupos, aunque es evidente que la comunicación clara y congruente fue solo ocasional en las pacientes con depresión . En lo referente a los roles adquiridos por las parejas no existe mucha diferencia entre ambos grupos, en tanto que en la satisfacción sexual es muy evidente que la mujeres no deprimidas en su mayoría están siempre más satisfechas en cuanto a frecuencia y calidad.

Con respecto a las manifestaciones físicas se encontró que el 48.7% de las mujeres deprimidas solo de manera ocasional perciben de su pareja las manifestaciones de afecto, por el contrario en el grupo de comparación el 74.4% siempre sienten que sus parejas les brindan afecto, esto puede estar relacionado a la baja autoestima que por lo general esta presente en las mujeres con depresión.

Salazar y Cols., coinciden que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer los problemas que han afectado la interacción conyugal.

Conclusiones

En base a los resultados del estudio se puede concluir, que si existe diferencia en la disfunción del subsistema conyugal en las mujeres con depresión en comparación a las no deprimidas. En donde la frecuencia de disfunción del subsistema conyugal es mayor en las mujeres con depresión en un 64.1%.

Es importante mencionar que la comunidad estudiada es de tipo semi-rural, donde el acceso a la educación de las mujeres es limitado y sus expectativas sociales son la de casarse a temprana edad para dedicarse a las labores del hogar o salir de su sistema familiar, factores de riesgo estos para la presentación de patología depresiva, por lo tanto valdría la pena ahondar en dicho tema y correlacionar variables como el número de hijos, estado civil, ocupación, o incluso aplicar el cuestionario a ambos miembros del subsistema. Así como también sería adecuado en estudios subsecuentes utilizar un cuestionario con mayor fortaleza metodológica, pero que sea específico para evaluar el funcionamiento conyugal, ya que los existentes se tornan complejos para su aplicación por el número de reactivos y que no son exclusivos para el subsistema conyugal, como el FF-SIL o el inventario conyugal de Norton.

El resultado de este estudio nos da un panorama para hacer hincapié en el abordaje de los problemas de depresión en las mujeres que acuden a la consulta de medicina familiar en Hopelchén, desde un enfoque sistémico y reforzar en las funciones conyugales específicamente en la comunicación, la asunción de roles,

la frecuencia y satisfacción de las relaciones sexuales y el afecto, que son las que mayormente se ven afectadas en las mujeres con esta patología y de esta manera poder ofrecer un mejor tratamiento o incluso detectar factores de riesgo para minimizar el impacto de esta enfermedad y mejorar la funcionalidad del subsistema conyugal.

Bibliografía

1. Benjent C., & cols, La depresión con inicio temprano prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 2004; 417-423.
2. Remick. (. Dianosis and management of depression in primary care. *CMAJ* , 2002; 1253-1260.
3. Peralta Pedrero, M. L., & cols, Prevalencia de la depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* , 2000; 409-414.
4. Bello, M. . Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en Mexico. *Salud Pública Mexico* , 2005;s4-s9.
5. Medina Mora, M. E. . Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. *Salud Mental* , 2003;1-16
6. Leyva Jiménez, R. y. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mxicano del Seguro Social* , 2007; 225-232.
7. Nerea M. Psiquiatria.Estados depresivos, trastornos afectivos, desordenes del humor. Clasificación.http://apuntes.rincondelvago.com/depresión_4html. Salamanca 1998. Revisado octubre 2011.
8. Michael B. First. DSM-IV Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, ed 2009 Barcelona.

9. Miranda Bernal G. Estudio comparativo entre estrés y depresión en mujeres con un trabajo remunerado y mujeres que no tienen un trabajo remunerado Amas de casa. (8 de febrero 2004).

<http://www.uaemex.mx/faapauaem/docs/edesp/caminos%20hacia%20la%20equidad%202007/estudio.html>.

Recuperado el 17 de Octubre de 2011.

10. Lozano G. El anciano deprimido y su vivencia familiar. *Med. Fam.* 2000;1:145-148.

11. Gonzalez C. Teoría estructural de la familia. (Enero 2007). <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>.

Recuperado octubre del 2011; 1-4.

12. Herrera Santi, P. M., & Cols, La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 1997; 591-595

13. Salazar Colín, E., & cols. Disfuncion conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. *Archivos en Medicina Familiar*, 2005 ; 45-48.

14. Boo Vera, D., & cols. Influencia del consumo de alcohol en mujeres en la funcionalidad conyugal y familiar. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 2012; 1-8.

15. Jiménez Garcés, C., & cols. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. *Medicina Familiar y Atención Primaria*, 2010; 3-8.

16. Chávez Aguilar, V., & cols. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1994; 39-43.
17. Martínez Piñón, A., & cols. Existe correlación entre depresión y disfunción familiar en adultos mayores. *Revista Medica Chile*, 2009; 1642-1643.
18. Revilla, D. I., & cols. Utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Atención Primaria*, 1994; 73-76.
19. Mendoza Solís, L., & cols. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 27-32
20. Garay López, J., & cols. (5 de junio de 2005). <http://www.uaemex.mx/faapauaem/docs/edesp/caminos%20hacia%20la%20equidad%202007/index.html>.
- Recuperado el 22 de octubre de 2010
21. Díaz L. & cols. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung. *Colombia Médica*, 2005; 168-172.
22. Galicia Moyeda I, & cols. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 2009; 227-240.

