



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CURSO DE ESPECIALIZACION PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 47, SAN LUIS POTOSI**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES DERECHOHABIENTES
PORTADORAS DE SÍNDROME DE PENÉLOPE EN COMPARACIÓN CON LAS
QUE TIENEN PAREJA QUE COHABITE CON ELLAS EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE REYES, PERIODO ENERO-JUNIO
DEL 2012 EN SAN LUIS POTOSÍ.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

KARINA PAOLA LEIJA ROMERO

**DR. RAFAEL NIEVA DE JESUS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS, SEDE UMF NO 47 S.L.P.**

SAN LUIS POTOSI, SLP

2013



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 FAMILIAR EN MUJERES DERECHOHABIENTES
PORTADORAS DE SÍNDROME DE PENÉLOPE EN COMPARACIÓN
CON LAS QUE TIENEN PAREJA QUE COHABITE CON ELLAS EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLA
DE REYES, PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2012 EN SAN LUIS
POTOSÍ.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

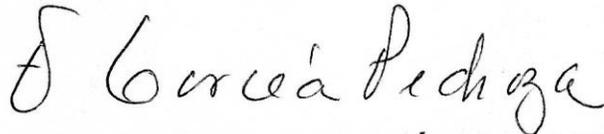
PRESENTA

DRA. KARINA PAOLA LEIJA ROMERO

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES DERECHOHABIENTES
PORTADORAS DE SÍNDROME DE PENÉLOPE EN COMPARACIÓN CON
LAS QUE TIENEN PAREJA QUE COHABITE CON ELLAS EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR # 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE REYES, PERIODO
ENERO-JUNIO DEL 2012 EN SAN LUIS POTOSÍ.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

KARINA PAOLA LEIJA ROMERO

AUTORIZACIONES LOCALES:

DR. MIGUEL ANGEL MENDOZA ROMO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION SAN LUIS
POTOSI

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ SÁNCHEZ
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN SAN LUIS
POTOSÍ

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF NO 47 DEL IMSS EN SAN LUIS POTOSI

DR. RAFAEL NIEVA DE JESUS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS, SEDE UMF 47 S.L.P

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS, SEDE UMF 47 S.L.P

SAN LUIS POTOSÍ., S/ L. P. 2013



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES DERECHOHABIENTES
PORTADORAS DE SÍNDROME DE PENÉLOPE EN COMPARACIÓN CON
LAS QUE TIENEN PAREJA QUE COHABITE CON EllAS EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR # 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE REYES, PERIODO
ENERO-JUNIO DEL 2012 EN SAN LUIS POTOSÍ.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

KARINA PAOLA LEIJA ROMERO

ASESORES:



DRA. LORRAINE FERRAZAS RODRIGUEZ
MAESTRIA EN DOCENCIA SUPERIOR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.5 I.M.S.S.
ASESOR METODOLÓGICO



DR. HÉCTOR DE JESÚS ANDRÁDE RODRIGUEZ
MAESTRIA EN INVESTIGACION CLINICA
DIPLOMADO EN PROFESIONALIZACIÓN DOCENTE NIVELES I Y II
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.45 I.M.S.S
ASESOR ESTADISTICO



DR. ANTONIO LEIJA MARTINEZ
DOCTOR EN DERECHO SOCIAL. ESPECIALIDAD EN SOCIOLOGIA
MAESTRIA EN DERECHO. INVESTIGADOR NIVEL VI
ASESOR CLINICO

SAN LUIS POTOSÍ., S. L. P. 2013





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2402
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 14/02/2012

M.C. HÉCTOR DE JESÚS ANDRADE RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES DERECHOHABIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DE PENÉLOPE EN COMPARACIÓN CON LAS QUE TIENEN PAREJA QUE COHABITE CON ELLAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE REYES, PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2012 EN SAN LUIS POTOSÍ.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-2402-5

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA GUADALUPE SALINAS CANELARIA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

14/02/2012

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres

Antonio y Esperanza, ejemplo de rectitud, honestidad y trabajo, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, y sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mi hermana

Karla, en ti tengo el espejo en el cual me quiero reflejar, pues tus virtudes infinitas en el ámbito profesional y personal me llevan a admirarte cada día más. Gracias Dios por darme la mejor de las hermanas.

Vladimir, porque ya eres parte de la familia y eres como un hermano, infinitas gracias por todo tu apoyo.

A mi esposo

Manolo, gracias por ser parte muy importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, por tu paciencia y amor incondicional.

A mis maestros

En especial al Dr. Rafael Nieva de Jesús por su apoyo y dedicación, por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad.

A mis amigos

Coco, Lalo, Renedo, Iván y Felipe, por su apoyo y comprensión, por haber hecho de esta etapa un trayecto de vivencias que no olvidaré.

INDICE

1	Introducción	10
2	Marco Teórico	13
3	• Migración e inmigración	13
4	• Migración en México	14
5	• Síndrome de Penélope	16
6	• Familia del migrante	18
7	• Estructura familiar	20
8	• Funcionalidad familiar	23
9	• Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar	27
10	Planteamiento del problema	30
11	Justificación	32
12	Objetivos	34
13	Hipótesis	35
14	Material y métodos	36
15	Consideraciones éticas	38
16	Instrumentos de evaluación	40
17	Definición operacional de variables	41
18	Procedimientos	43
19	Cronograma de actividades	45
20	Resultados	46
21	Discusión	54
22	Conclusiones	57
23	Sugerencias	59
24	Bibliografía	61
25	Anexos	65

RESUMEN

¹Leija Romero KP, ²Andrade Rodríguez HJ, ³Terrazas Rodríguez L, ⁴Leija Martínez A.

¹Residente del primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, UMF No 47.

²Medico Familiar, Maestría en Investigación Clínica, Diplomado en Profesionalización Docente niveles I y II, UMF 45.

³Medico Familiar, Maestría en Docencia Superior UMF 07

⁴Dr. en derecho Social, Especialidad en sociología, Maestría en derecho, Investigador Nivel VI UASLP.

En las últimas décadas el fenómeno migratorio ha ido en aumento debido a la complejidad del modelo de desarrollo económico globalizado que ha incursionado en casi todo el mundo. Según las cifras oficiales en nuestro país la condición de pobreza se ha agudizado y con ello ha generado múltiples problemas sociales, entre ellos factores de riesgo para la salud mental con efectos psicológicos negativos que pueden derivar en patologías. Siendo el Síndrome de Penélope un estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos, generalmente tres o más, en mujeres esposas de migrantes.

OBJETIVO GENERAL Comparar la cohesión y adaptabilidad familiar de las mujeres derechohabientes portadoras del Síndrome de Penélope sin cónyuge cohabitante respecto las mujeres cuyo cónyuge cohabita con ellas.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, transversal, analítico y comparativo, en dos grupos de 30 mujeres; uno con cónyuge que vive en el hogar y otro con cónyuge migrante, bajo muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando estadística descriptiva e inferencial con chi cuadrada.

RESULTADOS: Las mujeres con esposo tuvieron una cohesión en su mayoría aglutinada (53.1%), respecto al grupo de mujeres sin esposo (29.7%) mostrando significancia ($p = <0.05$). Sin embargo el grupo de mujeres con esposo tienen una cohesión relacionada de 17.2%, lo cual es menor al 31.3% de las mujeres sin esposo ($p = <0.05$). Respecto a la adaptabilidad; las mujeres que viven con su cónyuge tienen un 35.9 % de flexibilidad respecto el 28.1% de las mujeres sin cónyuge ($p = <0.05$). A su vez las mujeres que viven con su cónyuge son menos estructuradas (21.9%) que las mujeres sin cónyuge (42.2%), mostrando una significancia estadística ($p = <0.05$).

INTRODUCCIÓN.

La migración en México es un fenómeno que ha estado presente a lo largo de nuestra historia desde las ventas del territorio mexicano a los Estados Unidos de Norteamérica en el siglo XIX, teniendo como base los tratados de Guadalupe – Hidalgo (1848) y la Mesilla (1853). Considerándose desde sus inicios un fenómeno histórico compartido por ambos países a lo largo de su frontera común, una de las más grandes del mundo. Este fenómeno ha sido motivo de discusión en pro y contra en ambos países, y ha impactado en muchos aspectos de la vida y la dinámica de sus ciudadanos^{1, 2}.

La migración estuvo sustentada en un aspecto meramente económico, principalmente comprendido el ramo agrícola. En un principio era normal que se permitiera el acceso tanto al trabajador como a su familia y de esta forma los trabajadores podían permanecer juntos con los suyos y mantener su estructura familiar tradicional.

Al mismo tiempo que preservaban su estructura familiar también lo hacían con la cultural, hecho que hizo surgir inconformidad en la cultura anfitriona, originando a la postre, en el país receptor el rechazo hacia los migrantes. Por esta razón a mediados de los años 20's del siglo pasado se pusieron los primeros obstáculos a los migrantes y el esquema del migrante y su familia empezó a generar nuevos patrones³.

A raíz de la depresión económica de 1929 en los Estados Unidos se detuvo todo paso migratorio para los mexicanos y mientras duró la crisis no hubo inmigración y si una oleada masiva de connacionales que regresaron con sus familias a México.

Para los años 40's Estados Unidos de Norteamérica necesitó mano de obra pues sus hombres se encontraban peleando en la segunda guerra mundial. Y en esta década comienza el esquema actual del migrante mexicano con el programa bracero. Dicho programa fue implementado por presión del gobierno americano pero en sus cláusulas solo pedía mano de obra masculina en lo general y no quería que emigraran las familias completas como en el siglo anterior. De este programa nace la conformación de la familia del migrante mexicano actual, donde el hombre y sostén de la casa se va y deja a su mujer e hijos atrás. Así pues los que se quedan tienen que modificar sus roles funcionales en la familia para sustituir al miembro que falta ^{4,5}.

En este contexto de migración masculina, la mujer ve trastocado el lugar que tradicionalmente le correspondía, su espacio privado es ahora público pues en muchos casos ha suplido al hombre en los espacios que ocupaba. Suplen ahora al esposo en la comunidad y por ello se ven inmersas en nuevos esquemas de organización y participación tanto fuera como dentro de la familia. Al participar y suplir el rol masculino adquieren más independencia para la solución de problemas también y con ello nace para la mujer el mote de la esposa del migrante ⁶.

En relación a lo anterior se puede ver que en el contexto social y familiar mientras que para el hombre la migración es parte de una hazaña que reafirma su rol de masculinidad y proveedor, a la mujer socialmente se le clasifica como parte de sacrificio y espera o resignación. Precisamente a este sentir de sacrificio, deber, espera y nuevas cargas se le conoce en el campo de la medicina como el Síndrome de Penélope por su semejanza a la esposa del griego Ulises y las penurias que paso a la espera de su esposo ^{7, 8, 9, .}

Todo este nuevo bagaje bio-psico-social para la mujer, pareja de un migrante, implica presiones y trabajo extra a su rol tradicional de ama de casa y organizadora del hogar. Y este nuevo esquema desde luego que repercute en su salud tanto mental como física. Sería conveniente plantearnos ¿Hasta qué punto le afecta a su salud en el entorno al que antes se hace referencia? Ésta y otras cuestiones se trataran en el presente trabajo.

MARCO TEÓRICO

MIGRACIÓN E INMIGRACIÓN

La migración es en la actualidad un fenómeno que atañe a todo el mundo. Y repercute en todos los aspectos de la vida de una nación tanto económicos como sociales y culturales. Se entiende por migración al desplazamiento de la población o los individuos de un lugar de origen a otro destino con el fin de cambiar la residencia ya sea en forma temporal o definitiva. A nivel mundial se ha incrementado esta manifestación en los últimos 50 años pasando de 75 millones de personas en los 60's a casi 200 millones en el 2005. Una vez que se realiza el traslado de personas y se alojan en el país destino se pasa de ser migrante a ser inmigrante: es decir la persona que permanece en otro país distinto al de su origen por estadías.^{10, 11}.

La gran mayoría de los migrantes a nivel mundial se enfocan hacia los Estados Unidos de Norteamérica como su destino principal. Otros destinos por sus condiciones sociales y económicas son Rusia, Alemania y Arabia Saudita entre otros. Tan solo en el 2005 el vecino del norte sobrepaso por más del doble a Rusia quién ocupó el 2º lugar^{12, 13}.

Siendo México vecino de Estados Unidos es normal que nuestro país este entre los primeros lugares con inmigrantes en el norte. Este crecimiento se vislumbra en el crecimiento exponencial de 1970 al 2005; donde los migrantes mexicanos pasaron de ser el 8.4% del total de migrantes en Norteamérica al 29%, es decir se multiplicó más de 12 veces en total de 800,000 a más de 11 millones hoy en día. De las décadas representadas en este lapso la de los 90's fue la más significativa ya que se incorporaron más de 5 millones de mexicanos a los ya existentes en el país vecino¹⁴.

MIGRACIÓN EN MÉXICO.

La historia de la migración de mexicanos hacia Estados Unidos data de fines del siglo XIX; la cercanía geográfica por compartir una frontera de poco más de 3,000 kilómetros y la oferta de empleo al ser una de las potencias económicas en el mundo, contribuyen y estimulan el incremento de la movilidad migratoria, sobre todo la de carácter indocumentado. Asimismo, las redes sociales, comerciales, familiares y culturales que se han ido construyendo con el paso del tiempo entre ambos países, han propiciado que la experiencia migratoria se convierta en una tradición para gran parte de la población que compone la República Mexicana.³

La tradición migratoria en sus inicios se caracterizaba por ser circular, es decir, “de ida y vuelta”, sin embargo, a partir de la década de 1990 el fenómeno cambió de manera considerable. El número de mexicanos que han cruzado la frontera con la intención de quedarse a residir en Estados Unidos se ha incrementado como nunca antes y el tiempo en la estancia migratoria ha pasado de ser “de temporadas cada vez más prolongadas”. Tan solo en el año de 1990, casi 4 millones y medio de mexicanos residían en la unión americana, para el año 2000, prácticamente este número se duplicó pues llegaron a ser poco más de 9 millones.

1,2

Uno de los principales factores que ha contribuido a dicho cambio son las condiciones socioeconómicas por las que atraviesa México; la falta de un empleo bien remunerado y la escasez en la oferta laboral ha forzado a que miles y miles de mexicanos pretendan buscar mejorar su calidad de vida de forma indocumentada. En el año 2005, se estimó que la unión americana contaba con poco más de 37 millones de personas inmigrantes; de éstas alrededor de once

millones eran originarias de México, lo que las convierte en la primera minoría en esa nación.²

Independientemente de las causas que puede tener la emigración en México se puede ubicar con prontitud los estados mexicanos que más migrantes aportan. El primer lugar lo ocupa desde hace muchos años el estado de Jalisco seguido muy de cerca por Michoacán; en ambos estados se ubican más de 122000 y 116000 hogares con migrantes respectivamente. Les siguen en orden sucesorio los estados de Guanajuato, Veracruz, Distrito Federal, Puebla, Guerrero, Zacatecas y el estado de San Luis Potosí ocupa el 10mo lugar con mayor número de hogares con familiares en Estados Unidos. Esto significa para nuestro estado que el 8.7% de los hogares potosinos están relacionados con la migración ¹⁵.

Este tema ha sido abordado por distintas disciplinas (antropología, sociología, historia, etc.) y desde muy diversas ópticas (estudios de caso, historias de vida, registros observacionales, encuestas, entrevistas, etc.), generando un sinnúmero de información y construyendo una diversidad de conocimientos científicos al respecto, logrando entender quiénes migran, por qué lo hacen, de donde son originarios y hacia dónde van.

Los trabajos de investigadores mexicanos con una perspectiva psicosocial sobre el tema empezaron a aparecer apenas en el último año de la década de 1970. Sobresale la revisión documental de los aspectos teóricos donde se analizó la migración como un factor ambiental que afecta la salud mental de quien migra.³

No fue sino hasta casi 10 años después que se registraron algunos estudios empíricos que evalúan el impacto que trae la migración masculina en la familia,

particularmente en la mujer, quien es la que se queda, asume la responsabilidad del hogar y se ocupa de la búsqueda de un equilibrio en la organización y dinámica familiares; o la valoración clínica de los trastornos de estrés, depresión, ansiedad y síntomas psicósomáticos en las mujeres esposas de migrantes, que se quedan en México.^{4, 5, 6, 7}

SÍNDROME DE PENÉLOPE.

El término síndrome se ha utilizado para designar los trastornos caracterizados por series similares de síntomas etiológicamente no específicos. El término síndrome (de la palabra griega syndrome "simultaneidad") se definió tradicionalmente como un estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos, generalmente tres o más. Hacia mediados del siglo XX se amplió su significado para incluir también todos los estados patológicos caracterizados por una sintomatología compleja, hasta el punto que casi cualquier estado patológico puede calificarse ahora de *síndrome*. La utilización de la palabra solía tener un carácter provisional, con la esperanza de que una vez confirmado ese estado, se reemplazaría por un término más preciso.^{10,16}

Existen dos síndromes documentados relacionados con el fenómeno de la migración. Ambos tienen sus raíces en la leyenda escrita por Homero, relativa al viaje de Ulises. Donde a éste último le toma más de 20 años en viajar y regresar a su hogar. Y en constantes momentos de su travesía añora a su mujer, familia y reino. Mientras tanto su esposa Penélope queda en casa esperando a su marido y sufriendo el constante asedio de la sociedad que quería sus bienes. Enfrentando situaciones con su hijo y a cargo de la casa de su esposo. En la misma historia se puede ver el sufrimiento que conlleva la espera y el constante trabajo de hilvanar y

deshilar la prenda que prometió a los pretendientes terminar el día en que eligiera nuevo esposo¹⁷.

Por lo anterior es que al hombre migrante se le asocia con el síndrome de Ulises y en contraparte a la mujer se le une el mito de Penélope. Es decir la mujer que espera de manera permanente al marido ausente que promete regresar. Gustavo López Castro al igual que Rivera Heredia y su equipo, consideran que en el campo mexicano ese mito se arraiga y aparece con un especial matiz: se trata de “Penélopes de Rancho”, mujeres que a su manera también esperan, o que transforman la manera de vivir ese mito ^{18, 19}.

Concepto que actualmente se ve superado al ocurrir el efecto contrario, pues en los últimos años la migración hacia Estados Unidos y otros países se está originando en las grandes ciudades como Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey, y, en personas con preparación profesional.

La migración implica una “pérdida ambigua”. Por un lado, la gente y los lugares queridos están físicamente ausentes, y al mismo tiempo, están agudamente presentes en la mente del inmigrante. Por otro lado, la nostalgia y el estrés de adaptación pueden dejar a algunos miembros de la familia psicológicamente ausentes, aun cuando se hallen físicamente presentes. De acuerdo a la investigadora y doctora Celia Felicov, éste tipo de relaciones genera estados de confusión o indefinición que traen efectos psicológicos en los integrantes de la familia, como la sensación de inseguridad, ambivalencia e incertidumbre ²⁰.

FAMILIA DEL MIGRANTE.

Comencemos por la noción de familia, se reconocen como elementos básicos principalmente dos características de la familia que le dan naturaleza institucional: la primera porque establece las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer, y la segunda porque determina el reconocimiento de los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos. Es en la familia en la que transcurre la vida del individuo, y en ella también recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización²¹.

Dentro del estudio de la familia las corrientes científicas que han hecho importantes aportaciones para su definición y caracterización son: la socioantropológica, el psicoanálisis y la psicosociológica. Estas corrientes las podemos distinguir desde dos puntos de vista diferentes: el “macrosociológico” y el “microsociológico”. En el “macrosociológico”, la familia se estudia al tomar como referencia a la sociedad de manera global. Dentro de esta corriente se encuentran casi todos los antropólogos clásicos como Morgan, Taylor, Bachoffen y Mein, entre otros, y Freud desde el punto de vista del psicoanálisis, Durkheim desde el sociológico y Engels bajo la perspectiva del materialismo histórico. En cambio el punto de vista “microsociológico” en términos generales se ha desarrollado en el seno de la antropología británica; su representante principal es Malinowsky²².

Definir lo que es el concepto de familia no es una tarea fácil, dada la gran dinámica que presenta ésta en su evolución histórica y familiar. Sin embargo es necesario precisar su concepto para poder entender a qué nos referimos con funcionalidad familiar.

Para el instituto interamericano del niño la familia es “Un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad”. Esta definición abarca los elementos más importantes de este sistema de individuos²³.

La Real Academia de la Lengua Española, señala que por familia se debe de entender “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”¹⁰.

La Organización Mundial de la Salud, señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio“. En el Censo Canadiense se definió a la familia como aquella que consiste en un marido y una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo el mismo techo. En el Censo estadounidense, se reconoció como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o adopción.²⁵

El concepto de Familia desde la perspectiva del Médico Familiar “grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar

y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad”. Actualmente la familia, al igual que la sociedad, ha sufrido de múltiples cambios propiciados por las modificaciones en los patrones de trabajo y entretenimiento, de la vida social y de la cultural. El avance tecnológico ha generado mayores interconexiones entre las personas y lo que ocurre alrededor del mundo, por lo que cada vez se está expuesto a mayor información, así como a nuevos y diferentes estilos de vida, ideologías y valores. Existe un incremento en las tasas de divorcio y segundas nupcias, así como de nuevos acuerdos para vivir, lo cual ha implicado que cada vez la definición de qué es la familia y cuáles son sus funciones esté cambiando.²⁴

Cuando se quiere ver lo que pasa en las familias es necesario puntualizar varios factores tales como: valores, creencias, estructura jerárquica, triángulos que se forman, mitos que se comparten en cada subcultura a la cual cada familia pertenece. Pero cuando se trata de familias de migrantes, es necesario conocer, analizar y comprender la influencia de la cultura en su dinámica familiar y como responde ésta ante las múltiples situaciones por las que las familias atraviesan²⁵.

Es fundamental en este punto hacer un análisis del concepto de estructura familiar y las clasificaciones tradicionales que de ésta se tienen ya que la familia del migrante deberá ser estudiada desde nuevas y diferentes categorías si se quiere comprender su funcionalidad.

ESTRUCTURA FAMILIAR

Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar. Un elemento fundamental en el análisis de la estructura familiar es el denominado “principio estructural” el que según Laslett, reside en el lazo conyugal. Para que se integre una familia simple son necesarios por lo menos dos individuos relacionados por ese vínculo o que sean corresidentes a partir de ese vínculo ²⁶.

Actualmente se habla también de las sociedades de convivencia en el Distrito Federal y otros países.

Laslett clasifica la estructura de las casas en 5 categorías.

- 1.- Solitarios: viudos, solteros, o estatus marital desconocido.
- 2.- Sin familia: hermanastros corresidentes, parientes corresidentes de otro tipo, personas sin parentesco evidente.
- 3.- Casas familiares simples: parejas casadas solas, parejas casadas con niños, viudos con niños, viudas con niños.
- 4.- Casas familiares extendidas: extendidas hacia arriba, hacia abajo y lateralmente.
- 5.- Casas familiares múltiples: unidad secundaria descendente, secundaria ascendente, unidades todas en un solo nivel, Fréréches y otras familias múltiples.

Estructura familiar descrita por Irigoyen²⁷

- 1.- Familia nuclear: Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.
- 2.- Familia extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o afinidad.
- 3.- Familia extensa compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.

Existen diversas definiciones y clasificaciones de estructura familiar, para el presente estudio nos apegaremos a la propuesta por el estudio de Irigoyen.

Partiendo de la clasificación anterior nos enfocamos en el área de la migración. Los migrantes mexicanos, en palabras de López Castro, observan nuevas organizaciones familiares que se adicionan a las tradicionales; de este lado de la frontera, han aumentado los hogares integrados por abuelos y tíos cuidando a los hijos de padres que están trabajando en el extranjero. Y de aquel lado, se observan hogares integrados por personas con o sin lazos de parentesco, con distribución de roles operativos y emocionales. Destaca que con frecuencia la experiencia de que alguno o ambos padres vivan en Estados Unidos trae cambios en la participación del varón en las tareas familiares dentro del hogar, principalmente en temas como la alimentación y la limpieza, aunque el cuidado de los hijos permanece a cargo de las mujeres⁹.

Dentro del área en la que se ubica el presente estudio se cuenta con las estimaciones realizadas por el COESPO que indica que en la región centro rural del estado de San Luis Potosí la familia que predomina es de tipo extensa pues

aparte de los miembros nucleares es común que dentro de la familia viva algún familiar en especial mayor. ¹⁵¹⁶.

Estos nuevos roles y esquemas son semejantes a lo que se denomina como “familia flotante” o como “familia emocional”. Con el término de familia flotante se ubican las relaciones familiares en un continuo estado de fluido, es decir, en donde los lazos afectivos se incrementan y se dispersan constantemente (como podría darse con la interacción transnacional, y con las múltiples entradas y salidas de integrantes en el sistema). Por su parte, la familia emocional, es aquella integrada por las relaciones significativas aunque no sean de miembros de la misma familia o aunque casi no se vean (como estos hogares compartidos por conjuntos de migrantes con o sin parentesco) ²⁸.

Independientemente de los cambios externos que afectan a la familia, se puede ver que la familia del migrante que se queda en el país de origen es afectada por más elementos. Y en esta afectación y nuevos roles es donde las mujeres esposas del migrante debe de desarrollarse para sacar a flote a su familia.

Funcionalidad familiar

Para poder entender a qué nos referimos con “funcionalidad familiar” es necesario, conocer las funciones básicas de la familia, ya que el correcto cumplimiento de estas nos llevarán a un equilibrio que a su vez se refleje en una “familia funcional”.

Funciones de la familia ²⁹

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia ubicando al total como un todo o a la mayoría de ellas. Se reconocen las siguientes funciones:

- **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- **Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.**

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento estático de las familias, sino por el contrario, debe de ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Es un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia. La evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de dos premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación

integral del proceso salud- enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo³⁰.

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias, por otro lado, se han relacionado algunas variables que tienen que ver con el funcionamiento familiar y de las cuales sólo mencionaremos las siguientes:

- Estructura familiar: Ha sido planteada como una variable independiente de la serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.
- Aspectos socioeducativos y socioeconómicos: estos aspectos, según algunos autores, influyen en el funcionamiento o clima familiar, lo que incluye a los patrones de comportamiento y culturales que se pueden traducir en el ejercicio de roles y patrones de comunicación, entre otros
- Familia de origen: es considerada como una variable determinante en el funcionamiento de la nueva familia que forma el individuo.

Además de los indicadores mencionados, para entender la funcionalidad familiar, contamos con algunos modelos que tratan de explicarla, algunos de estos son³⁰:

Modelo de funcionamiento familiar de McMaster: es su marco teórico estudia el funcionamiento familiar: utiliza varias dimensiones para su comprensión, y considera a la familia como un sistema y un factor importante para determinar la salud emocional de los miembros de la familia como individuos: considera a la familia como un sistema interaccional, cuya estructura, organización y patrón transaccional determinan y modelan la conducta de sus miembros.

Modelo circunflejo de Olson: trata de evaluar dos dimensiones (dos ejes) de funcionamiento en un sistema de relación: cohesión y adaptabilidad. La cohesión se define por "lazos emocionales que cada miembro de la familia desarrolla con otros miembros de la familia". La adaptabilidad es la "habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de liderazgo, y su papel en las relaciones y las reglas de esas relaciones, en respuesta a situaciones estresantes o cambios".

Modelo de Respuesta de adaptación y ajuste familiar (Patterson (1988) desarrolló este modelo, el cual considera que existen elementos estresantes (estresores) que interactúan con las habilidades y atribuciones familiares que impactan con los estresores produciendo una crisis. Así podemos decir que las demandas del nuevo entorno chocan con las capacidades que la familia tiene para dar respuesta a las demandas del nuevo entorno. Este estudio encontró tres fuentes de demandas (Patterson 2002): estresores, tirantes y molestias diarias).

Modelo de factores de riesgo, se rige por los siguientes postulados; 1. Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar. 2. Las variaciones en la salud y el bienestar dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades. 3. Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados. 4. El control de los actores de riesgo, ya sea suprimiéndolos o compensándolos, disminuye la probabilidad de daño. 5. El refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una salud mejor y mayor bienestar.

Del mismo modo existen algunas teorías que intentan definir y proporcionar parámetros de medición de la funcionalidad familiar, para que podamos considerar cuáles son los instrumentos que permiten una mejor evaluación del funcionamiento de la familia a través del esclarecimiento del contexto de dicha medición e interpretación ^{31, 32, 33, 34, 35}.

Teoría estructural del funcionamiento familiar

Esta teoría considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado.

Minuchin define a esta teoría como “un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”, estableciendo pautas o límites que deciden cómo, cuándo y con quién, cada miembro de la familia se relaciona con los demás, regulando la conducta de cada uno de ellos.

Esta teoría menciona que la “funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud (seguridad económica, afectiva, social y de los modelos sexuales existentes en el grupo social) y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares”, para lo cual utiliza los siguientes elementos como fundamento para su desarrollo:

- Cohesión
- Armonía
- Comunicación
- Permeabilidad
- Afectividad
- Roles
- Adaptabilidad

Esta teoría es tal vez la más utilizada en la actualidad para tratar de realizar la evaluación del sistema familiar y de la cual se apoyan varios de los instrumentos que tratan de llegar a este punto.

Otras de las teorías pero que no tomaremos en cuenta en este estudio son:

Teoría explicativa del funcionamiento familiar

Teoría interaccional de la comunicación

Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar

Para entender el proceso de salud – enfermedad desde la perspectiva del médico familiar necesitamos reconocer que todo individuo, familia y comunidad, tiene una interacción bio-psico-social que le permite no sólo reconocer el estado físico de cada uno de sus integrantes, sino también reconoce el medio, el cual debe ser adecuado para su desarrollo.

En 1996, en la ciudad de La Habana, Cuba, se definió salud de familia como “la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida” ^{30, 31, 32}.

Para fines de este estudio decidimos emplear el instrumento de medición de funcionalidad familiar de Faces III, dado que cuenta con los criterios específicos que permitirán una correcta y válida aplicación.

FACES (Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales) ^{26,27}

Es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto el Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que los sustenta) como los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assesment Package del cual forma parte FACES III ¹.

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentra la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad) ; la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores ^{26, 27}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el estado de San Luis Potosí el común denominador en la migración es el masculino. Al respecto se tiene que el 78% de los migrantes es hombres y este porcentaje está por encima de la media nacional ubicada en 74%. Este dato resalta porque estamos ubicados en el 10º lugar nacional de estados con índice de migrantes. Al mismo tiempo la presente estadística conlleva a que la mayoría que se queda son las mujeres¹⁵.

Empero si hay estudios sobre el síndrome de Ulises llevados a cabo en España, Estados Unidos y México. No existe en nuestro estado estudios que midan o asocien el síndrome de Penélope y la migración. Sin embargo en el estudio llevado a cabo en Michoacán sobre el síndrome de Penélope que nos da un parámetro a seguir.

En el estado de Michoacán con un alto índice de migración (segundo a nivel nacional) se ha llevado a cabo un estudio sobre las mujeres que se quedan a cargo. En dicho estudio el investigador de la Universidad Michoacana mostró que las mujeres esposas de migrantes presentaban un mayor índice de problemas de ansiedad, más estrés y depresión a la par de desórdenes sicopatológicos. También se reporta que dichas mujeres arrojan un 44% de tensión muscular y lumbalgias, 37% de gastritis y cefaleas, 25% de insomnio y 22% más de colitis que las mujeres con pareja estable. Y también indica que estos padecimientos tienen una frecuencia de tres o más veces al mes. Y termina indicando que las mujeres cuya pareja migró son un 30% más propensa a sufrir estos padecimientos que el resto de las mismas⁸.

Así pues, siendo nuestra población a estudiar similar en el aspecto rural al del estudio y contando con una similitud en su población es que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES DERECHOHABIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DE PENÉLOPE EN COMPARACIÓN CON LAS QUE TIENEN PAREJA QUE COHABITE CON ELLAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE REYES, PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2012 EN SAN LUIS POTOSÍ?

JUSTIFICACIÓN

El fenómeno migrante es una constante a nivel nacional y en nuestro estado de los 56 municipios, el de Villa Juárez, Santo Domingo y Rayón ocupan los 3 primeros lugares en número de migrantes. El municipio de Villa de Reyes ubicado a 1 hora de la capital del estado está colocado en el lugar 30 a nivel estatal en migración. Según las estadísticas la población migrante representa el 10% de la población total del municipio, esto a nivel estatal es poco pero si se toma en cuenta que la mayoría de la población está concentrada en el medio urbano, entonces este 10% de la población rural por su densidad es un buen número de habitantes; en relación al total y se considera habrá impacto con los resultados obtenidos⁷.

Como se ve, a pesar de no ser de los primeros lugares en el estado, el municipio donde está localizada la Unidad de Medicina Familiar número 20 presenta un alto porcentaje de migración y hogares afectados por la misma; y por consiguiente existe una población de mujeres a cargo de los hogares en esta área. Hasta el momento solo se reportan de manera global los diagnósticos de las mujeres que acuden a consulta sin reparar en que las etiologías y la frecuencia con que éstos se presentan pueden estar relacionados con el Síndrome de Penélope. Por otra parte es posible que exista una diferencia entre las mujeres portadoras del Síndrome, es decir cuyo esposo migró y aquellas cuya pareja cohabita con ellas y que ello se refleje en su salud y estados físicos.

Si se toma en cuenta que la familia como núcleo fundamental de toda sociedad debe mantener una funcionalidad adecuada y que ésta funcionalidad puede verse afectada por múltiples factores, entre ellos la presencia de un padecimiento que

ataña a la mujer a cargo, entonces los profesionistas de la salud no pueden abstraerse de la búsqueda del bienestar familiar en los derechohabientes.

Creemos que si se encuentra algún factor en común en estas mujeres, entonces los médicos familiares pueden brindar una mejor atención y coadyuvar a la mejora en la atención brindada en sus áreas de influencia sociabilizando lo encontrado. Y es precisamente mediante la realización de este tipo de estudios en donde podemos tener datos cada vez más fidedignos y con ello poder brindar una mejor atención.

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la funcionalidad familiar en las mujeres derechohabientes portadoras del Síndrome de Penélope en comparación con las mujeres cuyo cónyuge cohabita con ellas en la Unidad de Medicina Familiar no. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el municipio de Villa de Reyes, periodo enero-junio 2012 San Luis Potosí.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la funcionalidad familiar.
- Identificar el Síndrome de Penélope.

Hipótesis

Ha (Hipótesis alterna)

La funcionalidad familiar en las mujeres derechohabientes portadoras del Síndrome de Penélope, está afectada en comparación con las mujeres cuyo cónyuge cohabita con ellas.

Ho (Hipótesis nula)

La funcionalidad familiar en las mujeres derechohabientes portadoras del Síndrome de Penélope, no está afectada en comparación con las mujeres cuyo cónyuge cohabita con ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de estudio: UMF no 20 Villa de Reyes San Luis Potosí.

Tipo de Estudio: Observacional Analítico.

Diseño: Transversal Comparativo.

Unidad de Investigación: Mujeres de 30 a 50 años que acuden a consulta en la UMF no. 20 Villa de Reyes San Luis Potosí

Límite de Tiempo: Periodo comprendido de enero-junio de 2012.

Espacio: Consultorios de Medicina Familiar de la UMF no 20. Villa de Reyes San Luis Potosí.

Técnica de Muestreo: Muestreo no probabilístico por conveniencia: Esta técnica, determina la selección de los sujetos de investigación, a aquellos que acudan de primera instancia y cumplan con los criterios de selección o de inclusión.

Tamaño de la Muestra: Para estimar el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula para cálculo de proporciones en poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Interpretación de resultados: Una vez obtenidos los datos estadísticos y los resultados graficados se hará descripción de los mismos. Posterior a ellos se esbozará una discusión sobre los resultados obtenidos. La razón de ello es la búsqueda de diferencias entre ambos grupos que nos indiquen situaciones o

características que influyan en la funcionalidad familiar aduciendo al síndrome de Penélope.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 18 a 50 años derechohabientes portadoras del Síndrome de Penélope cuya pareja se encuentre en el extranjero desde hace 6 meses o más.
- Mujeres derechohabientes que cuenten con pareja que cohabite con ellas.
- Mujeres derechohabientes que acepten participar en el estudio mediante la firma de carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no sean derechohabientes del IMSS
- Mujeres derechohabientes, cuyos esposos se encuentren laborando en el extranjero con visa H-24
- Mujeres con diagnóstico médico de enfermedad psiquiátrica o trastornos psicológicos previos.

Criterios de eliminación:

- Mujeres cuyo esposo regrese a su hogar en Villa de Reyes durante la realización del estudio
- Mujeres que durante la realización del estudio viajen a los Estados Unidos para visitar a su pareja.
- Mujeres cuyos cuestionarios sean llenados de manera incompleta.

Manejo estadístico de la información: Estadística descriptiva, medidas de tendencia central, desviación estándar, proporciones, porcentaje y Chi cuadrada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La declaración de Helsinki ha sido promulgada por la asociación médica mundial como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos, por mucho es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos, a pesar de que no es un instrumento legal que vincule internacionalmente, su autoridad emana del grado de codificación interna y de la influencia que ha ganado a nivel nacional e internacional.

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas, incluyendo la participación en la investigación, el deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

EN BASE A LA LEY GENERAL DE SALUD, LA DECLARACIÓN DE HELSINKI Y EL COMITÉ LOCAL:

- Los sujetos participantes en esta investigación serán voluntarios informados, respetando la confidencialidad de la persona, los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y justicia.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la autoconfidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica en otras fuentes de información pertinentes.
- El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que han observado los principios enunciados en esta declaración.
- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente, la responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su participación
- La investigación médica sólo está justificada si existen posibilidades razonables de que la población que es objeto de la investigación, podrá beneficiarse de sus resultados ^{36,37}.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

FACES (Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales)

Este instrumento forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación.

INEFAM (Inventario de Estrés de la Familia del Migrante)

Es una escala realizada para un estudio que se llevó a cabo en 1993 en México, por V. Nelly Salgado de Snyder y Margarita Maldonado y publicado en la Revista Latinoamericana de Psicología de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.³⁴

La escala identifica 20 situaciones específicas, que son potencialmente productoras de estrés, a las que se enfrentan las esposas de migrantes. En la administración del INEFAM se le pregunta al entrevistado si la situación descrita es la escala le ha sucedido o no en los últimos tres meses. Si la respuesta es afirmativa para cualquier situación, se le pide que evalúe el nivel de estrés asociado con esa situación en una escala tipo Likert de 4 puntos que va desde “bajo estrés”, hasta “muy estresante”. Puntajes altos en el INEFAM indican altos niveles de estrés en el individuo. La media grupal en esta escala fue de 28.5 (DE= 16.9) mientras que su consistencia obtuvo un alpha de Cronbach de .87. El análisis factorial de la escala arrojó tres factores. Los detalles sobre el desarrollo de la escala así como sus características psicométricas se encuentran documentados en el reporte interno de la investigación.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

TIPO	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE NOMINACIÓN
Dependiente	Síndrome de Penélope	Serie de procesos que pueden influir en la salud física y emocional de las mujeres de migrantes	Estado de confusión o indefinición que traen efectos psicológicos en los integrantes de la familia, como la sensación de inseguridad, ambivalencia e incertidumbre	INEFAM Escala tipo Likert de 4 puntos que va desde "bajo estrés" hasta "muy estresante" 1) bajo estrés, 2) estrés leve, 3) estrés moderado, 4) muy estresante	Ordinal
Independiente	Funcionalidad Familiar	Familias o parejas balanceadas en cohesión y adaptabilidad	Familias o parejas balanceadas en cohesión y adaptabilidad	FACES III Escala de 5 puntos que va de "nunca" a "siempre" 1) nunca, 2) de vez en cuando, 3) algunas veces, 4) frecuentemente, 5) casi siempre	Nominal
Control	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Se registra en años cumplidos	Cuantitativa
Control	Sexo	Distinción biológica que clasifica a los individuos en mujeres y hombres.	Femenino, masculino.	1)femenino, 2) masculino	Nominal
Control	Estado Civil	Condición legal del adulto ante la sociedad.	Situación legal en la que se encuentre en el momento de la entrevista.	1) soltero, 2) casado, 3) unión libre, 4) separado, 5) divorciado, 6) otro	Nominal

Control	Ocupación	Actividad laboral que se desempeñe en el momento de la entrevista	Actividad laboral que desempeñe en el momento de la entrevista.	1)Ama de casa, 2)obrero, 3)empleada, 4)campesina, 5)comerciante , 6)otro	Nominal
---------	-----------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	---------

Procedimiento

Aceptado el protocolo de investigación por parte del Comité Local de Investigación y Ética con el número de registro, se notificó por medio de memorándum interno al director de la Unidad de Medicina Familiar No.20 de los objetivos y procedimientos, para obtener la información de los sujetos en estudio.

Se procedió a la realización de las entrevistas, contando con la participación de un encuestador y del investigador responsable. A cada sujeto a investigar se le solicitó su consentimiento informado (anexo 3), explicando del objetivo de la investigación, señalando que la información proporcionada es de carácter confidencial. La aplicación se realizó por el investigador responsable en los servicios de Medicina Familiar en un horario de 8:00 a 11:00 horas y de 14:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes, hasta completar el tamaño de la muestra. Se aplicó primero la encuesta INEFAM y posterior a ello la de FACES a los sujetos viables acorde a los criterios de inclusión del presente trabajo. Todas las encuestas se aplicaron en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 donde están adscritas.

Una vez recolectado el número total de cuestionarios, se eliminaron los cuestionarios que cumplan con los criterios de exclusión, se realizó el procesamiento de datos, así como su captura en programa estadístico por computadora (SPSS) para el cruce de variables y elaboración de cuadros y gráficos, y la elaboración de estadística (descriptiva, medidas de tendencia central, desviación estándar, proporciones, porcentajes y Chi cuadrada)

RECURSOS HUMANOS:

- a) Pacientes mujeres de la UMF No. 20
- b) Médico familiar
- c) Investigador

- d) Asesores
- e) Expertos
- f) Personal administrativo

MATERIALES

Material	Cantidad	Costo (pesos)
Hojas blancas bond tamaño carta	1000	500.00
Lápices	10	30.00
Fólderres	15	60.00
Computadora Portátil	1	10000.00
Impresora	1	1000.00
USB	1	150.00
Cartucho tinta negra y color para impresora	4	1000.00
Copias fotostáticas	250	125.00
Total		12,865.00

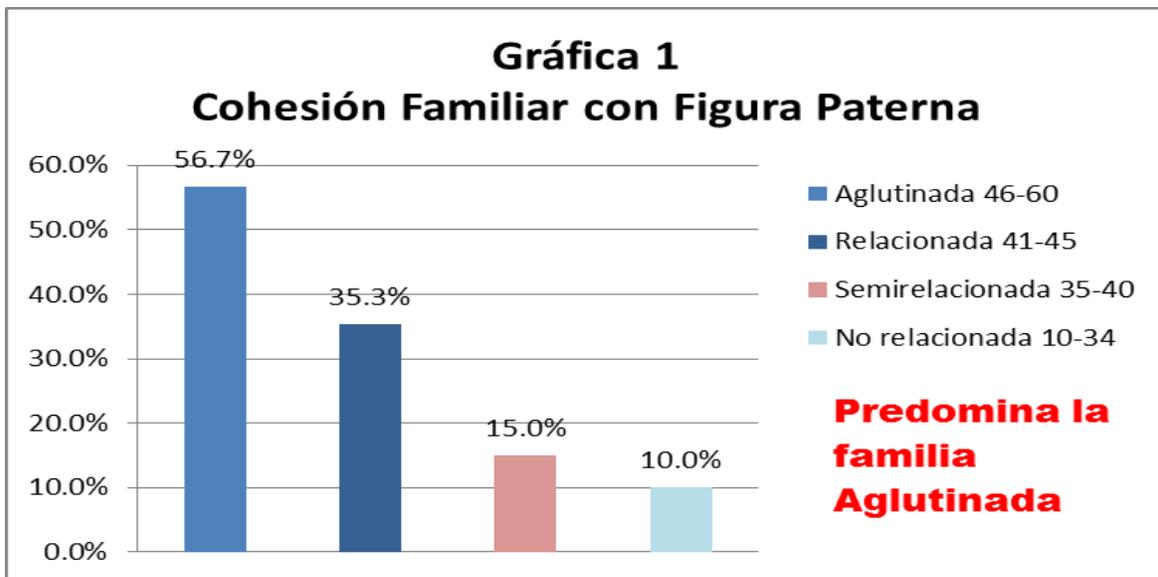
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Jul 2011	Ago 2011	Sep 2011	Oct 2011	Nov 2011	Dic 2011	Ene 2012	Feb 2012	Mar 2012	Abr 2012	May Jun. 2012
Elaboración de protocolo											
Presentación del protocolo al comité local de investigación y ética											
Espera de aceptación del protocolo											
Aplicación de instrumentos Faces III e INEFAM											
Procesamiento de datos											
Captura de datos en programa estadístico											
Entrega de resultados											
Revisión Bibliográfica											

RESULTADOS

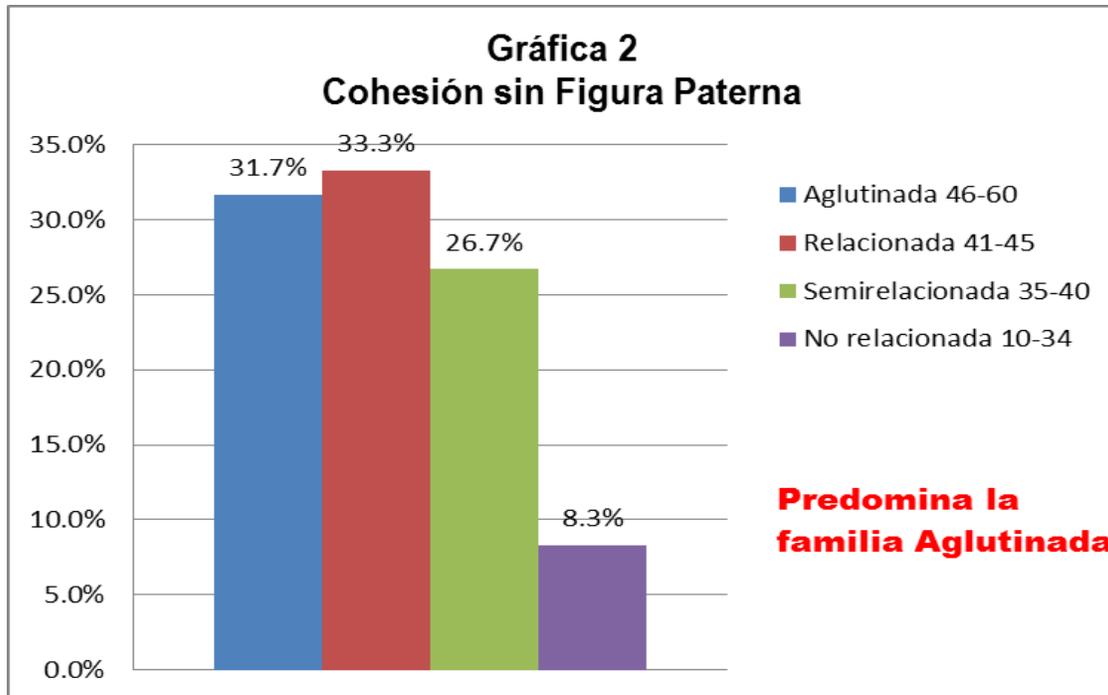
Una vez llevada a cabo la aplicación de cuestionarios y entrevistas se procedió al acopio de la información y su procesamiento mediante el programa estadístico SPSS 19. Se analizaron los grupos por separado para lograr una comparación entre ambos como se establece en los propósitos y objetivos del presente trabajo.

El objetivo principal de esta investigación es determinar la funcionalidad de las familias y respecto a los resultados obtenidos en el aspecto de la cohesión familiar se obtuvo lo siguiente. Las familias con figura paterna muestran una media de 3.22 ubicando a la familia aglutinada con la mayoría al obtener el 53.1%. Le siguen con un 17.2% la familia relacionada. La familia semirelacionada se ubica en un tercer sitio con el 14.1% y la familia con poca relación se ubica en último lugar al tener el 9.4%. Ello se puede observar en la gráfica 1.

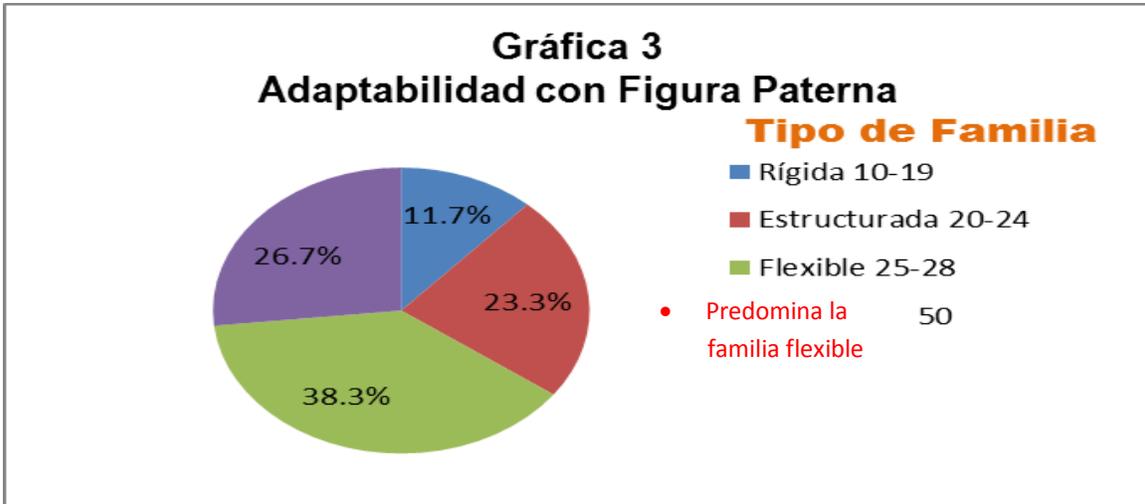


Por su parte las familias que no cuentan con el padre en casa a causa de la migración presentan los siguientes resultados. La media de la cohesión familiar en este grupo se ubica en 2.88. En orden descendente se localiza a la familia relacionada en primer lugar con el 31.3%. En segundo lugar la familia aglutinada

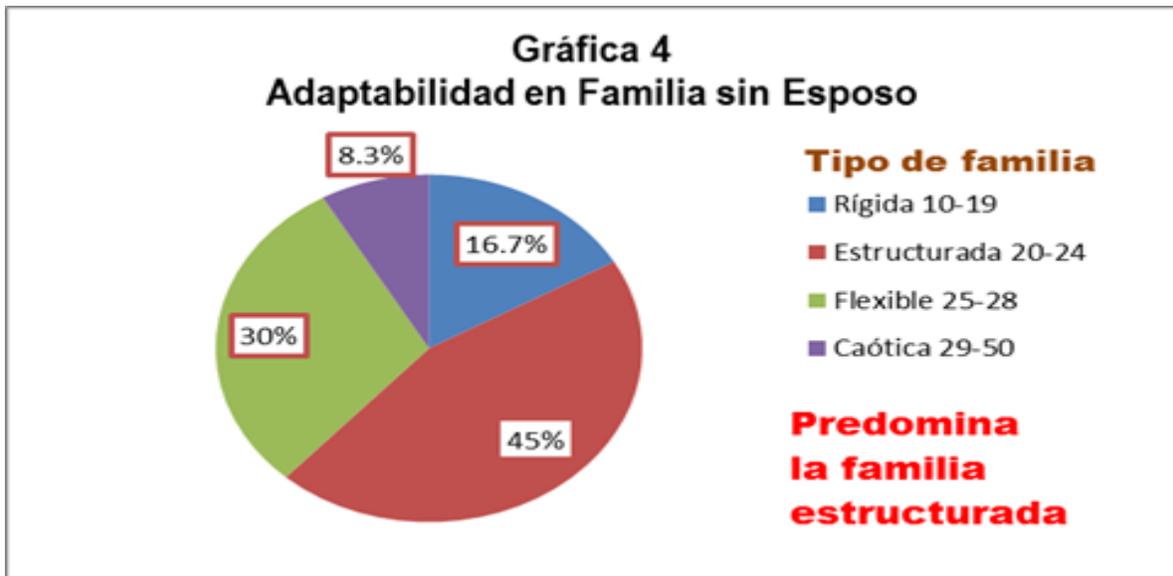
cuenta con el 29.7% y la familia semirelacionada ocupa el 25%. En último lugar se ubica a la familia no relacionada con el 7.8%.la gráfica 2 muestra los presentes resultados.



El segundo aspecto a medir en este trabajo referente a la funcionalidad familiar es la adaptabilidad de la familia. La mayoría de las familias con esposo en casa se ubican con un 35.9% en la clasificación de flexibles. En segundo lugar con el 25% en caótico. Le siguen los rubros de estructurada y rígida con 21.9% y 10.9% respectivamente. La media en estas familias se ubicó 2.8. La gráfica 3 ilustra lo anterior.



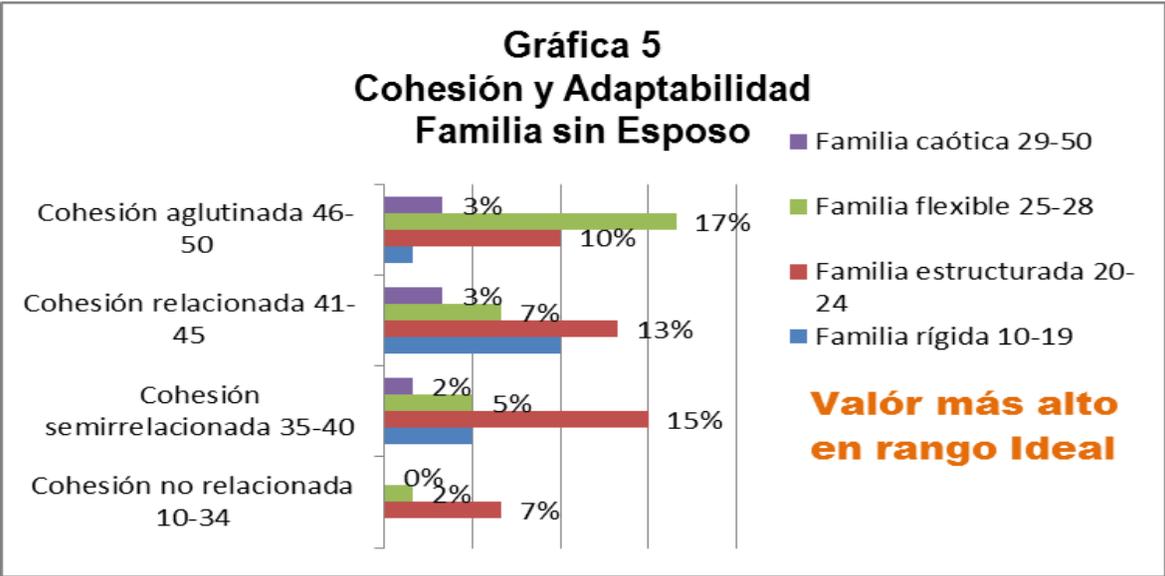
Respecto a la adaptabilidad familiar las familias sin esposo presentan a la escala estructurada como su máxima con el 42.2% seguidas en segundo lugar por la categoría de flexible con el 28.1%. El resto se distribuye el rubro de familia rígida y caótica con el 15.6% y el 7.8% respectivamente. La media en este tipo de familia es de 2.3. Lo anterior se puede ver en la gráfica 4.



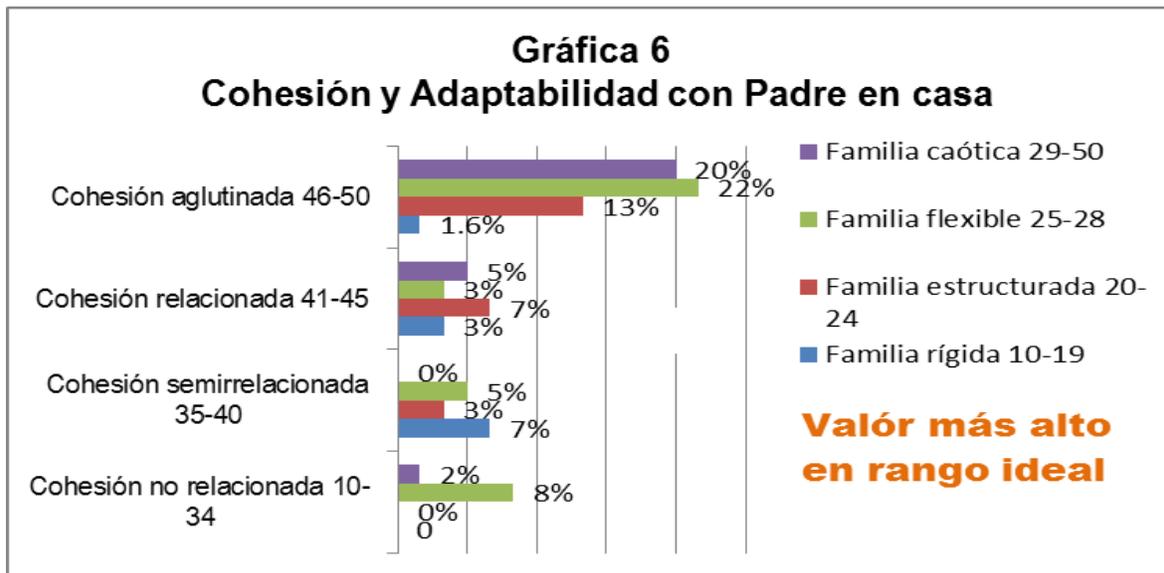
Al efectuar una correlación de variables entre la cohesión y adaptabilidad se puede ubicar a la familia con cohesión aglutinada y adaptabilidad flexible como el

prototipo de funcionalidad familiar. Al respecto de ambas familias se pueden corroborar los resultados anteriores donde el 15% de la familia sin esposo en casa alcanza el valor ideal y presentan muy poca uniformidad en sus datos. Mientras que la familia con esposo logra un 21% en este mismo cruce al mismo tiempo en estas familias se observa una uniformidad en sus resultados. Lo anterior se contempla en las gráficas 5 y 6.

Familia sin esposo



Familia con esposo



La falta del padre por efectos de la migración es factor determinante en la cohesión y adaptabilidad familiar, lo anterior se corroboró al realizar el análisis estadístico con Chi cuadrada obteniendo una $p = <0.05$.

Grupo con esposo	Grupo sin esposo	Valor de p
Aglutinación 17.01 (56.7%)	Aglutinación 9.5 (31.7%)	< 0.03
Flexibilidad 11.49 (38.3%)	Flexibilidad 9.0 (30%)	< 0.04
Estructurada 6.99 (23.3%)	Estructurada 13.5 (45%)	< 0.04

Toda vez que se detecta la funcionalidad familiar se presentan los datos sobre el segundo objetivo de esta investigación, el síndrome de Penélope. Solo las mujeres sin esposo fueron encuestadas al respecto y ellas presentan los siguientes datos.

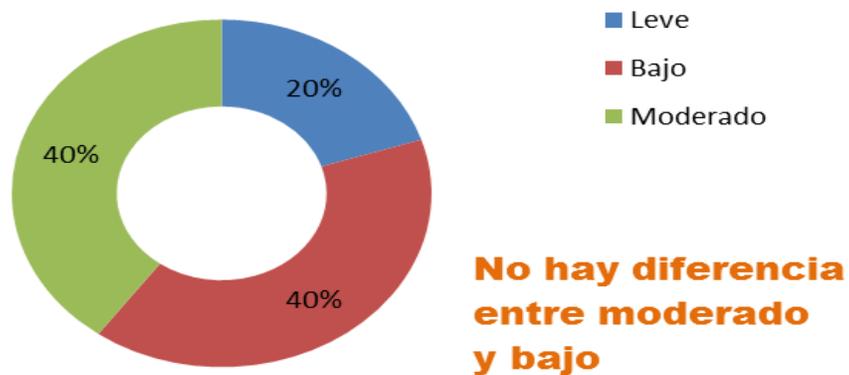
Respecto a la edad de las mujeres con marido ausente por la migración la mitad de ellas tienen entre 26 y 35 años. En segundo lugar se ubican aquéllas que tienen entre 36 a 45 años con 23.3%. Después las que tienen entre 18 y 25 y al final las que tienen más de 46 años con el 20% y el 6.7% respectivamente. Esto se observa en la gráfica 7.

Gráfica 7
Edad de las mujeres sin esposo



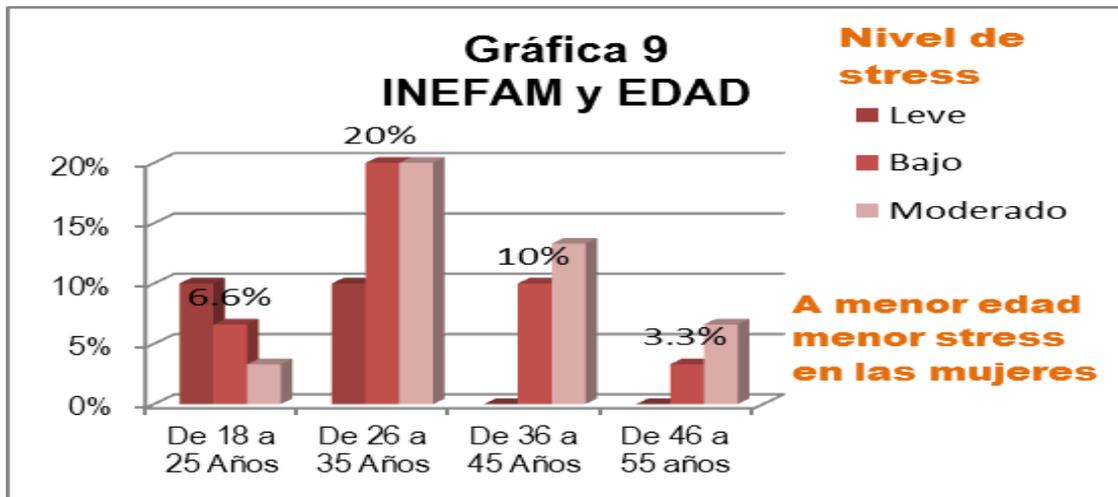
Al aplicarle a las mujeres sin esposo el INEFAM (Inventario de Estrés de la Familia del Migrante) se observa lo siguiente: hay un empate entre el nivel moderado de estrés y el bajo del 40% cada uno y el restante 20% se ubica en leve como se muestra en la gráfica 8.

Gráfica 8
INEFAM



Al hacer un desglose del INEFAM y cruzarlo con la edad se observa que las esposas de 18 a 25 años presentan menos parámetros de estrés. Les siguen las

de 26 a 35 años, después las de 36 a 45 años y al final con mayores parámetros de estrés las de más de 46 años. Ello se ve en la gráfica 9.

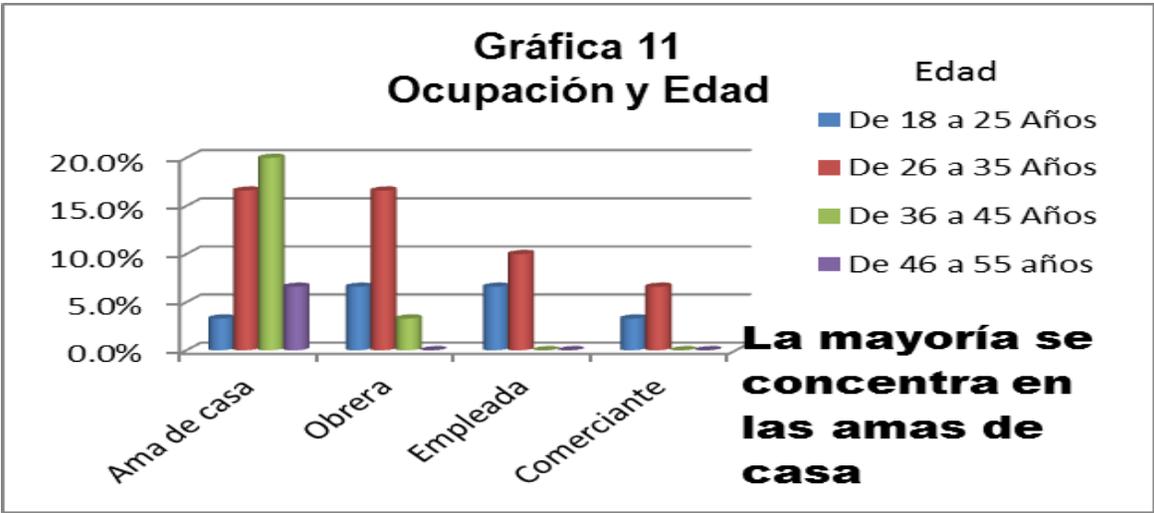


Otro dato mostrado en la encuesta es el de la ocupación donde se puede ver que la mayoría es ama de casa más con un 46.2%. Le siguen quien es obrera con el 26.7, 16.7 es empleada y el 10% restante es comerciante. El desglose se presenta en el gráfico 10.



Al cruzar la edad con la ocupación se puede ver que las que no trabajan aumentan su número conforme aumenta la edad de las mismas. En cambio las más jóvenes son quienes más trabajan como se ve en este gráfico.

Una tendencia similar se observa al cruzar el INEFAM con la ocupación. Las amas de casa ocupan la mayor parte del porcentaje. Las de 18 a 25 años son el 3.3%. Las de 26 a 35 indican 16.6%. El rango más alto es las de 36 a 45 años con el 20%. Y por último las de 46 a 55 años con el 6.6%. Las obreras en los mismos rangos edad muestran los siguientes datos: 6.6%; 16.6%; 3.3% y 0% respectivamente. En el mismo tenor las empleadas presentan estos valores: 6.6%; 10%; 0% y 0% respectivamente. Por último las que se dedican al comercio presentan esta tendencia: 3.3%; 6.6% 0% y 0% respectivamente. La gráfica 11 muestra lo anterior:



DISCUSIÓN

Al observar los datos y comparando la cohesión familiar entre las familias con figura paterna y las que no la tienen por causa de la migración resalta de manera notable como más de la mitad de las que sí tienen esposo presentan o se encuentran en el rango de cohesión aglutinada. Mientras que el resto de las otras tres categorías se distribuyen paulatinamente en forma descendente. Ello no pasa en las familias que carecen de figura paterna donde su cohesión pasa de familia relacionada a aglutinada y regresa a semirelacionada y no relacionada. El aspecto más contrastante en la cohesión de ambos tipos de familia se puede ver en el rubro de cohesión máxima, la cohesión aglutinada, donde la diferencia es tácita del 23.4% a favor en las familias que cuentan con una figura paterna en casa.

Referente a la adaptabilidad familiar se puede observar lo siguiente. A la familia flexible se le cataloga como la más adaptada y este rango dentro de la encuesta presenta el valor 3 por lo que la familia cuya media este más cercana a este valor tendrá una mayor adaptabilidad. Y de nueva cuenta las familias que tienen a la figura paterna en casa tienen una media de 2.8 a solo .2 de diferencia. Mientras que aquellas familias que tienen al padre migrante se ubican con una media de 2.3 únicamente.

Aunado a esta diferencia en medias también se presenta una característica notable en las gráficas. El 65% de las familias con el papá en casa se ubican en los rangos positivos de la adaptabilidad, la familia flexible y caótica. Mientras que el 61.7% de las familias sin padre en casa se ubican en el lado contrario, las familias rígidas y estructuradas. Todo parece indicar que a la ausencia del padre la familia tiende a ser más controlada y procura un mayor orden en sus integrantes.

Al llevar a cabo la correlación de los resultados se repite las mismas diferencias entre ambas familias. Con una diferencia del 6% a favor de las familias con figura paterna sobre un valor ideal y prototipo de familia (la familia aglutinada y flexible) se puede ver que probablemente la presencia del esposo es fundamental para la funcionalidad familiar. Al mismo tiempo se corrobora que las familias con esposo presentan un patrón más uniforme y funcional que las que no tienen esposo en casa.

Durante las entrevistas llevadas a cabo a las mujeres que no tienen esposo ellas manifestaron que se encontraban en varios casos mejor que cuando tenían al marido en casa. Pero independientemente de la situación emocional o personal que se observa en la mujer la funcionalidad familiar si se ve afectada en su totalidad por la ausencia del esposo.

El primer dato que emana al revisar los datos de las mujeres sin esposo es el de la edad de las mismas. Y llama la atención que el 50% de ellas se ubica en la edad de 26 a 35 años y en tercer lugar están las que por lógica tienen menos años de casadas. Y en último lugar las que cuentan más años de casadas. Ello nos hace pensar que es probable que antes de iniciar su migración los esposos ya hayan tenido espacio y tiempo suficiente de convivencia familiar. Lo que puede influir en gran medida para que a la falta de este la familia tienda a mantener una cohesión y una adaptabilidad. Lamentablemente el inventario de estrés de la familia del migrante no incluye el número de años que tienen de casados con lo cual se pudiera establecer una relación con la edad.

Respecto a la encuesta INEFAM los datos no arrojan valores de estrés alto en ninguna de las esposas presentes y en lo general no son concluyentes pues existe un empate entre los niveles moderado y bajo. Esto nos hace pensar que puede

haber situaciones que influyan para que los esposos en una apreciación total no sean motivo de estrés y preocupación de las mujeres.

Una vez que se inicia el desglose del INEFAM el primer dato que se puede ver es una tendencia de menor a mayor nivel de estrés en relación con la edad de las mujeres. Al parecer las mujeres más jóvenes en edad y por ende con menos años de casadas presentan los niveles más bajos de estrés. Esta tendencia aumenta conforme aumenta la edad de las mujeres y con ello los años de relación,

Es difícil saber con los datos del INEFAM la razón de esta tendencia. Por una parte se puede pensar que es debido al poco tiempo de casados. O bien puede ser por la juventud de las mismas que puedan hacerse cargo de la familia sobre todo en el aspecto económico. Lo que sí es cierto es que existe una relación estrecha entre la edad, la ocupación y el estrés presente en las mujeres.

En primer lugar son mayoría las mujeres que tienen forma de percibir un ingreso y por ello no están a expensas del esposo para su subsistencia. De las que trabajan son las más jóvenes quienes demostraron hacerlo y ellas a su vez son quienes tienen menores niveles de estrés. Empero se puede ver que a medida que pasa el tiempo el nivel de estrés aumenta pero no se observa o la prueba no puede determinar una relación confiable,

CONCLUSIONES

El propósito principal de esta investigación es determinar la funcionalidad familiar en las familias cuya figura paterna no está por causa de la migración. Los resultados de la encuesta FACES III muestran una cohesión mayor en las familias que cuentan con una figura paterna en casa. A la vez la mayoría de las familias con padre en casa se encuentran en el rango máximo de cohesión mostrando una diferencia del 23.4% más que las familias que no cuentan con su padre por efectos de la migración en esta categoría de cohesión familia. Ello concluye que la falta del padre por efectos de la migración si es factor en la cohesión y adaptabilidad familiar.

Así mismo ambas familias se ven afectadas en su adaptabilidad ya que las familias con padre son más flexibles y las que no lo tienen son más rígidas. En ambos casos más del 60% de las familias se orientan hacia lados contrarios. Como se ilustra a continuación:



Se detecta una diferencia del 6% a favor de las familias con esposo sobre las que no tienen esposo en relación a un valor ideal y modelo de familia, una familia flexible en su adaptabilidad y aglutinada en su cohesión.

Si bien es cierto que la falta de esposo afecta la funcionalidad familiar ésta no indica presencia de estrés en las esposas que se quedan de forma igual concluyente en lo general. Pero si se establece una relación entre la edad, la ocupación y el nivel de estrés de las mujeres con marido ausente.

En los aspectos específicos del INEFAM se concluye que existe una tendencia y una relación entre la edad de las mujeres y años de casado con la presencia de estrés en las mismas como se puede observar en las gráficas 11 “A” y 11. Por lo que podemos decir que a menor edad de las mujeres menor estrés y a mayor edad más estrés.

También se concluye que a menor edad de las mismas menos mujeres se quedan en casa únicamente y esperan el ingreso del marido. Se prueba que son las mujeres más jóvenes quienes más trabajan. Esto puede ser un factor clave para la no presencia de niveles de estrés alto en las mismas.

SUGERENCIAS

En este estudio se observó la diferencia en la funcionalidad familiar entre familias nucleares con figura paterna y aquéllas que carecen del esposo por motivos de migración. Sin embargo a pesar de haber rasgos particulares que indican la presencia de estrés en la mujeres que no tienen esposo por motivos migrantes se hace presente la necesidad de indagar más sobre este tema.

En futuras investigaciones se sugiere la inclusión de los años de unión conyugal que se tengan para establecer un mejor parámetro y poder demostrar que la tendencia y relación entre edad y nivel de estrés es confiable.

En este trabajo no se pudo ver niveles de estrés altos en las mujeres por lo que no fue posible determinar fidedignamente el síndrome de Penélope en las mujeres. Lamentablemente al no haber mayor información documentada en el país sobre este tema es difícil establecer parámetros. Por esto se espera que en el futuro cercano se pueda indagar más sobre el tema y que este trabajo sirva de parámetro y contraste para identificar mejor esta situación que aumenta en nuestro país.

Las finalidades de esta investigación fueron la funcionalidad familiar y la presencia del síndrome en la población. Pero queda pendiente para futuros proyectos relacionar estas variables con los padecimientos más comunes que puedan afectar más a las mujeres.

El aspecto que más afectó los resultados del INEFAM en esta encuesta fue el hecho que casi el 50% de las mujeres encuestadas trabajaban y a su vez también el 50%

de ellas eran jóvenes. Mediante la observación directa que se hizo durante la aplicación de las encuestas se percibió que las mujeres jóvenes y en especial las que trabajan y no dependen del marido por completo presentaron una forma y actitud diferente a simple vista respecto al grupo que si solo eran amas de casa. Ello puede ser un indicio de que existen más factores que pueden ser incluidos para determinar fehacientemente la diferencia en ambos grupos. Por la experiencia obtenida en este trabajo creo que si se aplica la encuesta a un grupo que únicamente trabaje y a otro que no lo haga se puede determinar mejor la presencia del síndrome en las mismas. Pues queda probado en este trabajo que la edad y la ocupación si influyen en la no presencia del estrés alto o parámetros que indiquen o demuestren el síndrome.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Romero Sánchez, J. 2004. Migración y Aprovechamiento de Remesas: Un análisis sobre el impacto del Programa de Desarrollo Iniciativa Ciudadana 3x1 en Los Pilares, Santa María Texcalac y Lázaro Cárdenas en el estado de Tlaxcala. Tesis Licenciatura. Relaciones Internacionales. pp 13-14.
2. Remedios Gómez A. 1987. México y la protección de sus nacionales en Estados Unidos. México, D.F.: CISEAU y UNAM. 132
3. Comisión de Migración. La inmigración mexicana (Washington, DC. Cámara de Comercio de Estados Unidos, 1930, 108.
4. Richard Craig, 1971. The Bracero Program Interest Groups and Foreign Policy, University of Texas Press, 30.
5. Delgado de Cantú M. Estado Moderno y crisis en el México del Siglo XX, 206.
6. Castles, S. 2000. "Migración Internacional a comienzos del Siglo XXI: tendencias y problemas mundiales", en Revista Internacional de ciencias sociales, Septiembre, No. 165:17-32
7. CONAPO: Geografía de la migración, Encuesta de Migración: www.conapo.gob.mx (Marzo 2011).
8. Mancillas, C. y Rodríguez, D. 2007. Transiciones familiares, el impacto de la migración en las familias mexicanas. Memorias del Foro temático de Investigación sobre migración, realizado en la Universidad Intercontinental por la Asociación Mexicana de Instituciones Educativas Mexicanas de Inspiración Cristiana AMIESIC, México, D.F.
9. López Castro G, 2010. Some considerations on migration, remittances and mental health in rural México, El colegio de Michoacán, Encuentro de Mexicanistas Educación, ciencia y cultura.

10. Real academia de la lengua española, pagina web <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm> Junio 2011.
11. United Nations, Population Division Department of Economic and Social Affairs. 1990 y 2000. International Migration 2002, New York, 2002; 2005: United Nations, International Migration 2006, United Nations Publication, Sales No. E.06. XIII.6.
12. Arellano Hernandez JL, Reiko Ito S, Reyes Lagunes I. 2009. "características Psicométricas de una escala de ocurrencia e intensidad del estrés Migratorio en población migrante mexicana a estados Unidos; RIDEP Magazine, No.27, vol. 1, pp 133-155
13. CONAPO, 2011, Estimaciones con base en United Nations, International Migration Report 2002, New York, 2002; e, International Migration 2006, United Nations Publication, Sales No. E.06. XIII.6. www.conapo.gob.mx
14. CONAPO, 2011. Estimaciones base en: U. S. Census Bureau, 15-percent sample 1970, 5-percent sample 1980, 5-percent sample 1990, 5-percent sample 2000 y American Community Survey, 2005. www.conapo.gob.mx
15. COESPO, 2011. con base en INEGI Censo de Población y Vivienda, 2000. www.coesposlp.gob.mx
16. Jablonski S. 2011. Síndrome: un concepto en evolución: ACIMED 3(1):30-38, ENERO-ABRIL, 1995. Consultado en http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol3_1_95/aci06195.htm (Marzo 2012)
17. Homero, La Odisea, México, D.F. Editorial Sepan Cuantos 2010.
18. Rivera Heredia, M.E.; Obregón Velasco, N. y Cervantes Pacheco, E. I. 2009. Recursos psicológicos y salud: consideraciones para la intervención con migrantes y sus familias. En Lira, J. Aportaciones de la Psicología a la Salud. Morelia: Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Pp. 225-254, ISBN 978-607-00-2040-7.

19. Irigoyen CA. 2004. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 46-53.
20. Falicov, C. (2001), Migración, pérdida ambigua y rituales. Perspectivas sistémicas, la nueva comunicación, 69. <http://www.redsistemica.com.ar/migracion2.htm>, recuperado el 30 de agosto de 2008 de: <http://www.redsistemica.com.ar/migracion2.htm>
21. Louro BI. Modelo de Salud del grupo familiar. 2005. Rev Cub de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. 31 (4).
22. Huerta GJ. Medicina Familiar. 2005. La familia en el proceso salud / enfermedad, México: Editorial Alfil, 1-7.
23. Archivos de Medicina Familiar. 2005. Conceptos básicos para el estudio de las familias, México 7 (1): 515 – 519. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
24. Membrillo LA, Fernández OM, Quiróz PJ, Rodríguez LJ. 2008. Familia. Introducción al estudio de sus elementos, México: Editorial de textos Mexicanos, 37-49.
25. Irigoyen CA, Gómez CF, Ponce RE. 1999. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1 (2): 45-57.
26. Gergen (1994), La familia saturada, Family Therapy Networker, 18 (6), 19-25.
27. Mc Master. Epstein, Bishop y Levin, 1983. Modelo de evaluación familiar. Universidad Mc Master, Ontario, Canadá. <http://www.slideshare.net/pcamacho/14-modelo-de-evaluacion-familiar-mc>
28. Mata, E. 2005. Estructuras familiares y comportamientos adictivos (2º Parte). Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XV, vol 12, N°1, Marzo de 2005; http://www.alcmeon.com.ar/12/45/03_mata.htm (Marzo 2012)

29. Zavala García, Gustavo Waldo, “El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to. año de secundaria de los colegios nacionales del Distrito del Rímac” Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/zavala_g_g/cap2.htm (Marzo 2012)
30. Nicolas Zdanowicz, Psychiatric D. Janne Pascal, Prof Psychol Christine Reynaert, Prof Med; 2004. The European journal of psychiatry (edición en español) versión ISSN 1579-699X Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) v.18 n.4 Zaragoza oct.-dic.
31. Cavazos, J. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México René Castro Berardi Facultad Internacional de Curitiba, Brasil. “Análisis de ajuste, adaptación cultural y consumo familiar. Caso de mexicanos en Brasil” Disponible en <http://consulmex.sre.gob.mx/saopaulo/images/stories/SPfotos/estudiomexicanos1.pdf> (Marzo 2012)
32. González, C. Teoría Estructural, Medicina de familiares disponible en <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriasfamilia.pdf> (Marzo 2012)
33. Salgado SN, Maldonado M. 1993. Funcionamiento Psicosocial en esposas de migrantes mexicanos a los estados unidos. Rev Latinoamericana de Psicología. Bogotá Colombia. 25 (2): 167-180
34. Ley General de Salud, 1986. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. (Marzo 2012)
37. Declaración de Helsinki, 2008. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/> (Marzo 2012)

ANEXOS

ANEXO 1

Inventario de Estrés de la familia del Migrante

ESTRESOR POTENCIAL	1 LEVE	2 BAJO	3 MODERADO	4 ALTO
He tenido que hacerme cargo de todo en la casa				
Soy responsable de obligaciones que no tenía antes				
No he podido aceptar la idea de que mi esposo nos haya dejado				
He tenido que afrontar y solucionar problemas familiares por mi misma				
He perdido el apoyo de mi esposo				
Mi esposo no tiene suficiente dinero para				

comer bien				
Mi esposo no tiene suficiente dinero para ir al médico				
Mi esposo no ha tenido un lugar estable donde vivir				
Mi esposo ha sido influido por malas amistades				
Mi esposo ha olvidado sus costumbres y tradiciones				
Mi esposo no querrá regresar nunca a casa				
No sé con quién vive mi esposo				
Mi esposo puede empezar una nueva familia en E.E.U.U				
Mi esposo ha aprendido malas costumbres				

Mi esposo ha cambiado de forma negativa				
Mis hijos y yo no nos hemos ayudado como antes				
Nuestras relaciones familiares han empeorado				
Mis hijos y yo hemos tenido más problemas				
Ha habido violencia física entre mis hijos				
Es posible que mi esposo esté usando drogas o alcohol				

ANEXO 2

Faces III (Family Adaptability and Cohesion Scales)

1- Encuesta para familias totales (Las versiones son parecidas para la familia percibida y para la ideal)

Familia Percibida

Describe su familia como la ve ahora.

- 1) Casi nunca 2) De vez en cuando 3) Algunas veces 4) Frecuentemente
5) Casi siempre

1. Los miembros de mi familia se piden ayuda unos a otros.
2. Las sugerencias de los hijos son atendidas, cuando se trata de resolver problemas.
3. Aprobamos a los amigos de cada uno de los miembros de la familia.
4. Los hijos pueden opinar sobre su propia disciplina.
5. Nos gusta hacer cosas juntos, en nuestra familia.
6. En nuestra familia, diferentes miembros actúan como líderes.
7. Los miembros de la familia se sienten más cercanos a los otros miembros que a la gente de afuera.
8. Nuestra familia cambia las maneras de realizar tareas.
9. A los miembros de nuestra familia les gusta pasar el tiempo libre unos con otros.
10. Los padres y los hijos discuten los castigos juntos.
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno de los otros.
12. Los chicos toman decisiones en nuestra familia.
13. Cuando nuestra familia comparte actividades, todos sus miembros están

presentes.

14. Las reglas cambian en nuestra familia.
15. Nosotros podemos pensar fácilmente en cosas para hacer juntos como familia.
16. Nos intercambiamos las responsabilidades de tareas hogareñas.
17. Los miembros de la familia se consultan los unos a los otros, para tomar sus decisiones.
18. Cuesta identificar al líder de la familia.
19. La unión de la familia es lo importante.
20. No es fácil decir cuáles son los roles familiares de cada uno.

Familia Ideal

Describa a su familia, tal como usted desea que sea idealmente.

21. Nosotros pediríamos ayuda uno al otro.
22. Se atenderían las sugerencias de los hijos, cuando se tratara de resolver problemas
23. Aceptaríamos con gusto a los amigos de los demás miembros de la familia.
24. Los hijos podrían decir algo en relación a su propia disciplina.
25. Nos debería gustar hacer cosas en conjunto con toda la familia.
26. En nuestra familia, diferentes miembros deberían poder actuar como líderes.
27. Los miembros de nuestra familia deberían sentirse más cercanos entre sí que con las personas extrañas a la familia.
28. Nuestra familia debería poder cambiar las maneras de efectuar tareas.
29. A los miembros de nuestra familia les debería gustar pasar el tiempo libre juntos.
30. Los padres y los hijos podrían discutir juntos los castigos a aplicar.
31. Los miembros de nuestra familia deberían sentirse más cerca uno de los otros.
32. Los chicos deberían tomar decisiones en nuestra familia.

33. Cuando nuestra familia sale, todos los miembros deberían estar presentes.
34. Las reglas deberían poder cambiar, en nuestra familia.
35. Nosotros deberíamos poder pensar fácilmente en cosas para hacer juntos como familia.
36. Nosotros deberíamos poder intercambiar responsabilidades en las tareas hogareñas.
37. Los miembros de nuestra familia deberían poder consultarse los unos a los otros, para tomar sus decisiones.
38. Deberíamos poder saber quién es el líder(o los líderes) en nuestra familia.
39. Debería ser muy importante la unión de la familia.
40. Deberíamos poder saber quién hace, y cuál, tarea doméstica.

Pareja Ideal

Describe su pareja como Ud. desearía que fuese, idealmente.

21. Deberíamos pedirnos ayuda recíprocamente.
22. Cuando surja un problema. deberíamos comprometernos en él.
23. Deberíamos aprobar los amigos de cada uno de los dos.
24. Deberíamos ser flexibles en el modo de manejar nuestras diferencias.
25. Nos debería gustar hacer cosas juntos.
26. El liderazgo en la pareja debería ser intercambiable.
27. Deberíamos sentirnos más cercanos el uno del otro, que con personas fuera de la pareja.
28. Deberíamos cambiar nuestra manera de manejar tareas.
29. Deberíamos pasar más tiempo libre juntos.
30. Deberíamos intentar nuevas formas de tratar con los problemas.

31. Deberíamos sentirnos más cerca el uno del otro.
32. Deberíamos tomar las decisiones de la pareja en conjunto.
33. Deberíamos compartir hobbies e intereses.
34. Las reglas deberían cambiar en nuestra pareja.
35. Debería resultarnos fácil imaginar cosas para hacer juntos, como pareja.
36. Deberíamos poder intercambiar responsabilidades en cuanto a las tareas de la casa.
37. Deberíamos consultarnos recíprocamente en nuestras decisiones personales.
38. Deberíamos saber quién es el líder en nuestra pareja.
39. La unión debería ser la primera prioridad.
40. Deberíamos poder definir los roles domésticos.

ANEXO 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

San Luis Potosí, S.L.P. A _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES DERECHOHABIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DE PENÉLOPE EN COMPARACIÓN CON LAS QUE TIENEN PAREJA QUE COHABITE CON ELLAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE VILLA DE REYES, SAN LUIS POTOSÍ.

El objetivo del estudio es: Determinar la funcionalidad familiar en las mujeres derechohabientes portadoras del Sd. de Penélope en comparación con las mujeres cuyo cónyuge cohabita con ellas en la Unidad de Medicina Familiar no. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el municipio de Villa de Reyes San Luis Potosí.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de un cuestionario sobre estrés en la familia del migrante, así como cuestionario sobre funcionalidad familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio son los siguientes:

- 1.- El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.
- 2.- 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 en el Instituto.
- 3.- El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
- 4.- También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Médico responsable del estudio:

Dra. Karina Paola Leija Romero Mat. 99251654

Nombre y Firma del paciente:

TESTIGOS: