



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO DEL SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 1
CIUDAD OBREGÓN, SONORA**

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y MALESTAR
PSICOLÓGICO EN USUARIAS FRECUENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE
LA UMF 27, POTAM”.**

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

**PRESENTA
DRA. ARACELIA CUEVAS SOJO**

CIUDAD OBREGÓN, SONORA. 2017



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.

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN
USUARIAS FRECUENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 27, POTAM.**

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

**PRESENTA:
DRA. ARACELIA CUEVAS SOJO:**

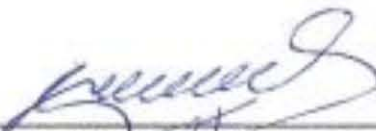
AUTORIZACIONES:



**ASESOR DE TESIS
DR. JOSÉ AURELIO MÉNDEZ CÁZARES
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
PROFESOR MÉDICO EN EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y
FORMACIÓN DOCENTE**



**DR. FERNANDO SOTO ACEVEDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**




**DRA. CELINA BARRERAS GIL
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN
USUARIAS FRECUENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 27, POTAM.**


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

**PRESENTA:
DRA. ARACELIA CUEVAS SOJO**


AUTORIZACIONES:



**DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA**



**DRA. BENITA ROSARIO URBÁN REYES
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA**



**DRA. CRUZ MÓNICA LOPEZ MORALES
COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA**

**"RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
MALESTAR PSICOLÓGICO EN USUARIAS FRECUENTES DE
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 27, PÓTAM"**

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

PRESENTA

DRA. ARCELIA CUEVAS SOJO

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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

ÍNDICE

	Contenido	Página
I.	Resumen.....	6
II.	Introducción.....	7
III.	Planteamiento del problema.....	12
IV.	Justificación.....	13
V.	Objetivo general.....	14
VI.	Hipótesis.....	15
VII.	Material y métodos.....	16
VIII.	Resultados.....	25
IX.	Discusión.....	29
X.	Conclusión.....	30
XI.	Recomendaciones.....	31
XII.	Bibliografía.....	32
XIII.	Anexos.....	35

I. RESUMEN

RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN USUARIAS FRECUENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 27, POTAM

¹Cuevas-Sojo A, ²Mendez-Cazares JA.

¹ Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

² Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor Médico en el Centro de investigación Educativa y Formación Docente

Introducción: El malestar psicológico se relaciona con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativo que se presenta frecuentemente en mujeres y estos problemas pueden alterar la funcionalidad familiar.

Objetivo: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y malestar psicológico en pacientes usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, de la comunidad de Potam.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal en 26 pacientes usuarias frecuentes. Se utilizó la escala de Kessler (K-10) para medir el malestar psicológico y APGAR familiar para medir funcionalidad familiar. Posteriormente se utilizó la R de Pearson.

Resultados: Fueron 26 usuarias frecuentes, la edad media fue de 40.31 años (DE 13.56) Se determinó la correlación entre el grado de funcionalidad familiar de acuerdo a la paciente y el grado de malestar psicológico por medio de la prueba Rho de Spearman donde se obtuvo una correlación de -0.663 con una significancia estadística de $p=0.01$. Al reajustar los resultados se obtienen variables dicotómicas para realizar Ji cuadrado donde la relación entre ambas variables tiene una $p=0.018$.

Conclusiones: Si existe relación entre la funcionalidad familiar y el malestar psicológico, ya que en una usuaria frecuente de la consulta externa entre menor es el grado de funcionalidad familiar presente mayor es el grado de malestar psicológico.

PALABRAS CLAVES: *Malestar psicológico, usuarias frecuentes, funcionalidad familiar.*

II. INTRODUCCIÓN.

El servicio de consulta externa en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentra en sobredemanda, el origen de este fenómeno es secundario a factores diversos que poco se han estudiado en nuestro país, sin embargo, en otras entidades se han aproximado al tema.

La consulta frecuente de un servicio médico se encuentra relacionada erróneamente al concepto de paciente difícil y, a pesar de que no existe un concepto unificado, estos pacientes ocupan una proporción cada vez mayor en todas las consultas en los servicios de salud de nuestro país. En México, el servicio de Medicina Familiar actualmente está estructurado para otorgar el servicio a los pacientes con la frecuencia de una visita por mes en donde se le resuelven la mayor parte de sus problemas de salud.¹ Sin embargo, existen patologías que requieren una segunda valoración como en el caso de enfermedades agudas. Salvo estas excepciones, y debido a que no existe un criterio unificado, se puede definir a una usuaria frecuente como una persona que requiere del servicio de consulta externa de medicina familiar por más de una ocasión al mes.¹

Berenzon y cols. (2014) indican que la presencia de malestar emocional se refleja de manera diferente en uno y otro sexo manifestándose con mayor tendencia en las mujeres al acudir a los centros de salud, de allí que sus sensaciones y quejas sean más registrables². Se relaciona a lo anterior las responsabilidades y obligaciones asignadas a su género como el ser madres, esposas, hijas, cuidadoras, así como proveedoras en mucho de los casos.³

Es así que, desde hace ya algunos años, se ha puesto de manifiesto el aumento en la demanda asistencial en los servicios de salud y gran parte de este incremento se debe a diferentes problemas que podrían catalogarse de malestares o sentimientos derivados de los avatares de la vida y que no llegan a constituir un trastorno mental evidente.⁴

En Portugal se realizó un estudio donde se encontró que, de los 870 millones de personas que viven en la región Europea, aproximadamente 100 millones sufren de ansiedad y depresión y los resultados recabados muestran que el 40.52% de los individuos presentaban algún grado de depresión y 43.48% algún grado de ansiedad respecto al género, las mujeres presentan más elevados los niveles de ansiedad y depresión.⁵

Otro estudio realizado en 2012 en Quito Ecuador en una clínica de consulta privada, se llegó a la conclusión que existe una correlación entre ansiedad, depresión y síntomas somáticos, siendo nuevamente el sexo femenino el de mayor prevalencia.⁶

Así mismo en el Salvador se encontró que la ansiedad y depresión en mujeres residentes del área rural son las más afectadas por este padecimiento, teniendo en cuenta que a mayor nivel educativo de la persona, menor presencia de síntomas; se hace mención que la depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativo y otros componentes de tipo psicológico y social como alteraciones en la atención, concentración, memoria y estado de ánimo.⁷