23. Navia Rojas V. Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital obrero No.2 Caja Nacional de Salud. *Revista Médica Cochabamba*, 2009; 1-9.
24. Ramirez, C., & cols, Funcionalidad familiar y enfermedad crónica Infantil. (27 de mayo de 2006)
<http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf>
recuperado en noviembre 2011.
25. Vargas B., & cols. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 2004; 187-91.
26. Zavala González M., & cols. (15 de Abril del 2010) Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos.
<http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/47038/>
Recuperado el 17 de Octubre de 2010.
27. Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 1965; 63-70.
28. Murphy P. Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans. *Psychological Medicine*, 2001. 31, 803-814.
29. Rosales J, Gallardo R, Conde J. Prevalencia del episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas*, enero-abril 2005, vol 10 número 001, pp 25-36.

Anexo 1

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

No. de registro. _____

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación

Titulado:

**FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MUJERES JOVENES CON Y
SIN DEPRESION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE HOPELCHÉN,
CAMPECHE.**

El objetivo de este estudio es determinar si existe diferencia en la funcionalidad del subsistema conyugal en mujeres con o sin depresión de 15 a 35 años de la U.M.F. 8 de Hopelchén. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar dos cuestionarios el test de autoevaluación de Zung, y el cuestionario del subsistema conyugal de Chávez Aguilar.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. El investigador principal me a dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre del investigador principal

Nombre y firma del testigo

Anexo 2

Hoja de recolección de datos

Nombre: _____

No. De afiliación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Escolaridad: _____

Anexo 3

El instrumento de evaluación del subsistema conyugal propuesto por Chávez Aguilar ha tenido validación práctica desde 1990 IMSS, presentando un modelo en base a lo resultados observados en su aplicación y publicado en 1994 en la revista médica del IMSS. Su variante consiste en explorar la toma de decisiones como una de las funciones importantes de la pareja.

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

En el Cuadro I se presentan los criterios de evaluación del subsistema conyugal con su respectiva ponderación, y en el cuadro II se muestran los indicadores para evaluar cada una de las funciones por medio de escala evaluativa.

CUADRO I. EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

FUNCIONES	PARÁMETROS	CALIFICACIÓN ASIGNADA	%
I. Comunicación	a) Clara	10	30
	b) Directa	10	
	c) Congruente	10	
II. Adjudicación y asunción de roles	a) Congruencia	5	15
	b) Satisfacción	5	
	c) Flexibilidad	5	
III. Satisfacción sexual	a) Frecuencia	10	20
	b) Satisfacción	10	
IV. Afecto	a) Manifestaciones físicas	5	20
	b) Calidad de convivencia	5	
	c) Interés por el desarrollo de la pareja	5	
	d) Reciprocidad	5	
V. Toma de decisiones	a) Conjunta	15	15
	b) Individual	0	
	Total	100	100

CUADRO II. ESCALA EVALUATIVA.

	PONDERACIÓN		
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. Función de comunicación			
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	0	5	10
II. Función de adjudicación y asunción de roles			
a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III. Función de satisfacción sexual			
a) Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales	0	5	10
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. Función de afecto			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. Función de toma de decisiones			
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y propone que las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total observado como sigue:

0-40 Pareja severamente disfuncional.

41-70 Pareja moderadamente disfuncional.

71-100 Pareja Funcional.

Anexo 4

La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (Self.-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente en otras se hace referencia a “su situación actual”, o a la semana previa.

Interpretación

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En la bibliografía anglosajona se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

Ansiedad	≤ 50	(≤ 40 puntos)
Depresión leve	51-59	(41-47 puntos)
Depresión moderada	60-69	(48-55 puntos)
Depresión grave	> 69	(> 55 puntos)

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada, y el de puntuación total, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y cols. proponen los siguientes puntos de corte:

Ansiedad	< 35	(< 28 puntos)
Depresión leve	36-51	(28-41 puntos)
Depresión moderada	52-67	(42-53 puntos)
Depresión grave	> 68	(> 53 puntos)

ESCALA DE ZUNG PARA AUTOEVALUACIÓN

HOJA DE CALIFICACIÓN

INSTRUCCIONES:

Lea cada frase que a continuación se menciona y marque con una **X** la respuesta que mejor describa sus sentimientos.

	Ninguna o pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Lo más común todas las veces
1. Me siento abatido y melancólico	(1)	(2)	(3)	(4)
2. En la mañana me siento mejor	(4)	(3)	(2)	(1)
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Como igual que antes solía hacerlo	(4)	(3)	(2)	(1)
6. Todavía disfruto las relaciones sexuales	(4)	(3)	(2)	(1)
7. Noto que estoy perdiendo peso	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Tengo molestias de constipación estreñimiento	(1)	(2)	(3)	(4)
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Me canso sin hacer nada	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Tengo la mente tan clara como antes	(4)	(3)	(2)	(1)
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	(4)	(3)	(2)	(1)
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Tengo esperanza en el futuro	(4)	(3)	(2)	(1)
15. Estoy más irritable de lo usual	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Me resulta fácil tomar decisiones	(4)	(3)	(2)	(1)
17. Siento que soy útil y necesario	(4)	(3)	(2)	(1)
18. Mi vida tiene bastante interés	(4)	(3)	(2)	(1)
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Todavía disfruto con las mismas cosas	(4)	(3)	(2)	(1)