Por otra parte en los estudios realizados con indígenas norteamericanos se han determinado tasas altas del trastorno depresivo mayor (19.17%) en comparación con otros grupos étnicos de la misma población estadounidense, un resultado contrario a este es el realizado en Chile en la comunidad Mapuche, donde el 28.4% de los estudiados ha experimentado al menos un desorden mental comparado con un 38% de la población no-mapuche.⁸

En 2005, se realizó un estudio en México sobre la ansiedad en personas adultas, encontrando gran variación de entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco mientras que las más bajas se observan en Nayarit y Nuevo León. En las mujeres la prevalencia más alta corresponden a Hidalgo, Jalisco y el Estado de México y la más baja se observa en Sonora y Campeche.⁹

La población indígena es uno de los grupos más desfavorecidos en todo el mundo ya que presentan niveles bajos de escolaridad y empleo, así mismo las características espirituales y místicas propias de cada cultura afectan la salud mental reflejándose en malestar psicológico.¹⁰

Los indígenas se recuperan más lentamente de las crisis económicas y tienen menos años de educación (especialmente mujeres y niños) además con menor acceso a servicios de salud. Todo esto los hace más propensos al abuso de sustancias, depresión y otros trastornos mentales que se convierten en obstáculos para el derecho al goce del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr y de otros derechos humanos y libertades fundamentales estrechamente relacionados.¹⁰

Una comunidad indígena de la región del Estado de Sonora es Potam, pertenece a los ocho pueblos yaquis del Estado, se encuentra situada en el municipio de Guaymas y, según los registros del censo del año 2010 en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), cuenta con una población de 16 508 habitantes. En él habitan individuos pertenecientes a la etnia yaqui y otros que no corresponden a la misma (Yoris o mestizos). La Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 27 atiende a ambas razas sin distinción alguna por este motivo.¹¹

Los convencionalismos favorecen la situación desventajosa para las mujeres tanto en los hogares a los que llegan, como en su propia familia de origen. Lo que las coloca en una situación de mayor dependencia en su juventud y primeros años de adultez, ya que su participación en las actividades públicas de la tribu, se incrementarán con la edad, después de ser madre y por último suegra.¹²

Aunque la lengua e identidad no se encuentran relacionadas una con otra, es evidente la importancia del idioma materno en los procesos identitarios asumidos por los yaquis a lo largo de la historia.¹³

El hecho de dominar el castellano y la lengua yaqui, favorece la comunicación con su médico al momento de la consulta y no ser necesaria la traducción por algún familiar en el transcurso de la consulta ya que se presta a una barrera de pronunciación,

semántica u omisión que pudiera incurrir en errores propios de interpretación influyendo en la coherencia clínico-diagnóstico-terapéutica.¹⁴

Los problemas de salud mental, son una causa frecuente de consulta y suelen ser atendidos por primera vez, más en las consultas de atención primaria que en las de salud mental, por lo que esto a su vez hace evidente una asociación entre la enfermedad mental y el alto número de visitas al médico de medicina familiar, como ejemplo en España donde al menos una de cada cinco consultas es de índole psicológica.¹⁵

Como se ha señalado los trastornos psiquiátricos están presentes en un alto porcentaje de los pacientes y se presentan con diferentes enfermedades neurológicas, cardiovasculares o pulmonares. Mientras tanto, en un estudio más reciente realizado en España, sobre la prevalencia de la ansiedad en atención primaria se entrevistó a 965 pacientes de los cuales el 19.5% tenían al menos un trastorno de ansiedad.¹⁵

Se entiende por malestar psicológico al nivel de estrés percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego percibidos en sí mismo. Un estudio realizado en Chile en el 2011 reporta como síntoma más frecuente el sentirse deprimido, e incapacidad para disfrutar la vida diaria, síntomas que también califican a la ansiedad y depresión.¹⁶

La depresión como malestar psicológico cumple criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad y a su vez la ansiedad constituye un factor importante para desarrollar un trastorno depresivo mayor en el futuro. Como mezcla de síntomas depresivos y ansiosos, asociado al menos, con algún síntoma somático o físico. Es frecuente el uso de servicios de salud para solicitar tratamiento a síntomas aislados sin causas aparentes indicativo de asociaciones psicológicas concomitantes.⁷

De acuerdo con el DSM IV los criterios diagnósticos referidos a los síntomas indispensables para el diagnóstico depresivo, implican un dominio emocional, cognitivo, somático, y un dominio que pudiera denominarse conductual.¹⁷

Según Berenzon y cols. Mencionan en su artículo “depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México” realizado en 2013, que la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo con una prevalencia de 3.3 y 21.4%, en el mismo artículo la Escuela Nacional de estudios profesionales-UNAM menciona que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida.¹⁸

La escala de Kessler (K-10) es un instrumento de tamizaje breve y de fácil aplicación construido y validado, que puede ser utilizado por el personal del primer nivel de atención. Se encuentra traducida al español y se ha aplicado en España, Colombia, México y Perú además de otros países de América y de Europa, está evaluada por medio de análisis factorial para determinar la validez de constructo, y con el coeficiente Alpha de Cronbach para la consistencia interna que fue de $\alpha = 0.90$.¹⁹

La funcionalidad familiar se refiere al equilibrio necesario para llevar a cabo los procesos y dinámicas de interacción tanto internas como externas a la familia y que se manifiesta como el conjunto de valores y creencias respecto a lo que debe ser la familia. Este equilibrio puede romperse ante un evento que genere crisis en uno o varios individuos pertenecientes al grupo familiar. Por lo que es un factor determinante en la conservación de la salud o en la presentación de la enfermedad entre sus miembros.²⁰

El APGAR familiar es una herramienta validada y utilizada en la especialidad de Medicina Familiar para evaluar la funcionalidad de la familia y nos otorga conocimientos útiles para integrar diagnósticos de salud, proponer un plan de manejo y solucionar patologías de esta índole.²¹ Diseñado para uso en personas de distinto nivel socioeconómico así como de diferente contexto sociocultural, sus parámetros delimitan la premisa de cómo los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.²²

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.¹⁷

Los trastornos depresivos poseen una base familiar, de ésta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. La mujer en nuestra cultura está formada según modelos y patrones de femineidad, que son formas que condicionan a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés.²³

Hasta el momento, en México no existen estudios registrados sobre malestar psicológico relacionados con la Funcionalidad Familiar en la población de Potam, sin embargo, la consulta externa manifiesta de manera empírica que las personas pertenecientes a ésta presentan síntomas psicósomáticos que se externan como un uso frecuente del servicio de Medicina Familiar sobre todo en pacientes del género femenino.

Al determinar si existe relación entre la funcionalidad familiar y malestar psicológico en las pacientes usuarias frecuentes se podrá identificar en las consultas subsecuentes la patología de fondo que atañe a las pacientes en sus repetidas visitas contribuyendo esto a la terapéutica certera del fondo y no del síntoma pivote.

Por lo que nos realizamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y malestar psicológico en usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, Potam?

IV. JUSTIFICACION

La dinámica social de la población indígena, en general, está íntimamente ligada a la práctica de tradiciones ancestrales de tipo cultural y religioso asociadas a situaciones de tipo místico y, por otro lado, aún con la pobreza en la que se desenvuelve, con una alta frecuencia de festividades derivadas de las prácticas teológicas.

Este estudio es necesario para conocer la relación entre funcionalidad familiar y malestar psicológico en las usuarias frecuentes del servicio de medicina familiar con el fin de otorgarles un manejo apropiado de manera oportuna.

Al realizar esta investigación en usuarias frecuentes se pretende integrar mayor información sobre las diversas implicaciones que conlleva el malestar psicológico y de qué manera afecta la funcionalidad familiar, por ende, habrá mayor oportunidad de mejorar la situación biológica y psíquica entorno al complejo social.

Se generarán estrategias mediante pláticas de motivación aunado al tratamiento farmacológico integrando la detección y atención del malestar psicológico para lograr que los pacientes que lo presentan puedan continuar con una vida social apropiada y continuar dentro de la población económicamente activa, así mismo la persona debe conservar sus tradiciones, organización social para el adecuado desarrollo familiar y comunitario.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, como institución de salud, se verá beneficiado al disminuir la hiperfrecuentación por los problemas psico-somáticos y los gastos que se derivan de ellos así como disminución en la frecuencia de uso del servicio de consulta externa, solicitudes de laboratorios clínicos, gabinete y hospitalización de pacientes.

V. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre funcionalidad familiar y malestar psicológico en pacientes usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, de la comunidad de Potam.

VI. HIPOTESIS

H1. Existe una relación positiva entre funcionalidad familiar y malestar psicológico en pacientes usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, en la comunidad de Potam.

H0. Existe una relación negativa entre funcionalidad familiar y malestar psicológico en pacientes usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, en la comunidad de Potam.

VII. MATERIAL Y METODOS

7.1 Característica del lugar donde se realizará el estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 27 de Potam, la cual es de primer nivel y cuenta con un consultorio que otorga su servicio de lunes a viernes en los horarios matutino y vespertino. La clínica cuenta actualmente con una población total de 3,641 derechohabientes. Las vías de acceso a Potam son por medio de líneas de camiones suburbanos las cuales van desde Ciudad Obregón a Bahía de Lobos pasando en su trayecto por distintas comunidades. La Unidad de Medicina Familiar 27 se encuentra localizada en calle Principal y Conti S/N, Centro de Potam, municipio Guaymas.

7.2- Diseño y tipo de estudio

Observacional, analítico, prospectivo y transversal.

7.3.-Definición operacional y conceptual de las variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
USUARIO FRECUENTE	Persona que usa algo habitualmente. Persona que acude en 2 o más ocasiones en un periodo de 30 días.	Con base en el número de consultas (expediente).	Cualitativa nominal	Que acudan 2 o más ocasiones a consulta en un intervalo de 30 días.
MALESTAR	Conjunto de	Escala de	Cualitativa	1.-Bajo (10-15)

PSICOLÓGICO	cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso y que no puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos.	malestar psicológico de Kessler (K-10)	Ordinal	2.-Moderado (16-21) 3.-Alto (22-29) 4.-Muy alto (30-50)
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Conjunto de relaciones interpersonales, que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	APGAR Familiar	Cualitativa Ordinal	1.- 0-9 disfunción grave 2.- 10-13 Disfunción moderada 3.-14-17 Disfunción Leve 4.-Igual o mayor a 18 Funcional
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones	Interrogatorio	Cualitativa Nominal	1.-Casado 2.-Divorciado 3.-Unión libre 4.-Viudo 5.-Separado

	civiles; sobre todo en lo que hace su relación a su condición de soltería, matrimonio y viudez.			
NIVEL SOCIO ECONOMICO	Es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica basada en el nivel de educación, ocupación y el patrimonio.	Escala Graffar Méndez castellanos	Cualitativa Ordinal	1.-Estrato alto 2.-Estrato medio alto 3.-Estrato medio bajo 4.-Obrero 5.-Estrato Marginado
SEXO	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticas a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades masculinas y femeninas	Interrogatorio	Cualitativa nominal	1.- Masculino 2.- Femenino

	(conocidas como sexo).			
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en la escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada	Interrogatorio	Cualitativa ordinaria	1.- Ninguno 2.- Primaria incompleta 3.- Primaria Completa 4.- Secundaria 5.- Preparatoria 6.- Licenciatura
EDAD	Tiempo en que una persona, animal o planta ha vivido desde que nació. Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.	Observación en relación a la edad cronológica	Cuantitativa discreta	Años
ENFERMEDADES CRONICAS	Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Interrogatorio Diabetes mellitus Hipertensión arterial	Cualitativa nominal	1.- Presencia 2.- Ausencia

ADICCIONES	Hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos	Interrogatorio	Cualitativa nominal	1.- Presencia 2.- Ausencia
-------------------	--	----------------	---------------------	-------------------------------

7.4 Universo y población del estudio

El presente estudio se realizó a las pacientes usuarias frecuentes del sexo femenino que acudieron al servicio de consulta externa de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar # 27.

7.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Ser derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.
- Mujer entre 18 y 59 años
- Que deseen participar y firmen consentimiento informado
- Usuaria frecuente

Criterios de exclusión:

- Pacientes que padezcan deterioro cognitivo
- Que desistan participar en el estudio

Criterios de eliminación:

- Encuesta incompleta (menor de 90% de llenado)

7.6 Tamaño de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia debido a que el universo es reducido. La población total de la comunidad adscrita a la UMF 27 es de 3,641 y, tomando en cuenta la proporción de personas sanas en relación a las que manejan ansiedad y depresión, es demasiado pequeña la muestra.

Para el cálculo del tamaño de la muestra de población se encuentra la siguiente fórmula. Se utilizó la fórmula para una correlación simple: $N = 3 + K/C^2$

En donde:

N = tamaño de la muestra

$K = (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2$ con nivel de significación de 0.01 y poder del 90% = 8.6

$C = (0.5) \ln(1+r / 1-r) = 0.480$

$r = 0.6$

$$n = 3 + \frac{(8.6)}{(0.693)^2}$$

$$n = 3 + \frac{(8.6)}{(0.480)}$$

$n = 21$ pacientes

Con base en la pérdida esperada del 20%

$$n' = \frac{n}{1 - L}$$

n' = tamaño de muestra calculado

L = porcentaje de pérdidas a calcular = 20% (0.2)

$$n' = \frac{21}{(1 - 0.2)}$$

$n' = 26$ pacientes.

7.7 Descripción General del Estudio

El estudio se realizó con previa autorización del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603 de la Unidad de Medicina Familiar # 1, con número de registro R-2014-2603-50 (Anexo 1). Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional y analítico en pacientes usuarias frecuentes del servicio de consulta externa en medicina familiar las cuales fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia debido a que el universo es reducido tomando en cuenta los 3641 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Potam y la proporción de personas sanas en relación a las que manejan ansiedad y depresión.

Se seleccionó a las mujeres derechohabientes de la UMF No. 27 que acudieran a dos o más consultas del servicio de medicina familiar en un periodo menor a 30 días, que tuvieran entre 18 y 59 años, que desearan participar y firmaran el consentimiento informado (Anexo 2) así mismo, se excluyeron aquellas que tuvieran deterioro cognitivo y se eliminaron las que no completaron el llenado de los instrumentos de medición.

Se les aplicó a todas las pacientes la escala de Kessler que consta de 10 preguntas específicas sobre malestar psicológico donde se refieren síntomas de ansiedad y depresión en las personas durante las cuatro semanas previas a la aplicación (anexo 3). Las respuestas son de tipo Likert, categorizadas en una escala ordinal de cinco niveles: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. A la respuesta **nunca** se le asigna el valor escalar de 1 y a la respuesta **siempre** de 5 puntos, la suma de las puntuaciones tiene un mínimo de 10 y un máximo de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: **bajo** (10-15), **moderado** (16-21), **alto** (22-29), y **muy alto** (30-50).

Así mismo, se aplicó el instrumento APGAR familiar es un instrumento útil para valorar el funcionamiento familiar (anexo 4). Diseñado en 1978 por Gabriel Smilkstein. Consta de un cuestionario que puede ser autoadministrado y consta de

cinco ítems tipo Likert para valorar la percepción de la persona sobre la función de su familia.

Las siglas APGAR se derivan de los cinco componentes que evalúa: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, y capacidad resolutive. Los ítems de la escala se califican como: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, se le asignan puntuaciones de 0 a 4 respectivamente.

Los puntajes totales pueden oscilar entre 0 y 20. A mayor puntaje, mejor funcionalidad familiar; una puntuación entre 0-9 = **disfunción grave**, 10-13 = **disfunción moderada**, 14-17 = **disfunción leve**, igual o mayor a 18 se considera **funcional**.

Es conocido que durante el transcurrir de la vida el ser humano se encuentra diferentes circunstancias y en la mayoría de los casos tiene la capacidad de adaptar sus respuestas, cuando esto no ocurre, se pueden desarrollar síntomas psíquicos y conductuales ante un estresor identificado. La escala de eventos críticos de Thomas Holmes, está determinada por eventos en la vida del hombre que son causantes de estrés.

Se les aplicó a todas las pacientes la escala de Eventos críticos, elaborada por Thomas Holmes y Rahe en 1967 (anexo 5), en la cual se adjudican un valor determinado a eventos en la vida del hombre que son causantes de estrés, formada con 43 ítems. La calificación de la escala refiere: 0-150 UH **no existen problemas importantes**, de 151 a 199 UH **crisis leve**, de 200 a 299 **crisis moderada**, de 300 o más UH **crisis severa**.

Las variables a estudiar fueron: malestar psicológico, funcionalidad familiar, estado civil, nivel socioeconómico, sexo, escolaridad, edad, enfermedades crónicas y adicciones.

Para evaluar en las pacientes usuarias frecuentes el malestar psicológico, se les aplicó por medio de autollenado la escala de Kessler, para medir funcionalidad

familiar se aplicó en dos integrantes mayores de 16 años de la familia, uno de ellos es la propia paciente.

Para el nivel socioeconómico se utilizó el método de Graffar Méndez Castellanos (Anexo 6), desarrollado en Francia por el Dr. Graffar y adaptado por el Dr. Hernán Méndez Castellanos. Consiste en una estratificación de la población a partir de las siguientes cinco variables: profesión del jefe/a de la familia, nivel de instrucción de los padres, fuente de ingreso y alojamiento y aspecto del barrio (vivienda). A partir de la suma de las variables se identifican cinco estratos: **nivel Alto** (Estrato I), **nivel medio alto** (Estrato II), **nivel medio bajo** (Estrato III), **nivel obrero** (Estrato IV) y **nivel marginal** (Estrato V).

Por interrogatorio directo se recabaron las variables edad, estado civil, sexo, escolaridad, enfermedades crónicas y adicciones.

7.8 Análisis estadístico

Los datos obtenidos se integraron en las hojas de recolección de datos y se analizaron mediante el software estadístico SPSS versión 21 en español. Realizamos estadística descriptiva e inferencial; para variables cualitativas utilizamos frecuencias y porcentajes, para variables cuantitativas media, mediana, moda, rango y desviación estándar. Se analizaron los resultados a través de la R de Pearson así como la correlación de Spearman con un intervalo de confianza al 95%. Se consideró una $p < 0.05$ como significativa.

VIII. RESULTADOS

Se analizó una muestra total de 26 pacientes usuarias frecuentes del servicio de consulta externa en medicina familiar, no se eliminó ninguna de la muestra original.

Se obtuvieron los siguientes datos descriptivos: la media de edad fue de 40.31 años con un rango de 19 a 59 y una desviación estándar de 13.56 años. En el percentil 50 se encuentra la edad de 38 años (tabla 1).

La escolaridad más frecuente fue secundaria con 8 pacientes (30.8%), luego la primaria completa con 6 mujeres (23.1%), primaria incompleta 4 (15.4%) preparatoria 4 (15.4%) y ninguna escolaridad la presentan 3 (11.5%) y la de menor frecuencia con una persona fue profesionista (3.8%). En estado civil se encontró que 10 usuarias (38.5%) son casadas, unión libre con 9 (34.6%), con 4 integrantes en viudez (15.4%), dos separados (7.7%) y una divorciada (3.8%) (Tabla 2).

Así mismo, se observó quiénes vivían con una pareja sentimental donde se encontró que 19 individuos (73.1%) si compartían el mismo techo con su pareja, el resto (7 pacientes o 26.9%) no vivían con pareja.

Se interrogaron las enfermedades crónicas de las pacientes y se encontraron ausentes en 16 (61.5%) y 10 (38.5%) si las presentan. Ninguna reportó adicciones.

En nivel socioeconómico se encontró que 12 pacientes (46.2 %) pertenecen al estrato marginado, 11 (42.3%) al estrato obrero, 1 (3.8%) al estrato medio bajo y 2 (7.7%) al estrato medio alto (Tabla 2).

El malestar psicológico se encontró con mayor frecuencia en nivel Muy alto con 10 pacientes (38.5%) después en moderado con 9 personas (34.6%) y alto con 7 pacientes (26.9%) (Tabla 3).

Al realizar Ji cuadrado para relacionar la presencia de malestar psicológico y vivir con pareja sentimental se encontró que 10 mujeres (38.46%) si presentaban malestar psicológico cuando tenía pareja en casa y 9 (34.61%) no presentaba malestar con la misma característica. Por otro lado, 7 (26.92%) presentaba malestar psicológico

aunque no tuviera pareja viviendo en casa y ninguna paciente reportó ausencia de malestar psicológico mientras no tenía pareja en casa. La significancia estadística para esta prueba fue de $p=0.024$ (Tabla 3).

Según el resultado de la aplicación de la escala de Holmes, los eventos críticos se encuentran presentes en 12 usuarias (46.25%), con crisis leve 8 (30.8%) y 4 con crisis moderada (15.4%) mientras que en 14 pacientes (53.8%) no se presentan problemas importantes (tabla 3).

Al relacionar a través de J los eventos críticos y la presencia o ausencia de pareja sentimental en casa se encontró que, de las 19 pacientes que viven con una pareja, 3 (11.25%) si presenta crisis y 16 (61.53%) no la presenta. Por otro lado, de 7 que no tiene a su pareja en casa, una si presenta crisis y 6 (23.07%) no la presenta. Esta prueba no fue estadísticamente significativa.

En la evaluación de la funcionalidad familiar según la paciente se encontró que, de 26 sujetos, cuatro (15.38%) tenían una familia funcional, el resto (22 u 84.61%) cumplía con los criterios para disfunción leve (1 o 3.84%), disfunción moderada (10 o 38.46%) y disfunción grave (11 o 42.3%). Por otro lado, al aplicarse la escala a la paciente y otro familiar se encontró que 10 familias (38.5%) tenían disfunción grave, nueve (34.6%) padecían disfunción moderada y 4 (15.4%) disfunción leve, el resto (3 o 11.5%) eran familias funcionales (Tabla 3).

Se determinó la correlación entre el grado de funcionalidad familiar de acuerdo a la paciente y el grado de malestar psicológico por medio de la prueba Rho de Spearman donde se obtuvo una correlación de -0.663 con una significancia estadística de $p=0.01$. Posteriormente se reajustaron los resultados obteniendo unas variables dicotómicas para realizar Ji cuadrado donde se obtuvo que, de 26 pacientes, veintidós pacientes manifiestan funcionalidad familiar, de ellas, dieciséis no manifiestan malestar psicológico y cinco si lo expresa. Por otro lado, cinco mujeres manifiestan disfunción familiar, de ellas, cuatro presentan malestar psicológico y una no lo expresa. La relación entre ambas variables tiene una $p=0.018$ (Tabla 5).

Así mismo, se realizó la prueba de Rho de Spearman para buscar correlación entre Funcionalidad familiar y los eventos críticos en la familia. Se encontró un coeficiente de correlación de -0.083 con una significancia estadística de $p = 0.68$. Se dicotomizó para realizar Ji cuadrado y se encontró que, de los 22 pacientes sin eventos críticos, dieciocho tienen familias funcionales y cuatro manifiestan disfuncionalidad familiar. De los cuatro pacientes que dijeron que si tenían eventos críticos, tres manifestaron que tienen una familia funcional y una con familia disfuncional con una $p=0.75$. (Tabla 5).

IX. DISCUSIÓN.

Según Latorre y cols. (2012), una causa muy frecuente de consulta médica son los trastornos de ansiedad y depresión donde pueden llegar hasta un quinto de las mismas sin hacer referencia a algún grupo de edad. La sobreutilización de servicios de salud se presenta con mayor frecuencia en personas que presentan trastornos de ansiedad o depresión generando un mayor costo de atención. En el caso de la población anciana, existe un reporte de la Ciudad de México donde se comparó las tasas de utilización en servicios de salud de acuerdo con la presencia o ausencia de depresión y morbilidad grave en los últimos seis meses y encontró que las personas con depresión sin comorbilidad reciente tuvieron una razón 64% mayor que las que no tenían depresión y para las que tenían alguna otra comorbilidad fue aún mayor.²⁴

En este estudio, se ha encontrado una mayor asistencia a consulta en mujeres mayores a 55 años sin presentar, en su mayoría, enfermedades crónicas (61.5% contra 38.5%). Esta diferencia sugiere que la población estudiada tiene sus propias características como región rural/indígena a la que pertenece.

En el reporte de Wagner et. al. se encontró que personas con bajo nivel de educación tienen mayor riesgo de depresión en México, en esta investigación se encuentra congruencia con dicho dato ya que sólo una persona terminó una licenciatura y la mayor parte de la población estudiada (22 pacientes o el 84.61%) cuenta con educación menor a secundaria.

Saavedra-González y cols. Afirman que la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto desde el punto de vista individual como familiar y la disfunción familiar ocurre cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés. En esta investigación no se encontró acuerdo con la referencia ya que hubo eventos críticos solo en cuatro de 26 pacientes y, de ellos, solo una tenía disfuncionalidad familiar, por lo tanto, encontramos resultados que se oponen a dicha aseveración.²⁵

Finalmente, Saavedra-González y cols. Encontraron que la funcionalidad familiar no está relacionada con el grado de depresión, pero se documentó que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar. En nuestro estudio se encontró que no existe correlación fuerte entre el malestar psicológico y la funcionalidad familiar con una significancia estadística de $p = 0.01$, por lo tanto, la información recopilada de otros estudios es congruente con los resultados obtenidos.

Una observación importante de esta investigación fue que las mujeres que vivían con una pareja sentimental presentaban más frecuentemente malestar psicológico y visto de otra manera, las pacientes que no vivían con una pareja, no presentaban malestar psicológico. Estos datos no han sido estudiados abiertamente en México, sin embargo, en patologías como el cáncer de mama si se ha estudiado esta relación. En su investigación, Giedre Bulotiene y Laura Zalnierunaite de Argentina, encontraron que las pacientes con cáncer de mama que estaban casadas presentaban mayor malestar psicológico.²⁶

X. CONCLUSIÓN.

Si existe relación entre la funcionalidad familiar y el malestar psicológico, ya que en una usuaria frecuente de la consulta externa entre menor es el grado de funcionalidad familiar presente mayor es el grado de malestar psicológico.

Conocer las causas de la visita frecuente a los servicios de salud es importante ya que, por medio del conocimiento se puede entender y realizar estrategias apropiadas para disminuir este hecho. El presente estudio demostró que es necesaria la intervención intrafamiliar para trabajar aspectos paralelos que, están relacionados con la atención médica pero que, sin duda alguna, requieren que el médico tratante esté consciente de ello.

Es evidente que la situación observada en esta investigación hablando de una población femenina joven es determinada por las características regionales, donde el nivel sociocultural, económico y escolar es bajo.

Es por lo anterior que se requiere de una selección más detallada de la población a estudiar donde, no sólo sea rural, sino que se realice una investigación a profundidad con una muestra mucho más grande para conocer más características de las usuarias que frecuentemente acuden al servicio de medicina familiar. Una característica que debe observarse con mayor cuidado es si la edad se relaciona con la percepción de funcionalidad familiar, eventos críticos y malestar psicológico y la búsqueda intencionada de factores de riesgo para ser un usuario (sin excluir al género masculino) frecuente de la consulta externa de medicina familiar.

XI. RECOMENDACIONES.

A pesar de la brecha cultural existente en ésta población, es importante que el médico pueda acceder al conocimiento de las creencias que la paciente tiene sobre su papel en la familia, para así poder detectar y atender los factores que se conjugan para el desarrollo del malestar psicosomático.

Importante también sería realizar cambios dentro del primer nivel para generar sensibilidad y capacitar al personal al escuchar la quejas médicas o somáticas tanto del paciente como del acompañante generando una detección pronta mediante la evaluación de escalas de fácil aplicación, como la aplicada en éste estudio.

Además de lo anterior, es importante la implicación para los médicos familiares, tanto en el aspecto educativo como clínico, por lo que se sugiere enfatizar los conocimientos básicos del funcionamiento familiar, para que respondan con eficiencia y efectividad a las nuevas necesidades de salud que la sociedad demanda y capacitarse, a través de diversas estrategias, en la atención integral de los pacientes adultos con malestares psicológicos, considerando a los familiares como red de apoyo en el cuidado, que contribuyen en el mantenimiento y la estabilidad de la unidad familiar.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Echeverri-Gallo C, Álvarez-Restrepo A, Londoño-Bernal LV. Aspectos subjetivos implicados en la demanda de consulta médica frecuente. *Psicol Caribe* [Internet]. 2012 [Consultado en junio 2014]; 29(2)511-537. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21324851011>
- 2.-Berenzon-Gorn S, Galván-Reyes J, Saavedra-Solano N, Bernal-Pérez P, Mellor-Crummey L, Tiburcio-Sainz M. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*. 2014; 37 (4)313-319.
- 3.-Rocha –Sánchez TE, Cruz del Castillo C. Barreras estructurales y subjetivas en la transición de roles de mujeres mexicanas y su malestar emocional. *Acta Colombiana Psicol* 2013; 16(1)123-135.
- 4.-Lozano-Serrano C, Ortiz-Lobo A, Gonzales-González R. Análisis Comparativo de los Pacientes con o sin trastorno mental diagnosticable. *RevAsocEspNeuropsiq* 2011; 31(111): 421-435.
- 5.-Alvarez-Apostol JL, Figueredo MH, Cruz-Méndez A, Alves-Rodríguez M. Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud. *Rev Latino-Am Enfermegem* [Internet]. 2011 [Consultado el 5 de junio 2014]; 19(2)[348-353] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000200017&script=sci_arttext&tlng=es
- 6.-Alvarez-Vacas BF. Presencia de ansiedad, depresión y trastornos psicósomáticos en pacientes que acuden al servicio de atención médica primaria de un consultorio privado de la Ciudad de Quito. [Internet]. Ecuador: Univ Américas; [2013, Consultado el 3 de junio 2014]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/1559>
- 7.-Gutiérrez-Quintanilla JR, Portillo-García LB. La ansiedad y depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. *RevElectrPsicol*

Iztacala [Internet]. [2013 [Consultado el 2 de junio 2014]; 16(2)[540-541]. Disponible en:<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/39965>

8.-Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2005 [Consultado el 28 de mayo 2014]; 62(10)[1097-1106]. Disponible en:
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208965>

9.-Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. SaludPública 2005; 47(S1) s4-s11.

10.-Lopera-Valle JS, Rojas-Jiménez S. Salud mental en población indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. Medicina UPB [Internet]. 2012 [Consultado el 13 de mayo del 2014]; 31(1)[42-52]. Disponible en
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id159024332007>

11.-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La población Indígena en México [Internet]. México: INEGI; [2004, Consultado el 11 de mayo 2014]. Disponible en:
http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/poblacion_indigena/Pob_ind_Mex.pdf

12.-Jiménez-Valdez EI. Género, etnia y globalización: identificación y análisis de tres estrategias que realizaran las mujeres yaquis dentro de sus hogares para ganar autonomía. Rev Frontera Norte [Internet]. 2013 [Consultado el 19 de julio del 2014];25(49)[131-156]. Disponible en:
<http://www.colef.mx/fronteranorte/articulos/FN49/6-f49.pdf>

13.-Moctezuma-Zamarrón JL, López-Aceves H. Pueblos indígenas del México contemporáneo. México: Editorial de la CDI México; 2007. [Consultado el 26 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/mayos.pdf>

- 14.-Membrillo-Luna A, Fernández-Ortega MA, Quiroz-Pérez JR, Rodríguez-López JL. Introducción al estudio de sus elementos. México: Editores de textos Mexicanos; 2008.
- 15.-Latorre-Postigo JM, Navarro-Bravo B, Parra-Delgado M, Salguero JM, Mae-Wood C, Cano-Vindel A. Evaluación e Intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. RevClinFam 2012; 5(1)37-45.
- 16.-Herrera-L LM, Rivera-M MS. Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionado con factores sociodemográficas, académicas y familiares. Ciencia y enfermería 2011; 17(2)55-64.
- 17.-Agudelo D, Buela-Casal G, Donald-Spielberger CH. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. Salud Mental 2007; 30 (2)33-41.
- 18.-Berenzon-Gorn S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública Mex 2013; 55(1)74-79.
- 19.-Vargas-Tellez BE, Villamil-Salcedo V. Rodríguez- Estrada C, Pérez-Romero J, Cortes-Sotres J. Validación de la Escala de Kessler 10 (k-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Rev Salud Mental [Internet]. 2011 [Consultado el 12 de mayo del 2014]; 34(4)[323-331]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005
- 20.-Hernandez-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior. Salud Tabasco [Internet]. 2011 [Consultado el 20 de mayo 2014]; 18(1)[14-23]. Disponible en:<http://www.redalyc.org/pdf/487/48724427004.pdf>

- 21.-Forero-Ariza LM, Avendaño-Duran MC, Duarte-Cubillas ZJ, Campos-Arias A. Consistencia interna y análisis de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. RevColombPsiquiatr [Internet]. 2006 [Consultado el 4 de junio 2014]; 35(1)[23-29]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n1/v35n1a03.pdf>
- 22.-Anzures-Carro RL, Chávez-Aguilar V, García-Peña MC, Pons-Álvarez ON. Medicina familiar. México: Corporativo Intermedica; 2008.
- 23.-Orozco-Vargas AE, Delgadillo-Guzmán L, González-Villanueva L. Depresión, Violencia de pareja, y autoeficacia materna en inmigrantes de origen mexicano. Revista psicología científica [internet].2013 [consultado el 13 de mayo de 2014]; 15(11) Disponible en:<http://www.psicologiacientifica.com/depresion-violencia-pareja-auto-eficacia-materna/>
- 24.-Wagner-FA, González-Fortaleza C, Sanchez-García S, García-Peña C, Gallo-JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud mental. 2012;35(1):3-11.
- 25.-Saavedra-Gonzalez AG, Rangel-Torres SL, García-De León A, Duarte-Orduño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam. 2016;23(1):24-28
- 26.-Bulotiene-G, Zalnierunaite-L. Malestar psicológico en mujeres lituanas con cáncer de mama. Revista Argentina de clínica psicológica.2011;20(2):271-278.

A handwritten signature in blue ink, possibly reading 'Zalnierunaite-L.', with the date '18/08/16' written below it.

ANEXOS

Anexo 1. Tablas.

Tabla 1. Edad de la paciente

N	26 pacientes
Media	40,31 años
Desv. típ.	13,564 años
Rango	40
Mínimo	19 años
Máximo	59 años
Percentiles	
25	29 años
50	38 años
75	54,5 años

Fuente: base de datos SPSS 21

Tabla 2. Características sociodemográficas de usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, Potam.

Variable	(n=26)	(%)	
Escolaridad	Ninguna	3	11.5
	Primaria incompleta	4	15.4
	Primaria completa	6	23.1
	Secundaria	8	30.8
	Preparatoria	4	15.4
	Licenciatura	1	3.8
Estado civil	Casada	10	38.5
	Divorciada	1	3.8
	Unión libre	9	34.6
	Viuda	4	15.4
	Separada	2	7.7
Nivel socioeconómico	Estrato medio alto	2	7.7
	Estrato medio bajo	1	3.8
	Estrato obrero	11	42.3
	Estrato marginado	12	46.2

Fuente: base de datos SPSS 21

Tabla 3. Características psicológicas y familiares de usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, Potam.

Variable		(n=26)	(%)
Malestar psicológico	Moderado	9	34.6
	Alto	7	26.9
	Muy alto	10	38.5
Eventos críticos (Escala de Holmes)	No hay problemas importantes	14	53.8
	Crisis leve	8	30.8
	Crisis moderada	4	15.4
Funcionalidad familiar (APGAR-paciente)	Disfunción grave	11	42.3
	Disfunción moderada	10	38.5
	Disfunción leve	1	3.8
	Funcional	4	15.4

Fuente: base de datos SPSS 21

Tabla 4. X² Malestar psicológico/Pareja en casa

			Malestar psicológico		Total
			si	no	
Vive pareja sentimental en casa	si	Recuento	10	9	19
		% del total	38,5%	34,6%	73,1%
	no	Recuento	7	0	7
		% del total	26,9%	0,0%	26,9%
Total		17	9	26	
	% del total	65,4%	34,6%	100%	

p=0.02

Fuente: base de datos SPSS 21

Tabla 5. Correlación de malestar psicológico y funcionalidad familiar

r de Spearman		Malestar psicológico	Funcionalidad familiar
Malestar psicológico	Coeficiente de correlación	1,000	-,663**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	26	26
Funcionalidad familiar	Coeficiente de correlación	-,663**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	26	26

Fuente: base de datos SPSS 21

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 2. Instrumentos aplicados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

Relación funcionalidad familiar, ansiedad y depresión y ser usuaria frecuente del servicio de medicina familiar en la UMF 27, Potam”

INSTRUCCIONES:

Buen día la presente encuesta tiene como objetivo recabar información sobre pacientes que se pretende conocer la relación entre funcionalidad familiar y malestar psicológico en usuarias frecuentes de la UMF27, Potam.. Responda con sinceridad las siguientes preguntas. Los datos que usted proporcione serán anónimos y confidenciales y podrán ser usados únicamente para los fines de investigación. Gracias.

FACTORES DEMOGRAFICOS

No. De afiliación: _____

Sexo: masculino_____ Femenino_____

Edad (en años cumplidos):_____

Grado escolar: ninguno_____ Prim. Incompleta_____ Prim. completa_____ secundaria_____ preparatoria_____ licenciatura_____.

Estado Civil: Casado(a)_____ Divorciado(a)_____ Unión libre_____ Viudo(a)_____ separado(a)_____.

FACTORES DE SALUD

Salud: ¿Padece alguna enfermedad crónica? Si___ no___
cual(es)_____

Adicciones: ¿Fuma? Si_____ no_____ cuantos al día_____ desde que edad?_____ ingesta de bebidas alcohólicas: si___ no___ cuantas veces a la semana?_____ llega a la embriaguez_____ uso de otras drogas: si_____ no_____ cuáles?_____

Gracias.

ESCALA DE MALESTAR PSICOLOGICO DE KESSLER (K-10)

Adaptación al Castellano grupo Lisis 2011 (UANL).

Las siguientes preguntas describen formas en que la gente actúa o se siente. Marca la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes (por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estas inseguro haz tu mejor estimación).

En el último mes	Nunca 1	Pocas Veces 2	A Veces 3	Muchas Veces 4	Siempre 5
1. ¿Con que frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?					
2. ¿Con que frecuencia te has sentido nervioso?					
3. ¿Con que frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?					
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?					
5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?					
6. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?					
7. ¿Con que frecuencia te has sentido deprimido?					
8. ¿Con qué frecuencia has					

sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?					
9. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?					
10. ¿Con que frecuencia te has sentido un inútil?					

APGAR FAMILIAR

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	siempre
1.- Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0	1	2	3	4
2.- Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	0	1	2	3	4
3.-Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	0	1	2	3	4
4.-Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor.	0	1	2	3	4
5.- Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia; el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero.	0	1	2	3	4


ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS

Variable	Puntos	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de educación superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios Viviendas con buenas condiciones sanitarias

4.- Condiciones de alojamiento	3	en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2 Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DE THOMAS HOLMES	
EVENTO CRÍTICO	
1.- Muerte del cónyuge	100
2.- Divorcio	73
3.- Separación matrimonial	63
4.- Causas penales	63
5.- Muerte de un familiar cercano	63
6.- Lesión o enfermedad personal	53
7.- Matrimonio	50
8.- Pérdida de empleo	47
9.- Reconciliación matrimonial	45
10.- Jubilación	45
11.- Cambios en la salud de un familiar	44
12.- Embarazo	40
13.- Problemas sexuales	39
14.- Nacimiento de un hijo	39
15.- Reajuste en los negocios	39
16.- Cambios en el estado financiero	38
17.- Muerte de un amigo muy querido	37
18.- Cambio a línea diferente de trabajo	36
19.- Cambio de número de discusiones con la pareja	35
20.- Hipoteca mayor	31
21.- Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22.- Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23.- Uno de los hijos abandona el hogar	29
24.- Dificultades con los parientes políticos	29
25.- Logro personal notable	28
26.- La esposa comienza a(o deja de) trabajar	26
27.- Inicia o termina la escuela	26
28.- Cambio en las condiciones de vida	25
29.- Revisión de hábitos personales	24
30.- Problemas con el jefe	23
31.- Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
32.- Cambio de residencia	20
33.- Cambio de escuela	20
34.- Cambio de recreación	19
35.- Cambio de las actividades religiosas	19
36.- Cambio de las actividades sociales	18
37.- Hipoteca o préstamo menor	17
38.- Cambio en los hábitos del sueño	16
39.- Cambio en el número de reuniones familiares	15
40.- Cambio en los hábitos alimentarios	15
41.- Vacaciones	13
42.- Navidad	12
43.- Violaciones menores a la ley	11

Anexo 4. Carta de consentimiento informado.

 <p>IMSS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Relación entre la funcionalidad familiar y malestar psicológico en usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, Potam.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27, Potam, Sonora.
Número de registro:	R-2014-2603-50
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y malestar psicológico en usuarias frecuentes de la consulta externa en la UMF 27, Potam.
Procedimientos:	Se me ha explicado que se aplicará una encuesta en la atención médica
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud, solamente se aplicarán unas encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Canalizaremos a las pacientes con problemas para que tengan abordaje oportuno, buscando que tengan un adecuado estado de salud biopsicosocial y disminuir problemas futuros.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará a la paciente el resultado del estudio, se analizarán los resultados. Se me ha explicado que con los resultados de esta investigación se podrán adoptar acciones preventivas, y de tratamiento adecuadas para beneficio de mi salud.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
Clave: 2810-009-013	
En caso de colección de material biológico (no aplica)	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	El investigador responsable se ha comprometido en informarme acerca de alternativas a mi actual tratamiento en caso de ser necesario.
Beneficios al término del estudio:	Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en identificar la relación entre la funcionalidad familiar y malestar psicológico en usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, Potam.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Aracelia Cuevas Sojo Correo Electrónico ely-2004@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. José Aurelio Méndez Cazares Correo electrónico Jose.Aurelio.Mendez.cazares@Gmail.com .
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo #1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo 5. Dictamen autorizado.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2603
U MED FAMILIAR NUM 1, SONORA

FECHA 22/10/2014

DRA. ARACELIA CUEVAS SOJO

P R E S E N T E

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

"Relación entre la funcionalidad familiar y malestar psicológico en usuarias frecuentes de la consulta externa de la UMF 27, Pótam"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2014-2603-50

ATENTAMENTE

DR.(A). MIGUEL ZEMPUAL LOPEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL