

11226 6



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA CLÍNICA "DR. IGNACIO CHÁVEZ"  
I.S.S.S.T.E. MÉXICO D.F.**

**NIVELES DE ESTRÉS, COHESIÓN Y  
ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN  
DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA  
FAMILIAR DR. "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE.**

**TRABAJO**

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

**PRESENTA:  
DR. FILIBERTO BARRIOS VÁZQUEZ**



**ISSSTE**

**MÉXICO, D.F.**

**MAYO, 2003**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1-A



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.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

# PAGINACIÓN DISCONTINUA

NIVELES DE ESTRÉS, COHESION Y ADAPTABILIDAD  
FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES DE  
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"DR. IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FILIBERTO BARRIOS VÁZQUEZ

AUTORIZACIONES

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
JEFA DE ENSEÑANZA DE LA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"DR. IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE.  
ASESORA DE TESIS.

I. S. S. T. E.  
Sub-Delegación Médica  
Zona Sur, D.F.



JUN 5 2003



DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS  
PROFESOR TITULAR "A" T.C. INTERINO  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.  
ASESOR DE TESIS.

*Clínica Dr. Ignacio Chávez*



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NIVELES DE ESTRÉS, COHESION Y ADAPTABILIDAD  
FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES  
DE LA CLÍNICA FAMILIAR  
"DR. IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. FILIBERTO BARRIOS VÁZQUEZ

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

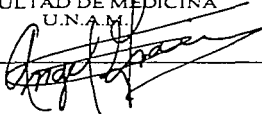
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL ESTRÉS	1
1.1.1 Definición de estrés	3
1.1.2 Clasificación de estrés	6
1.1.3 Factores estresantes	9
1.1.4 Fisiopatología del estrés	13
1.1.5 Cuadro clínico de estrés	15
1.1.6 Complicaciones del estrés	16
1.1.7 Tratamiento del estrés	17
1.1.8 Escalas de evaluación	20
1.1.9 Trastornos de somatización y estrés	22
1.2 FAMILIA Y ESTRÉS	23
1.2.1 Disfunción familiar	26
1.2.2 Definición de familia	28
1.2.3 Antecedentes históricos de medicina familiar	29
1.2.4 El perfil profesional del médico familiar	31
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
3. JUSTIFICACIÓN	37
4. OBJETIVOS	38
4.1 Objetivo general	38
4.2 Objetivos específicos	38
5. MATERIAL Y MÉTODOS	39
5.1 Tipo de estudio	39
5.2 Diseño de investigación del estudio	39
5.3 Población, lugar y tiempo	40
5.4 Muestra de estudio	40
5.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	40
5.6 Variables	41
5.7 Definición conceptual y operativa de las variables	50

5.8	Diseño estadístico	50
5.9	Instrumento de recolección de datos	51
5.10	Método de recolección de datos	51
5.11	Maniobras para evitar y controlar sesgos	51
5.12	Prueba piloto	52
5.13	Procedimientos estadísticos	53
5.14	Cronograma	64
5.15	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento	64
5.16	Consideraciones éticas	65
6.	RESULTADOS	66
7.	DISCUSIÓN	76
8.	CONCLUSIONES	77
9.	REFERENCIAS	79
ANEXO 1		82
ANEXO 2		83
ANEXO 3		86
ANEXO 4		87

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de niveles altos de estrés y su relación con la cohesión y adaptabilidad familiar.

**Diseño:** Estudio descriptivo, observacional y transversal.

**Materiales y métodos:** Fueron aplicados tres cuestionarios, una ficha de identificación, el cuestionario de estrés y la escala de evaluación de FACES III, en una muestra no aleatoria de 150 pacientes entre las edades de 18 y 65 años obtenida por cuotas en la clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE en la delegación Coyoacán, México, Distrito Federal. El análisis se realizó mediante el programa estadístico SPSSV.10.

**Resultados:** La frecuencia encontrada de estrés en los pacientes encuestados fue de 0 % en nivel 1 (sin estrés), 62 % en nivel 2 y 3 (estrés promedio), 38 % en nivel 4 y 5 (estrés patológico). En la escala de evaluación de FACES III, la frecuencia de familias con respecto a cohesión se encontró el 32.67 % familias relacionadas, 37.33 % familias semirrelacionadas, 20.67 % familias no relacionadas y 9.33% familias aglutinadas. En cuanto a la adaptabilidad se encontró el 28.67 % familias flexibles, 16.67 % familias estructuradas, 36.67 % familias caóticas y 18 % rígidas. La fuerza de asociación de cohesión con estrés extremo asociado a familias extremas se consideró como significativa con los siguientes valores de asociación: coeficiente Phi=0.177, V de Cramer=0.177 y coeficiente de contingencia=0.174, ( $p=0.03$ ). La asociación entre adaptabilidad con estrés extremo asociado a familias extremas se consideró con una correlación nula con coeficiente Phi = 0.32, V de Cramer=0.32, y coeficiente de contingencia de 0.32 ( $p=0.695$ ).

**Conclusiones:** La fuerza de unión existente entre las familias con estrés patológico y familias extremas con respecto a la cohesión familiar se considera ligera, es decir existe una relación insignificante. La relación con respecto a la adaptabilidad se considera nula, es decir, hay una relación ausente.

**Palabras clave:** Medicina Familiar, Estrés, FACES III.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

## SUMMARY

**Objective:** Determine the frequency of high levels of estrés and their relationship with the cohesion and family adaptability.

**Design:** Descriptive, observational and cross sectional study.

**Material and methods:** three questionnaires were applied, identification record, estrés questionnaire and the FACES III, in a non aleatory sample (150 patients among 18 to 65 years) obtained by quotas in the clinic of Family Medicine "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE in Coyoacán, Mexico, Federal District. The analysis was carried out by means of the statistical program SPSSV.10.

**Results:** The frequency with the estrés questionnaire was of 0% level 1 (sin estrés), 62% level 2 and 3 (estrés average), 38% level 4 and 5 (pathological estrés). In FACES III, the frequency of families with cohesion was of 32.67% related families, 37.33% families semirelacionadas, 20.67% non related families and 9.33% agglutinated families. Adaptability was of 28.67% flexible families, 16.67% structured families, 36.67% chaotic families and 18% rigid. The association of cohesion with extreme estrés in extreme families was of coefficient  $\Phi=0.177$ , 1.77 V Cramer y 0.174 coefficient contingency ( $p=0.05$ ). The association of adaptability with extreme estrés in extreme families was considered with a null correlation with coefficient  $\Phi=0.32$ , 0.32 V Cramer, 0.32 coefficient contingency ( $p=0.695$ ).

**Conclusions:** The existent union among the families with pathological estrés and extreme families with regard to the family cohesion is considered light, that is to say an insignificant relationship. The relationship with regard to the adaptability is considered null, that is to say, there is an absent relationship.

**Words key:** Family Medicine, Estrés, FACES III.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ESTRÉS

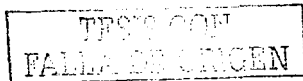
Los principales antecedentes históricos relacionados al estrés, se pueden encontrar principalmente durante la Primera Guerra Mundial, en donde se realizaron gran número de descripciones clínicas, relacionadas a patologías de cuadros, que se asemejaban a lo que luego se llamó Neurosis Post Traumática, fue especialmente durante la Segunda Guerra Mundial el momento en que este concepto adquirió mayor centralidad en el mundo clínico.

Por otro lado Frankl, relatando sus vivencias en los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, enfatiza que lo que puede mantener mentalmente sano a un individuo, evitándose así el trauma psíquico, es el desarrollo del sentido por la vida, basándose en postulados filosóficos y lógicos.<sup>1</sup>

Kardiner y Spiegel, caracterizaron al trauma de guerra por el fracaso en la adaptación del individuo al enfrentar la amenaza de aniquilación física, considerando que otros factores como el estrés psicológico, social y emocional contribuían a la fatiga del "yo".<sup>1</sup>

La mayoría de los escritores<sup>1</sup>, aún dentro de la corriente psicoanalítica, enfatizan el hecho que la amenaza por sí misma constituye el factor principal respecto a la causalidad del trauma, haciendo caso omiso a Freud en sus desarrollos teóricos, quien diferenció claramente entre "angustia señal", que como su nombre lo indica, percibe la amenaza y "angustia automática" que carece de todo tipo de signo o indicio detectable de amenaza, por lo tanto es postulada como núcleo del trauma.

Los autores citados anteriormente<sup>1</sup>, enumeraron las características generales de las reacciones asociadas a situaciones disruptivas, propusieron signos y síntomas, hoy conocidos por todos, ya que se asemejan a lo postulado por el manual de diagnóstico de la corriente americana D.S.M. III-R, hoy D.S.M. IV, estos autores enlistaron síntomas típicos como los siguientes: ansiedad generalizada, a menudo al punto del estupor, depresión, irritabilidad, nerviosismo y reacción de sobresalto, a menudo con reacción agresiva a estímulos menores; alteraciones en el dormir que incluyen pesadillas y sueños de guerra e insomnio; confusión y alteraciones en la concentración y la memoria, impotencia sexual y/o disminución de la libido, pérdida del apetito, dificultades en la adaptación social y laboral; síntomas psicósomáticos como cefaleas, dolores principalmente en el pecho y espalda, estados disociativos y otras alteraciones de la conciencia, algunas de las cuales incluyen agresividad con amnesia posterior, alucinaciones y pseudoalucinaciones; temblores y otras alteraciones de la actividad simpática, pasividad y comportamiento infantil, a menudo con enuresis, conversiones y amnesia, fobias por lo general sin representación simbólica presentándose como miedo difuso.



Se realizaron intentos por clasificar el síndrome, en base al lugar de aparición del primer síntoma. (timing) o momento en el cual aparecía el proceso patológico a la adaptación premórbida al nivel de estrés buscándose la posibilidad de discernir sobre su aparición.

Grinker y Spiegel, refiriéndose al lugar de aparición de los síntomas, describieron cuatro grupos bien diferenciados: <sup>1</sup>

1. Soldados cuyos síntomas comenzaron en el frente de batalla y disminuyeron de inmediato al ser evacuados o al descansar adecuadamente.
2. Soldados cuyos síntomas comenzaron en el frente de batalla y continuaron incluso después de ser enviados a las filas de retaguardia.
3. Soldados que no manifestaron síntomas mientras servían en el campo de batalla, y durante ese periodo sufrieron cambios en su personalidad que se transformaron en síntomas al recibir la baja o al alejarse de la escena de acción.
4. Soldados cuyas dificultades aparecieron por primera vez en la retaguardia en torno a la situación de readaptación.

Bourne y Strage, basándose en la adaptación premórbida describieron tres categorías diagnósticas: <sup>1</sup>

1. Fatiga de combate, caracterizada por una buena adaptación previa por estrés severo durante el combate y luego rápida mejoría.
2. Pseudo-fatiga de combate, con estrés leve durante el combate, lenta recuperación y dificultades en el control del impulso.
3. Neurosis de guerra, con problemas neuróticos prolongados agravados por el estrés.

Kardiner y Spiegel, enfatizan otros factores. Ambos autores al igual que los citados anteriormente consideran tres grupos diagnósticos: <sup>1</sup>

1. Fatiga de combate, con una rápida recuperación y retorno a la normalidad.
2. Neurosis de combate, sin retorno espontáneo a la normalidad y con limitación del yo.
3. Reactivación de neurosis previa.

Las categorías presentadas, parecen idénticas en ambas clasificaciones, a pesar de las diferencias semánticas. Las categorías dos y tres son difíciles de distinguir, sin embargo, difieren en lo que respecta a la indicación del tratamiento. En el caso de ser aceptadas las categorías dos y tres de Bourne y Strage<sup>1</sup>, tiende a proponer tratamientos de apoyo, de relajación, centralizándose en apartar al soldado del campo de batalla. Sin embargo, al aceptar las categorías dos y tres de Kardiner y Spiegel, será más frecuente la prescripción de tratamientos con características psicoanalíticas.<sup>1</sup>

### 1.1.2 DEFINICIÓN DE ESTRÉS

En la literatura científica no prevalece un consenso con respecto a la definición de estrés. Este término, stress, aparece publicado por primera vez en la revista Nature. Hans Selye fue quien introdujo este vocablo en el ámbito de la salud.<sup>1</sup>

A partir de 1950 el concepto de estrés, adquirió en la literatura psiquiátrica mayor relevancia, de manera tal que hoy en día es considerado como el "mal que acosa a la sociedad moderna".<sup>1</sup>

"Estrés" es una palabra derivada del latín, muy popular desde hace siglos con el significado de infortunio, apuro o adversidad. Más tarde es usado con relación a algo que denota fuerza, presión, tensión o un fuerte esfuerzo, tanto en una persona o a la facultad de su vida mental

Fue Hans Selye quien definió el estrés como: "La respuesta inespecífica del cuerpo a toda exigencia o demanda a éste", y postuló el Síndrome Biológico de Estrés (Biological Stress Syndrome) conocido también como Síndrome General de Adaptación (General Adaptation Syndrome). Describe al estrés como las respuestas orgánicas y fisiológicas ante cualquier estímulo que exige del organismo una inmediata defensa para sobreexistir.<sup>1</sup>

Selye explica que son tres las fases por las que pasa el organismo cuando se enfrenta a una situación de estrés, es decir, son tres los componentes del Síndrome General de Adaptación, aporte que ha permitido identificar los síntomas fisiológicos del estrés:<sup>1</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- a) Fase de reacción de alarma por parte del organismo, cuando este se ve súbitamente expuesto a una situación a la que le resulta difícil de adaptarse; el cuerpo reconoce el estrés.
- b) Fase de resistencia, en el transcurso de la cual el organismo hace intervenir todos sus mecanismos de defensa y adaptación y repara cualquier daño causado por la reacción de alarma.
- c) Fase de agotamiento, que acaba con las reservas adaptativas del organismo, agota las reservas de energía del cuerpo y le puede producir la muerte.

Los diferentes autores que se encuentran analizando las definiciones de estrés, pueden darle una interpretación muy personal, a la definición proporcionada por Hans Selye, como a continuación se menciona:

1. Para Vargas y cols.<sup>2</sup>, definen el estrés como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo o situación estresante, esta reacción fisiológica ante un estímulo nocivo inespecífico manifiesta un patrón de respuesta común ante todo tipo de estresores. Este modelo de respuesta fue denominado por Selye como " Síndrome General de Adaptación".<sup>1,2</sup>

Posteriormente, el término se ha utilizado con múltiples significados. El estrés se ha abordado desde tres perspectivas distintas: ambiental, biológica y psicológica. En la valoración ambiental se centran en los sucesos externos o experiencias objetivas. La orientación biológica se caracteriza por su análisis de la activación de los sistemas fisiológicos específicos. Por último, la tradición psicológica se centra en las evaluaciones de los individuos sobre las demandas externas y los recursos que poseen para afrontar dichas demandas.<sup>2</sup>

No obstante, el modelo teórico transaccional<sup>2,3</sup> de estrés y afrontamiento es el habitualmente empleado en psicología, este modelo no considera al estrés como un estímulo ni como una respuesta, sino el resultado de la relación dinámica entre el individuo y el entorno. Las personas evalúan el entorno como gravoso o excedente de sus recursos, lo cual, constituye una amenaza para su bienestar.<sup>2</sup>

2. A partir de las proposiciones de Benyakar<sup>1</sup>, el estrés como concepto adquiere centralidad, transformándose en un término casi cotidiano, a pesar de su moderna postulación como concepto, desde el punto de vista clínico no se encuentra muy distante de lo postulado por Freud al referirse a la "angustia señal", por lo tanto se puede referir al estrés como correlato moderno del concepto "angustia señal", propuesto por Freud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3. Neidhart, Weinstein y Conry, lo definen como "la proporción de deterioro y agotamiento acumulado en el cuerpo", demasiado estrés, debido tanto a un estímulo demasiado grande como demasiado pequeño, puede conducirnos a la angustia "distrés", rompiendo la armonía entre el cuerpo y la mente. Selye introdujo el término "eustrés" para definir la situación en la que la buena forma física y el bienestar mental facilitan que el cuerpo en su conjunto adquiera y desarrolle su máximo potencial.<sup>4</sup>

4. Dajalin Pérez Q. Refiere que, "El estrés es una respuesta no específica de carácter y modalidad eminente fisiológica que emite un organismo como consecuencia de una situación de constante que, al poner en peligro sus reservas adaptativas, su combustible de adaptación produce una ruptura, una crisis fisiológica que conduce a una patología orgánica"<sup>5</sup>

Por otro lado existen diversos autores con definiciones similares del concepto de estrés, pero todas ellas definen el desequilibrio existente en el organismo para poder producir una patología orgánica, siendo con el transcurso de los años se han elaborado definiciones del estrés cada vez más estudiadas y completas.

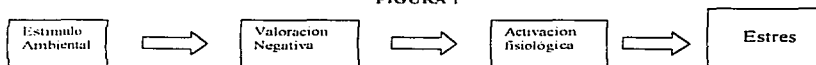
Sin embargo, algunos autores describen al síndrome de estrés, siguiendo una tradición médica que se remonta a Hipócrates, al conjunto de signos y síntomas que típicamente coinciden en un determinado estado o proceso morboso, sin obviar que cada uno de ellos pueden desarrollarse, en cada caso, por mecanismos muy diferentes. Un síndrome es psiquiátrico cuando los signos y síntomas que lo conforman son prioritariamente accesibles a la investigación psicopatológica. Los síndromes de estrés pueden constituir una entidad psiquiátrica específica en la medida que se logre establecer su delimitación con las influencias inespecíficas del estrés en la génesis y mantenimiento de los trastornos mentales en general.<sup>6</sup>

Refiriéndose al concepto de estrés, Cohen y colaboradores, postulan que este fenómeno consiste en las tensiones reactivas, físicas y emocionales, que pueden derivarse de eventos objetivos o estímulos externos o ambas cosas a la vez, llamando a estos factores estresantes.<sup>7</sup>

Un elevado nivel crónico de agitación mental y tensión corporal, superior al que la capacidad de la persona puede aguantar y que le produce angustia, enfermedades, o una mayor capacidad para superar esas situaciones "eustres".<sup>4</sup>

Desde 1966, Richard Lazarus<sup>8</sup> planteó su concepción acerca del fenómeno del estrés, con gran influencia cognitivista. Lazarus tomó en cuenta la consideración de variables intermedias entre situación y la reacción de los sujetos y añade que esta última depende del grado en que una situación es percibida como dañina, desafiante o amenazante; lo cual conduce a la consideración de un conjunto de variables mediadoras:

FIGURA 1



En ese sentido, Lazarus y Cohen<sup>1</sup> (1977) plantearon la existencia de tres bloques de procesos mediadores:

**Primer bloque:** son procesos mediadores procedentes del entorno propiamente dicho, tienen que ver con los recursos del entorno de que se dispone para hacerle frente a las demandas y exigencias externas.

**Segundo bloque:** son procesos mediadores de carácter fisiológico y se refieren al estado de salud, al nivel de energía corporal, entre otros.

**Tercer bloque:** son mediadores psicológicos, que tienen importancia en la dinámica del estrés y se enclavan dentro del término "valoración cognitiva", que se refiere a la percepción evaluativa de la transacción hombre – ambiente, al juicio sobre el significado del evento en relación con el bienestar de la persona.<sup>2</sup>

### 1.1.3 CLASIFICACIÓN DE ESTRÉS

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, ha establecido clasificaciones análogas, con pocas diferencias con las clasificaciones norteamericanas. La última CIE – 10 (1992) considera los siguientes trastornos de estrés: <sup>3</sup>

- Reacción aguda de estrés.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Cambio de personalidad tras experiencias catastróficas.
- Trastorno de adaptación.



## CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNDROMES DE ESTRÉS EN LA NOSOLOGÍA NORTEAMERICANA. 5

- DSM-I (1952): Reacción aguda de estrés.
  - Reacción situacional del adulto.
  - Reacción de adaptación.
  
- DSM-II (1968): Reacción de adaptación.
  
- DSM-III (1980): 1.- Trastorno de estrés postraumático.
  - a. agudo
  - b. crónico
  - c. retardado2.- Trastorno de adaptación.
  
- DSM-IV (1994): Trastorno agudo de estrés.
  - Trastorno de estrés postraumático.
  - Trastorno de adaptación.

El estrés, afecta al ser humano en su totalidad, aunque algunas de sus manifestaciones son más evidentes a unos métodos de observación que a otros. Cuando la detección de anormalidad, disfunción, sufrimiento o deterioros se debe a la aplicación de los métodos propios de la psicopatología se clasifican estas observaciones dentro de la nosología psiquiátrica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De esta manera se describe una psiquiatría del estrés, que se extiende a lo largo de tres dimensiones que son: el estrés psicológico, el trauma psíquico y la psicopatología reactiva. Sin embargo, se establece que la clasificación de los síndromes de estrés en: agudos y crónicos, correspondiendo a los primeros el autoestrés, la reacción aguda de estrés, la crisis psicosociales, el síndrome postraumático y los trastornos adaptativos y a los segundos el trastorno por estrés extremo y persistente, el síndrome de victimización de Ochberg (del que forma parte el Síndrome de Estocolmo), el síndrome de desgaste profesional o Burnout y el síndrome de acoso moral (del que forma parte el síndrome de acoso institucional).

## CLASIFICACIÓN DE ESTRÉS DE GONZALEZ DE RIVERA <sup>5</sup>

1. Síndromes Agudos
  - a. Síndrome de autoestrés
  - b. Reacción aguda de estrés
  - c. Síndrome de estrés traumático
  - d. Crisis psicosocial
2. Síndromes Crónicos
  - a. Trastorno por estrés extremo y persistente
  - b. Síndrome de victimización de Ochberg (forma parte del Síndrome de Estocolmo)
  - c. Síndrome de desgaste profesional o Burnout
  - d. Síndrome de acoso moral (forma parte el síndrome de acoso institucional)
  - e. Síndromes inespecíficos de "distress" o sobrecarga

En los últimos años los investigadores han llamado la atención sobre dos síndromes particulares que se derivan del estrés laboral, los cuales se convierten en tipos de clasificaciones específicas de estrés como lo son:

1. Síndrome del ejecutivo: se denomina de esta manera porque aparece con mucha frecuencia en directivos, especialmente asoma en aquellos que realizan muchas tareas al mismo tiempo, no sabe delegar eficazmente, no establece adecuadas relaciones interpersonales de apoyo y colaboración con subordinados y colegas, lo cual provoca que vivan en un estado de tensión permanente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2. **Síndrome del Burnout:** este síndrome se identifica como un tipo de estrés específico de las profesiones asistenciales, que aparece debido a la interacción con las demandas emocionales de los sujetos. Por esto es, muy frecuente en profesionales tales como: trabajadores sociales, médicos, enfermeras, psicólogos, secretarías, educadores, ejecutivos, periodistas y en todas aquellas profesiones que implican un trato directo con las personas.<sup>3</sup>

#### 1.1.4 FACTORES ESTRESANTES

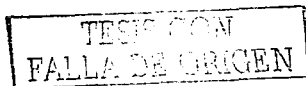
Cualquier situación que la persona perciba como una prueba, una amenaza o que exija un rápido cambio, es productora de estrés. Sin embargo, no todas las situaciones ni todos los factores estresantes son negativos. Una nueva relación amorosa o un ascenso importante en la carrera profesional puede causar estrés de una forma positiva. Tampoco los diversos factores estresantes producen el mismo impacto en todas las personas.<sup>4</sup>

Los teóricos han relacionado al estrés con diversos factores que lo producen, variando estos según su fuente y su tipo. Estos factores desencadenantes aparecen conjugados con mecanismos de resolución de la desregulación homeostática, provocados por los mismos. Los factores desencadenantes postulados son:<sup>1</sup>

1. Factores previos, que actúan como mediadores
2. Cambios en los sistemas biofisiológicos
3. Impacto y variación en los procesos cognitivos
4. Factores amenazantes como eventos sociales, factores psicológicos y su significado simbólico

Diversos estímulos ambientales pueden producir estrés. Los individuos responden de manera diferente a los mismos estímulos, algunos aparecen insensibles a los estímulos amenazantes, otros son especialmente vulnerables a ellos. Los estados de estrés originan respuestas psicobiológicas de duración variable. Estas respuestas dependen del número, intensidad, frecuencia, duración y prioridad de las demandas a que se ven sometidos los mecanismos de resolución de crisis de cada individuo.

Las endorfinas, sustancias químicas encefálicas que nuestro organismo produce, tienen efectos potentes, específicos y selectivos sobre las neuronas. Se corroboró que las endorfinas actúan como neurotransmisores y guardan relación con ciertos aspectos de conducta, la percepción del dolor y la regulación de las emociones.



Las reacciones al estrés varían según la situación. La intensidad del factor amenazante, el estado de salud de la persona, los tipos de sistema de apoyo en la comunidad, la red de apoyo familiar y patrones habituales de interacción humana del sujeto, tienen gran influencia sobre la incidencia de los síntomas. En términos generales el sistema sobre el cual actúa el estrés podría considerarse fluctuante, abierto, dinámico y fluido.<sup>1</sup>

Lo que desencadena la reacción del estrés no es la situación en sí, sino la interpretación que se haga del evento estresor. Cuando se habla de estrés no se trata de un impedimento real, ni de demandas o exigencias reales, sino más bien de algo subjetivo, de la percepción de las demandas o impedimentos provenientes del entorno.

Por tanto, cada persona puede reaccionar de forma muy distinta en situaciones similares. Lo que una persona considera como estresante no lo es para otra. Cada persona es única, por eso no podemos decir que existen fuentes específicas de estrés que afectan a todas las personas por igual. Aunque sí se está de acuerdo en que el estrés es una mezcla de respuestas fisiológicas – emocionales, cognitivas y conductuales.

Por lo tanto se puede separar un grupo de factores que se encuentran entre aquellos que más relación guardan con la aparición que más relación guardan con la aparición del estrés, los cuales se pueden agrupar de la siguiente manera:<sup>2</sup>

- a) Estresores del medio ambiente físico:
  - Niveles de ruido inaceptables
  - Temperaturas insostenibles
  - Estímulos fuertes ópticos y persistentes.
  
- b) Estresores psicosociales dados por nuestras reacciones a:
  - Enfermedades (incluyendo estilos de vida poco saludables)
  - Problemas económicos
  - Conflictos
  - Presión del tiempo
  - Coacción de otras personas (padres, superiores, etc.)
  
- c) Estresores individuales:
  - Externalidad del locus de control
  - Inestabilidad emocional
  - Patrón de conducta tipo A (entre sus características más acusadas de los individuos tipo A están la competitividad, necesidad de logro, agresividad, inquietud, sensación de presiones temporales y la valoración de los acontecimientos como retos personales)
  - Inseguridad
  - Patrones irracionales de pensamiento (que pueden ser racionales o irracionales, se encuentran en el centro del proceso de valoración cognitiva que expone el enfoque transaccional de estrés. Si son racionales, contribuyen a las relaciones con el entorno, en caso contrario pueden crear diversas dificultades.)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con idéntico razonamiento, otro de los autores que se han dedicado al estudio del estrés, como lo es Valdés<sup>1</sup>, propone una división de los síndromes de estrés en tres grandes grupos, según la participación relativa de los factores de estrés en la génesis del trastorno:

1. Inespecíficos, estos son secundarios a un estado más o menos crónico de sobrecarga de mecanismos homeostáticos, con reducción de la capacidad defensiva e incremento inespecífico de la vulnerabilidad del organismo. Toda la importante línea de investigación iniciada por Holmes y Rahe está relacionada con el estudio del "efecto acontecimientos vitales" o influencia inespecífica de los factores externos de estrés en la vulnerabilidad o predisposición a la enfermedad. Entre los trastornos psiquiátricos, esta influencia inespecífica se reconoce de manera práctica generalizada, incluso en trastornos considerados "endógenos", o sea, no reactivos por definición, como la depresión mayor o la enfermedad de Alzheimer.

2. Semi-específicos, en los que los factores externos de estrés se combinan, generalmente de forma aguda, con otros elementos patógenos independientes, necesarios para activar el ciclo patogénico del cuadro clínico en cuestión. Entre los ejemplos de este segundo grupo podemos contar la coronopatía isquémica, las infecciones respiratorias víricas, las reacciones alérgicas, entre otras. Las descompensaciones sintomáticas agudas de muchas personalidades psicopáticas, los episodios disociativos, las psicosis reactivas y muchos trastornos de ansiedad se pueden incluir en este grupo.

3. Específicos, en los que los factores externos de estrés actúan de manera determinante en la causa del proceso morboso. Síndromes de estrés específicos típicos son el Síndrome Post-traumático (al que se añade el calificativo "de estrés", para distinguirlo de los síndromes post-trauma físico, como el síndrome concusional), los estados de intensa disregulación neurovegetativa, que pueden concluir en muerte súbita, y que han sido observados en sujetos sanos sometidos a situaciones de estrés particularmente agudas e intensas, el trastorno de estrés y los trastornos adaptativos.<sup>2</sup>

Los estímulos que han sido investigados como originarios de estrés en los individuos conforman una tipología muy amplia (por ejemplo, los físicos y sociales). Entre otros posibles, se tomarán en cuenta los siguientes:<sup>2</sup>

- a. **Duelo:** son diversos estudios que han analizado el duelo posterior a la pérdida del cónyuge, este acontecimiento constituye probablemente el estresor más severo en la vida de los humanos.
- b. **Divorcio y calidad de las interacciones en la relación matrimonial:** el divorcio o separación son acontecimientos valorados como muy estresantes, los estudios epidemiológicos muestran que estas situaciones están asociadas a tasas de trastornos físicos y emocionales, así mismo, la calidad de las interacciones en la pareja influye en la salud como consecuencias endocrinas, inmunes y cardiovasculares.

- c. **Personas que tienen a su cargo el cuidado de familiares enfermos crónicos:** varias investigaciones se han interesado por aquellos individuos encargados de cuidar a un familiar con una enfermedad crónica (por ejemplo Alzheimer), estas situaciones de asistencia continua son englobadas dentro del grupo de estresores crónicos, las personas sometidas a este tipo de responsabilidad puede presentar problemas serios de salud.
- d. **Estrés académico:** hasta ahora se ha presentado estresores cuya magnitud es considerada, por lo cual era de esperar sus efectos inmunosupresores. La pregunta es si estresores de menor magnitud (por ejemplo el estrés académico) inducen a consecuencias similares a las observadas con estresores de dimensiones trascendentales. Un estresor de tales características prontamente examinado ha sido el estrés que provoca los exámenes académicos
- e. **Situaciones traumáticas y catastróficas:** los sucesos traumáticos y los desastres forman parte de nuestra vida diaria. El número de sujetos que sufren los estragos psicológicos y orgánicos producidos por los traumas o desastres son muy amplios. Estas situaciones pueden ocasionar un devastador impacto sobre la salud física y psíquica de los individuos, siendo además la respuesta a este tipo de acontecimiento muy variada.
- f. **Estudios de laboratorio:** este último ámbito de estudio se caracteriza por un examen más exhaustivo sobre las variables dependientes, independientes y extrañas, estas cualidades facilitan el esclarecimiento de las complejas relaciones objeto de estudio. Los estresores psicológicos empleados esencialmente en los laboratorios son: <sup>26</sup>
  - I. Tarea de Stroop
  - II. Aritmética
  - III. Videojuegos
  - IV. Resolución de problemas
  - V. Tiempo de reacción
  - VI. Hablar en público

Los estresores de laboratorio han sido muy utilizados en la investigación psicobiológica con el fin de evaluar la respuesta psicofisiológica al estrés. En las últimas décadas los estresores denominados "psicológicos" han cobrado especial importancia, al reconocerse progresivamente su relevancia en los actuales estilos de vida."

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.1.5 FISIOPATOLOGIA DEL ESTRÉS

Lo primero que ocurre cuando existen situaciones que desencadenan estrés, es el cerebro el que produce alteraciones en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal que se involucran de forma decisiva en la asociación entre el estrés y la formación de diversas patologías en los pacientes.

La activación de este eje se produce, no sólo como respuesta a estresores ambientales, sino también ante la inflamación, y favorece la producción de glucocorticoides en la corteza suprarrenal del modo que a continuación se describe:

La hormona corticotropa (CRH) liberada por el hipotálamo, favorece la liberación en la hipófisis anterior de otra hormona, la adrenocorticotropa (ACTH) que, una vez en sangre, alcanza las células suprarrenales, favoreciendo la producción de glucocorticoides, entre los que destaca el cortisol.

Normalmente el cortisol ejerce un feedback negativo sobre la producción de ACTH, pero en situaciones de estrés este sistema de control se anula y los niveles de ACTH y cortisol llegan a valores muy superiores a los normales.

Algunos estudios han mostrado evidencias de que la glándula adrenal aparece hipoactiva en algunos estados relacionados con el estrés. Este fenómeno ha sido hallado en algunos individuos sanos que viven bajo condiciones de estrés crónico, así como en individuos con diversos problemas de salud como fibromialgias, artritis reumatoide o asma entre otros, y muchas de estas patologías están relacionadas con el estrés.<sup>1</sup>

Por lo que en resumen, en una situación de estrés se presenta una reacción de shock en la que las glándulas endocrinas liberan hormonas (cuando hay estrés las hormonas adrenalina y noradrenalina se mantienen en niveles elevados en el organismo) que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas, se pierde el tono muscular y se hace más lenta la digestión, a esto sigue una subfase de contrashock en la que se movilizan sistemas defensivos y el cuerpo se prepara para la acción, ya sea para la agresión o la fuga.

Estos trastornos psicósomáticos generalmente afectan al sistema nervioso autónomo, que controla los órganos internos del cuerpo, ciertos tipos de jaqueca, el asma, úlcera de estómago, hipertensión, pérdida de memoria, envejecimiento, fatiga, tensión, irritabilidad, alteraciones en el sistema inmune, osteoporosis, depresión, todos estos son ejemplos de alteraciones que se relacionan con el estrés.<sup>1</sup>

El impacto de los estresores en el funcionamiento inmune puede depender de las características del estresor utilizado (severidad, cronicidad, predictibilidad y controlabilidad), de factores históricos (experiencia previa con estresores agudos o crónicos) y de factores organizmicos (edad, sexo, especie y variedad de los animales). Además el efecto de todos estos factores puede variar en función del lugar (bazo, torrente sanguíneo, etc.) y el tipo de medida inmunológica (celular o humoral) que haya sido estimada.<sup>2</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El papel del estrés en el sistema inmune ha sido estudiado por varios autores, la mayor parte de ellos coinciden en señalar que, tras la aparición de un estresor, se produce una supresión de la función inmune, una menor respuesta proliferativa de los linfocitos T, una menor actividad de las células NK y una elevación de los títulos de anticuerpos a los virus de herpes latentes.

No obstante, los estudios más recientes<sup>2</sup> indican que el efecto del estrés modula el sistema inmune en una doble dirección. El estrés agudo aumenta ciertos aspectos inmunes y el estrés crónico disminuye determinadas células inmunes. Por otro lado, el efecto que un estresor puede producir en el sistema inmune cambia en función de las células objeto de examen. Por ejemplo, un estresor agudo puede producir aumentos en la inmunidad innata y una supresión en la inmunidad adquirida, en concreto, las células T específicas al antígeno. En estudios con animales, tanto las investigaciones sobre inmunosupresión por condicionamiento clásico, así como las que indican un aumento de la respuesta inmune, o respuestas compensatorias confirman la participación de variables conductuales en la modulación del sistema inmune.

Una investigación pionera es la realizada a fines de la década de los 70<sup>2</sup>, este estudio descubrió una respuesta deprimida de los linfocitos T a la estimulación de los mitógenos concavalina (Con A) = (mitógenos de células T) y fitohemaglutinina (PHA) 6 semanas después del fallecimiento del cónyuge. En cambio no se observó anomalías en otros parámetros inmunes: número de linfocitos T y B, concentraciones de inmunoglobulinas (Ig) séricas de la subclase G, A y M.

Por otro lado, existen estudios realizados por Kiecolt-Glaser<sup>2</sup> y colaboradores que mostraron una relación positiva entre divorcio y deterioro en el sistema inmune. El grupo de mujeres divorciadas presentaba un funcionamiento más desfavorable del sistema inmune en 5 de las 6 medidas valoradas, porcentajes inferiores de las células Tc y NK y título de anticuerpos al virus Epstein-Barr (EBV) más altos con respecto a mujeres casadas.

Seguidamente, en otro estudio con igual discurso se empleó una muestra de hombres, aquellos sujetos separados o divorciados mostraban títulos de anticuerpos más elevados al virus del herpes simple (HSV), al citomegalovirus (VCA) y al EBV frente al grupo de casados.<sup>2</sup>

Sin embargo, algunas investigaciones se han interesado por aquellos individuos encargados de cuidar a un familiar con una enfermedad crónica, estas situaciones de asistencia continua son englobadas dentro del grupo de estresores crónicos, las personas sometidas a este tipo de responsabilidad pueden presentar problemas serios de salud.

Sin embargo la presencia de estrés académico, también es motivo de estudio, por lo que se empleó como variable dependiente una medida inmune que puede obtenerse sin recurrir a métodos invasivos: la IgA secretada (s-IgA). Los estudiantes participantes del estudio manifestaban un promedio de s-IgA en saliva inferior en los periodos de exámenes (mayor estrés) frente aquellos más relajados, etapas no coincidente con épocas de exámenes. Se obtuvieron cambios significativos en otros parámetros inmunes: actividad de las NK e incrementos en plasma total de IgA.<sup>2</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Melzack (1999) explica este fenómeno afirmando que, la supresión inmunológica provocada por el estrés, va a inducir al sistema inmune a atacar al propio organismo, favoreciendo la aparición de enfermedades autoinmunes como la presencia de Artritis Reumatoide (AR)

Algunos autores han puesto de manifiesto que la respuesta de estrés de los pacientes con AR va a estar marcada por la existencia de una serie de anormalidades en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, que van a estar involucradas de forma decisiva en la asociación de estrés y la actividad de la enfermedad. (Huyser y Parker, 1998; Heim, Ehlert y Hellhammer, 2000). refieren que la activación de este eje se produce, no sólo como respuesta a estresores ambientales, sino también ante la inflamación y favorece la producción de glucocorticoides en la corteza suprarrenal \*

### 1.1.6 CUADRO CLÍNICO DE ESTRÉS

En general los estresores psicológicos producen un incremento moderado en la respuesta cardiovascular y un aumento de la resistencia periférica, mientras que ante estresores físicos tiene lugar un incremento marcado de la respuesta cardiovascular y una disminución de la resistencia periférica.

Al utilizar estresores, se ha observado un incremento de la ansiedad, de la frecuencia cardíaca, de la respiración, de la actividad electrodérmica, de la tensión muscular y de los niveles de catecolaminas entre otras variables psicofisiológicas.\*

Como se describió anteriormente Selye identificaba tres fases en la respuesta al estrés<sup>3,4</sup>; existen muchos ejemplos de síntomas que forman parte de la respuesta del cuerpo ante una situación estresante, en los seres humanos las señales más aparentes de que se han activado los sistemas de respuesta lucha-huida son los siguientes:<sup>4</sup>

- Pulso rápido
- Aumento de la sudoración
- Frecuencia cardíaca aumentada
- Estómago contraído
- Brazos y músculos de las piernas en tensión
- Respiración entrecortada y rápida
- Dientes apretados con firmeza
- Mandíbulas cerradas
- Incapacidad para permanecer quieto
- Ideas fulgurantes
- Emociones intensas

Quando una persona manifiesta estos cambios es señal de que está prevenida para enfrentarse a un peligro, amenaza u otra situación comprometida, ya sea real o imaginaria. Sin embargo, este estado es pasajero y reservado sólo para reaccionar ante situaciones extremas \*

Las investigaciones actuales están comprobando el papel de algunas variables psicológicas, como la hostilidad, la ansiedad o el estado de ánimo y de variables constitucionales como la edad, el género o la forma física como moduladoras de estas respuestas. Todo ello desde una perspectiva amplia que incluye parámetros fisiológicos, psicológicos, endocrinos e inmunológicos para analizar como se responde ante situación de estrés."

### 1.1.7 COMPLICACIONES DEL ESTRÉS

Se destaca el incremento en los últimos años de las investigaciones focalizadas en el rol del estrés y su impacto sobre la salud, encontrándose que existen diferencias significativas en la forma que las personas se adaptan a las mismas situaciones estresantes, y que estas diferencias se podrían explicar a través de distintos factores tales como el género, el tipo de personalidad, el estilo de expresión de las emociones, la hostilidad y la predisposición de los sujetos a la búsqueda de apoyo social ante situaciones estresantes.

Labbrozzi et al. (1996)" llevaron a cabo un estudio documentando la asociación entre variables psicológicas clínicas y sociodemográficas en una amplia muestra de pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM). Como resultado encontraron que más de un tercio de todos los pacientes puntuaron por encima del promedio para la ansiedad y miedos relacionados con la salud. En relación, al estado previo de IAM (3 meses previos) el 40% de los pacientes reportaron un estado de ánimo depresivo y un disminuido sentimiento de bienestar y mas de la mitad se percibieron a si mismos como estresados. Con respecto a las variables de la personalidad alrededor de un tercio de la muestra demostró rasgos de conducta tipo A y la mitad reportaron síntomas de neurosis.

Se realizaron estudios en donde se ocupó de valorar la personalidad de pacientes con infarto del miocardio, mostró que las características principales de esta muestra eran: alto perfeccionismo, inflexibilidad, susceptibilidad en sus relaciones sociales y baja autoestima.

Por otra parte, el bajo apoyo social no aparece como moderador de la relación entre los eventos de vida estresante y la enfermedad cardiovascular. Mientras que los eventos de vida estresante y el escaso apoyo social son factores de riesgo, el mecanismo exacto por el cual ambos tienen impacto sobre la enfermedad cardiovascular no ha sido aún elucidado, siendo las alteraciones del estado de ánimo una de las variables que intervienen, siendo éstas las más probables.

El aislamiento social incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular, a través del estado de ánimo depresivo y las conductas en torno a la salud y además que se pueden elaborar modelos de intervención focalizados en el incremento del apoyo social con el objeto de reducir las conductas de riesgo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se ha establecido, de formas diferentes, la incidencia que los factores estresantes y las características psicológicas tienen una influencia importante en la génesis de patologías isquémicas, sin embargo, se presentan resultados diferentes y a veces contradictorios sobre el impacto de las características psicológicas en la prevención y rehabilitación de este tipo de pacientes.

Las patologías isquémicas en general, y el infarto agudo del miocardio en particular, se presenta como el mayor problema de salud de los países desarrollados. En el caso específico del infarto agudo del miocardio se ha registrado en la literatura una amplia cantidad de estudios que se han ocupado de analizar las vinculaciones entre esta enfermedad y distintas variables psicológicas y sociales tales como la personalidad, las estrategias de afrontamiento del estrés, la hostilidad, el papel de las emociones y el estado de ánimo y el apoyo social.<sup>7</sup>

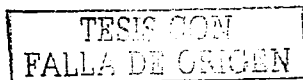
### 1.1.8 TRATAMIENTO DEL ESTRÉS

La teoría del estrés señala que la acumulación de eventos estresantes puede terminar perturbando el equilibrio físico y psicológico, y que las estrategias para afrontarlo (coping) pueden actuar como parachoques de la amenaza aumentando la habilidad del sujeto para reajustarse y reducir la probabilidad de desórdenes psicofisiológicos. Según uno de los autores que investigan las formas de afrontamiento (Omar, 1995)<sup>8</sup>, el coping desempeña un rol fundamental en el proceso salud-estrés-enfermedad, se ha demostrado que los recursos de coping constituyen características estables del sujeto y que de ellos depende la habilidad para enfrentar o manejar los estresores.<sup>9</sup>

*El D S M IV y anteriores, proponen el concepto de P.T.S.D. (Desorden por Estrés Post Traumático), como si el estrés y el trauma perteneciesen a una misma categoría.<sup>1</sup>*

Por lo que en la actualidad se recomienda como tratamiento para el P.T.S.D distintos tipos de tratamiento en los diferentes casos y de acuerdo a las necesidades:<sup>1</sup>

- 1) **Psicoterapia individual:** ante un evento traumático agudo ha sido recomendada la utilización de psicoterapia breve, la técnica se centraliza en la integración de la experiencia traumática a la vida del paciente.
- 2) **Tratamiento de grupo:** el grupo proporciona una relativa calma y comprensión de la situación en la cual se encuentran sus integrantes
- 3) **Internación:** en algunos casos son necesarios hospitalizaciones breves para tratar efectos agudos o complicaciones del P.T.S.D., esto incluye conductas suicidas, depresión severa violencia incontrolable o consecuencias severas del alcoholismo y/o drogadicción.



- 4) **Psicofarmacología:** los trastornos fisiológicos asociados al P.T.S.D. son: hiperexcitación del sistema nervioso simpático, reflejo de alarma excesivo, modulación de potenciales corticales evocados y anomalías del sueño. Todo indica que las respuestas más favorables se obtienen con la administración de antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina y la imipramina.
- 5) **Integración de las modalidades terapéuticas:** se recomienda que en el caso de P.T.S.D. agudo el paciente sea tratado con psicoterapia individual, y los pacientes crónicos necesitan además un tratamiento terapéutico con antidepresivos tricíclicos y la terapia de grupo necesaria para el apoyo social.

Por otro lado al enfocarse directamente al tratamiento referente al estrés, algunos autores refieren que se deberían emplear estrategias como lo son: <sup>2</sup>

- 1) **Afrontamiento:** se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Las estrategias de afrontamiento que entran dentro de la clasificación general de orientadas al problema o de abordaje activo, suelen ir asociadas a un menor número de síntomas físicos. El estilo de afrontamiento represivo o defensivo, da cuenta de personas que niegan tener niveles altos de ansiedad, siendo que no-verbalmente responde como si fueran altamente ansiosos. Utilizan mecanismos de negación, minimización del estrés y de las emociones negativas y reportan una baja tendencia a la ansiedad manteniendo una alta disposición defensiva.
- 2) **Apoyo social:** diferentes estudios han demostrado que el apoyo social puede modular la respuesta inmune. Esta relación se ha estudiado en diferentes poblaciones y con respecto a estresores específicos. El respaldo que puede proveer la familia es una fuente de apoyo social crucial en la vida de las personas, algunas relaciones interpersonales y/o familiares son más decisivas que otras. Ser el apoyo principal de familiares que presentan enfermedades serias y crónicas puede ir asociado a un detrimento en la función inmune.

Sin embargo, otros autores refieren que existen cuatro estrategias básicas que se pueden emplear para superar el estrés:<sup>3</sup>

1. Alcanzar un buen estado de salud mediante una alimentación adecuada, ejercicio, descanso y otras prácticas saludables.
2. Cambiar la situación al cambiar la fuente de estrés.
3. Cambiar nuestra mentalidad con nuestra percepción, ideas o valoración, de los factores estresantes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4. Cambiar nuestro cuerpo, eliminando las reacciones de estrés y aprender a sustituirlas por reacciones relajantes.

Estas estrategias deben de realizarse basándose en programas que incluyan: capacitación para la planificación personal, adiestramiento para la relajación progresiva, tranquilización, métodos autogénicos, mejora de la capacidad de comunicación, salud y bienestar general. Estos programas pueden aplicarse de manera independiente o a todos juntos, como un programa global para superar el estrés.<sup>1</sup>

Recientemente se ha encontrado que las mujeres manejan el estrés de manera diferente que los hombres. Crespo y Cruzado (1997)<sup>2</sup> analizaron las diferencias en función del sexo en los distintos modos de afrontamiento, encontrando que las mujeres puntuaban más alto que los hombres en las escalas de búsqueda de apoyo social, centrarse en las emociones, desahogarse y la realización de actividades distractoras. Diversos estudios han analizado las relaciones entre la conducta tipo A, la hostilidad y la reactividad cardiovascular en respuesta a estresores.

Los resultados mostraron una mayor reactividad cardiovascular (presión sanguínea, ritmo cardíaco y conductancia de la piel) ante situaciones estresantes en aquellas personas con patrón de conducta tipo A y elevada hostilidad, lo que daría cuenta de una determinación de estos factores de riesgo psicológico sobre los biológicos.<sup>3</sup>

### 1.1.9 ESCALAS DE EVALUACIÓN

A continuación se presenta un listado de experiencias vitales elaborada por Thomas Holmes y Richard Rahe y la cifra de "unidades de cambio de vida" (UCV) que se asigna a cada una: <sup>4,10,11</sup>

CUADRO I

ACONTECIMIENTOS	UCV
1. Muerte de la pareja	1. ....100
2. Separación matrimonial	2. .... 65
3. Muerte de un pariente cercano	3. .... 63
4. Daños personales o enfermedad grave	4. .... 53
5. Matrimonio	5. .... 50
6. Pérdida de empleo	6. .... 47
7. Reconciliación matrimonial	7. .... 45
8. Jubilación	8. .... 45
9. Cambios en la salud de algún miembro de la familia	9. .... 44
10. Embarazo	10. .... 40
11. Dificultades sexuales	11. .... 39
12. Entrada en la familia de un nuevo miembro	12. .... 39
13. Cambio en la situación económica	13. .... 38
14. Muerte de algún amigo íntimo	14. .... 37
15. Cambio a un tipo de trabajo distinto	15. .... 36
16. Aumento o disminución de las discusiones con la pareja	16. .... 35
17. Obtener un préstamo hipotecario sobre la casa	17. .... 31
18. Ejecución del préstamo hipotecario	18. .... 30
19. Cambio en las responsabilidades laborales	19. .... 30
20. Hijo o hija que se marchan de casa	20. .... 29
21. Problemas con los familiares	21. .... 29
22. Gran éxito personal	22. .... 28
23. La esposa deja de trabajar	23. .... 28
24. Modificación de costumbres personales	24. .... 24
25. Problemas con un superior en el trabajo	25. .... 23
26. Cambio en el horario o en las condiciones laborales	26. .... 20
27. Cambio de residencia	27. .... 20
28. Cambio de escuela	28. .... 20
29. Cambio de diversiones	29. .... 19
30. Cambio de actividades sociales	30. .... 18
31. Solicitud de empeño, préstamo hipotecario de casa	31. .... 17
32. Cambio en la costumbre de dormir	32. .... 16
33. Cambio en el número de reuniones familiares	33. .... 15
34. Cambio en costumbres alimentarias	34. .... 15
35. Vacaciones	35. .... 13
36. Pequeñas violaciones a la ley	36. .... 11

Holmes y Rahe descubrieron que las personas con UCV total comprendido entre 150 y 199 tenían probabilidades de contraer algún tipo de enfermedad el año siguiente, los que sumaban un UCV total entre 200 y 299 tenían riesgo moderado, mientras que los sujetos con UCV total superior a 300 tenían grandes probabilidades de padecer serias enfermedades físicas o emocionales que estarían en función de su capacidad para superar el estrés y en función del control que pudieran ejercer sobre las fuentes del mismo.<sup>4</sup>

En la actualidad, existen diferentes escalas para poder evaluar los niveles de estrés a los que se está expuestos con el ritmo de vida que se tiene en la vida diaria:

1. Escala de estrés para jóvenes y/o adolescentes: esta escala es una adaptación de "La Escala de Reajuste Social" de Thomas Holmes y Richard Rahe, publicada por primera vez en el "Diario de Investigaciones Psicosomáticas" (vol. II p.214, 1967.)<sup>11</sup>
2. Escala de estrés de la vida profesional.<sup>12</sup>
3. Inventario de estrés: este inventario es útil para la evaluación de estrés individual, se ha planteado en el contexto de la vida normal y habitual, excluyendo las situaciones excepcionales como una guerra, una catástrofe natural o una epidemia.<sup>13</sup>
4. Escala SWS-SURVEY-forma GP: avalada por la federación mundial de salud mental (WFMH)<sup>14</sup>, también avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México.

En los últimos años el estrés es considerado como uno de los problemas más frecuentes en las sociedades urbanas y de grandes consecuencias en la salud. El estrés entendido como el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

El estrés en diversas situaciones habituales de la vida, no puede evitarse, ya que cualquier cambio al que se deba adaptar representa estrés. Sin embargo, al pensar en hechos estresantes siempre acuden a la mente sucesos negativos como daño, enfermedad o muerte de un ser querido, sin tener presente que un suceso positivo puede resultar igualmente estresante<sup>15</sup>, cambiar de casa o ascender en el trabajo, como lo demuestra la escala de valoración anteriormente presentada<sup>1</sup>, trae consigo el estrés de un nuevo status y nuevas responsabilidades.

Aunque en México no existen estudios suficientes ni cifras exactas de los estragos que deja un inadecuado manejo de estrés, Ussher menciona: "México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo, debido a que en él se encuentra cambios constantes de situaciones tanto políticas como sociales así como altos niveles de pobreza".<sup>16</sup>

También indica que son las mujeres quienes más lo padecen, ya que cuando estas se encuentran en situaciones estresantes, no lo comunican y se culpan a ellas mismas, además son propensas a vivir situaciones de tensión ya que en la época actual deben desempeñar distintos roles (madre, esposas, trabajadoras, etc.) lo que implica cambios constantes en un solo día.<sup>14</sup>

### 1.1.10 TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN Y ESTRÉS.

Los acontecimientos de vida son conceptualizados como hechos importantes de la vida, a los que todo el mundo está expuesto, y que son percibidos como amenaza, requieren un esfuerzo de adaptación mayor del habitual, son inesperados, no deseados, incontrolables y/o cargados de consecuencias negativas. Durante la década de los cincuenta los acontecimientos vitales empezaron a ser considerados como factores que contribuían en el establecimiento y la severidad de enfermedades somáticas.<sup>15</sup>

Gran parte de estos problemas tienen su origen en situaciones familiares como las transiciones del ciclo vital familiar o acontecimientos vitales estresantes (AVE) que se desencadenan dentro de la propia familia. De otra parte, los problemas psicosociales dan lugar también a crisis y disfunciones familiares con graves alteraciones de la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros.

El médico familiar, a diferencia de otros profesionales como psiquiatras y terapeutas familiares no recibe a sus pacientes catalogados previamente como portadores de problemas psicosociales, sino que acuden a la consulta con síntomas orgánicos, psíquicos o psicósomáticos, sin revelar, la mayoría de las veces, la existencia de estrés social o conflictos familiares. Por ello, el problema fundamental con que se enfrenta el médico familiar para poder abordar la situación correctamente es la falta de indicadores fiables que le permita relacionar la demanda con factores psicosociales y disfunción familiar.<sup>16</sup>

Es importante resaltar que la tendencia a manifestar estrés de forma somática es un hecho psicológico muy extendido en todas las culturas, de ahí surge también la actuación importante del médico familiar en el reconocer toda la sintomatología derivada de problemas psicosociales (estrés) y tener un concepto adecuado de la somatización para tener conocimientos adecuados a todo tipo de problema que se enfrenta en la consulta diaria y evitar que repercuta toda esa somatización en la formación de disfunción familiar de cada individuo.<sup>17</sup>

Los pacientes somatizadores constituyen un grupo heterogéneo que no encajan en ninguna categoría diagnóstica. Incluyen no sólo los trastornos somatomorfos de las clasificaciones psiquiátricas habituales, sino también otras enfermedades psiquiátricas que se manifiestan en forma de síntomas somáticos como trastornos depresivos, de ansiedad, de adaptación e incluso trastornos psicótico o por abusos de sustancias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Existe una clasificación, de amplia disfunción internacional, acerca del constructo de somatización según sus características clínicas, que clasifica a estos pacientes en somatizadores funcionales, hipocondríacos o como forma de presentación. Sin embargo, desde el punto de vista de la atención primaria es más útil, desde una perspectiva clínica y terapéutica, distinguir dos tipos básicos de somatización.<sup>13</sup>

- somatizadores agudos: Individuos con funcionamiento previo y personalidad normales que ante situaciones de estrés psicosocial presentan síntomas somáticos y los atribuyen a una causa orgánica
- Somatizadores crónicos: Son pacientes con funcionamiento previo insatisfactorio y una personalidad con frecuentes alteraciones patológicas, que durante años han presentado diferentes síntomas somáticos.

Es importante también mencionar que algunos estresores como lo son el divorcio, abandono laboral, problemas con otros familiares y sanciones penales, son causa de violencia familiar que a su vez origina una disfunción familiar, por lo que la intervención del médico familiar es importante para su prevención.<sup>14</sup>

## 1.2 FAMILIA Y ESTRÉS.

"La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o de invalidez". este es el concepto de salud que brinda la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) en su Carta Magna o Carta Constitucional (1946).

Así, la salud y la enfermedad se entienden como resultado de la interacción entre el hombre y el entorno, interacción en la que están presentes diferentes elementos que son moduladores y que podremos agrupar de la siguiente manera:

- a. Factores físicos: climas, microclimas y sus variaciones, vibraciones y ruidos, radiaciones, luces deslumbrantes, terremotos, inundaciones, accidentes (laboral, tráfico, domésticos, deportivos.)
- b. Factores químicos: componentes del aire que respiramos, con su carga artificial de contaminantes, productos químicos naturales y artificiales contenidos en los alimentos que consumimos diariamente, medicamentos y drogas de uso diario.
- c. Factores biológicos: microorganismos, flora, fauna, grupos humanos.
- d. Factores sociales: condicionantes físicas, económicas, políticas, culturales y sociales del entorno que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, por ejemplo: tensiones mantenidas, relaciones interpersonales, suministro básico y estabilidad económica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La aparición de problemas implica una repercusión que influyen en la salud del hombre, como la dependencia (tabaco, alcohol, drogas), enfermedades mentales, problemas sexuales y estrés

Datos de la O.M.S indican que en las últimas décadas se ha producido un aumento de las enfermedades de adaptación, al tiempo que ha disminuido la incidencia de las enfermedades infecciosas. El estrés es la plaga de fin de siglo, se plantea que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés, no a nivel causa-efecto, sino que el estrés es un factor importante que interacciona con variables, tanto individuales como sociales.<sup>2</sup>

Como se ha descrito, el hombre se encuentra en contacto a diario con factores estresantes, haciendo énfasis en el factor social que actualmente se hace más presente, así como la dependencia a drogas repercutiendo esto en los contextos laboral, social y familiar del individuo.

En este último contexto, el familiar, la presencia de estrés también se hace presente, puesto que en la familia también se encuentran factores estresantes muy importante que se deben tomar en cuenta, la familia debe de concebirse como un ser vivo, un sistema autónomo, auto-organizado, que intenta progresar en su ciclo de vida. Este organismo está a su vez conformado por otros sistemas vivos, cada uno de sus integrantes, al mismo tiempo toda la familia parte de sistemas más complejos: grupos cultural, social, nación, humanidad, etc.<sup>3</sup>

La presencia de estrés en la familia puede ocasionar además de la presencia de enfermedades psicosomáticas, como ya se mencionó, alteración en la funcionalidad dentro de la misma y en cada uno de sus integrantes, es importante mencionar que dentro de la familia un factor estresante es la presencia del ciclo vital en que se encuentre, desde esta perspectiva, cuando una persona acude a consulta (en este caso por síntomas relacionados con estrés) se puede observar a una familia con dificultades que probablemente la sobrepasen, por lo que es necesario identificar los factores estresantes que la familia debe de pasar a fin de crecer en salud, así como los recursos de que dispone o carece para hacerlo con eficacia.

Para Sidelski, el ciclo vital de la familia es factor estresante, por lo que lo divide de las siguientes etapas:<sup>24</sup>

#### 1. Periodo de galanteo

- Debe superar la barrera del otro sexo.
- Debe explorar su eficacia en el mundo de los adultos.
- Debe decidir que valores de su familia desea conservar y desarrollar y cuales abandonar

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2. El matrimonio y sus consecuencias

- Instalación del nuevo hogar.
- Adopción de un estilo de vida, rutinas de convivencia.
- Repartición de roles.
- Planificación del futuro.
- Iniciación o consolidación de la vida sexual.
- Establecimiento de los límites con las familias de origen.

## 3. El nacimiento de hijos y el trato con ellos

- Embarazo (momento oportuno, deseado, cuidados médicos.)
- Nacimiento (atención física, pérdida de sueño y descanso, inseguridad del desempeño como padres.)
- Educación (sobrecarga económica, conflicto de valores, conflicto con familia de origen.)

## 4. Dificultades matrimoniales en el periodo intermedio

- Para ser feliz en este periodo, es necesario que la familia haya elaborado maneras de resolver conflictos y superar diferencias de una manera satisfactoria, si esto no se ha logrado, a medida que los niños crecen y la familia cambia, las pautas de relación previas pueden resultar inadecuadas, y tal vez surjan crisis o algún miembro de la familia se vuelva sintomático.

## 5. Destete de los padres

- Al parecer toda la familia ingresa en un periodo de crisis cuando los niños comienzan a irse y las consecuencias son variadas, frecuentemente, el matrimonio entra en un estado conflictivo, que cede progresivamente a medida que los hijos se van y los padres elaboran una nueva relación como pareja.
- El que los padres superen este periodo depende hasta cierto punto de cuán severo sea para ellos, y hasta cierto punto de cómo intervenga una ayuda externa en ese momento crucial.

## 6. El retiro de la vida activa y la vejez

- El cambio en la estructura del tiempo.
- La pérdida de las relaciones sociales, prestigio, poder.
- Disminución de ingresos.
- Coincidencia de otros estresores (muerte, enfermedad del cónyuge, nido vacío no resuelto, muerte de familiares y amigos de la misma generación).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Estresores normativos:** son los estímulos para los cambios y transiciones de las etapas de la vida. estimulan a cumplir las tareas para cada etapa del desarrollo.

**Estresores no normativos:** obstaculizan el normal desarrollo. los miembros de la familia deben suspender sus esfuerzos adaptativos de su curso evolutivo, para dirigir sus recursos hacia los imprevistos estresores.

Los mismos estresores normativos se transforman en NO normativos cuando aparecen en momentos inoportunos <sup>20</sup>

## 1.2.1 DISFUNCIÓN FAMILIAR

Como se mencionó anteriormente, existen múltiples factores estresantes que alteran el equilibrio biopsicosocial del individuo y por lo tanto también altera la funcionalidad familiar. así como también las etapas que debe de atravesar la familia en el desarrollo de su ciclo vital, son formadoras de estrés.

Entendiéndose como funcionalidad familiar al conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia fundamentalmente en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar conformes a las normas de la sociedad a la cual se pertenece <sup>21</sup>

En la familia sana la funcionalidad es equilibrada; dicha característica influye en adecuada interacción de los subsistemas familiares y su funcionalidad, siendo dichos subsistemas el conyugal, parental, filial y fraternal, estos subsistemas son dinámicos e interactúan entre sí y los cambios significativos en ellos pueden ser breves o duraderos repercutiendo en la funcionalidad familiar.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares, por lo que cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambios en los roles de los integrantes <sup>21</sup>

La comunicación y la cohesión son algunas características que se han estudiado de la función familiar a través de APGAR familiar, la experiencia con este instrumento de evaluación no ha sido totalmente satisfactoria.

Olson, a través del modelo circunflejo de los sistemas familiar y conyugal (MCSFC), ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia por medio de un instrumento conocido como FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) El MCSFC facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Existe la versión al español y adaptación transcultural de FACES III<sup>22</sup>, además de contar con un análisis de la confiabilidad (versión en español)<sup>23</sup>, este modelo permite establecer diversas hipótesis de la función familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evaluando 2 de las 3 dimensiones mencionadas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La cohesión se puede definir como la unión emocional que tienen los miembros de la familia. En esta dimensión se integran diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Se han identificado cuatro niveles de cohesión que se caracterizan en diferentes tipos de familias de acuerdo a su puntuación: 1) no relacionada {10-34}, 2) semirelacionada {35-40}, 3) relacionada {41-45} y 4) aglutinada {46-50}.

La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad permite identificar a cuatro tipos de familias y su puntuación: 1) caóticas {10-19}, 2) flexibles {20-24}, 3) estructuradas {25-28} y 4) rígidas {29-50}.<sup>21</sup>

CUADRO 2  
FACES III <sup>21,23</sup>

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

DESCRIBA A SU FAMILIA

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que son de nuestra familia.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- 11. Nos sentimos muy unidos.
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene autoridad.
- 19. La unión familiar es muy importante.
- 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

## 1.2.2 DEFINICIÓN DE FAMILIA

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social antigua como la propia humanidad, la cual ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

La palabra "familia" proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. Al paso del tiempo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han ido surgiendo diferentes definiciones.<sup>24</sup>

- 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."<sup>25</sup>

Los censos estadounidenses y canadienses definen a la familia con un enfoque similar, definiendo el consenso estadounidense como:

- La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.<sup>26</sup>

En Canadá se ha definido a la familia como:

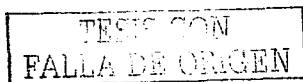
- El grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.<sup>26</sup>

El diccionario de la Lengua Española señala como familia:

- "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."<sup>28</sup>

Una de las definiciones más aceptadas es la del Dr. Santa Cruz Varela, J. Porque integra conceptos propuestos por otros autores, define a la familia como:

- "Un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar."<sup>29</sup>



Algunos autores resaltan en su definición la legitimidad y la estabilidad de las relaciones sexuales, dando importancia a una de las funciones básicas de la familia, que es la de perpetuar la especie y proveer de nuevos miembros a la sociedad. Bottomore señala que "la familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficiente duradera para la procreación y la crianza de los hijos". Murdok agrega que las relaciones sexuales que se efectúan entre cónyuges son "socialmente aceptadas".

### 1.2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE MEDICINA FAMILIAR

La especialidad de medicina familiar nació en los Estados Unidos en 1969, apoyada por los movimientos sociales de la época. Su objetivo básico era garantizar una atención sanitaria integral y continua, orientada a la familia, mediante la integración permanente de las ciencias clínico-biológicas y las ciencias del comportamiento.

En España la especialidad nació en 1978, con la denominación de medicina de familia y comunitaria. En su creación influyeron, por una parte, las recomendaciones de la OMS en la conferencia de Alma-Ata (1978) y, por otra parte, las necesidades políticas y sociales de aquella época, que exigían una reforma del esquema asistencial en la atención primaria de salud.

El objetivo principal de la especialidad de medicina familiar es integrar las tres dimensiones básicas del ser humano, biológica, psicológica y social, para poder entender mejor al individuo. La práctica de la medicina familiar no significa sustituir al individuo por la familia, sino intentar considerar al paciente dentro del contexto de su medio familiar, el cual es tomado como un marco de referencia fundamental para la mayor parte de los problemas de salud/enfermedad.

Las características principales con las que se identificaria a la especialidad durante los primeros años de su implementación han sido los siguientes:

1. Orientación hacia la comunidad, hacer énfasis en los problemas de salud pública de la población que asiste al centro de salud.
2. Actuación integrada, son las acciones de prevención, recuperación y rehabilitación en todas las etapas de la vida en todos los integrantes de la familia.
3. Atención clínica eficiente.
4. Trabajo en equipo con las demás especialidades y con el equipo de salud.
5. Utilización del método científico, con actividades continuas.

También es importante el conocimiento de las principales características de cada una de las fases que se presentan durante el ciclo de la familia, permitiendo al médico entender como en las etapas de transición aumenta la vulnerabilidad psicosocial, de modo que el estrés padecido por la familia puede manifestarse a través de síntomas físicos que aparecen en alguno de sus integrantes.<sup>2</sup>

Las primeras acciones de medicina familiar en México se remontan al año de 1953. En esa época, en virtud de la problemática que afrontaba los servicios asistenciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un grupo de médicos de esa institución que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas, deciden iniciar una forma de trabajo diferente para los médicos de esa institución, puesto que se encontraba que los sistemas asistenciales presentaban numerosas dificultades. Por ejemplo, la atención médica general, incluida la visita domiciliaria, se encontraba en etapa de pobre organización, la consulta externa era controlada por personal de archivo, los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos a la unidad asistencial, el registro de la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondiente eran deficientes.

El estímulo que originó la experimentación del esquema fue notable: al año siguiente, en la ciudad de Panamá, en el seminario sobre seguridad social, el IMSS presentó una ponencia que tituló "el médico de familia". En el trabajo se describían las características de las acciones que dicho profesional habría de desarrollar y se destacaba que él mismo habría de atender núcleos de población previamente especificados, así como laborar en equipos médicos. La innovación se describía como la contratación de los servicios de los médicos, no por horas de trabajo o por número de enfermos atendidos, sino por la "obligación de atender a núcleos determinados de población derechohabiente", mismos que serían confiados a equipos de médicos que tendrían la responsabilidad de otorgar atención integral a los pacientes.

Paulatinamente se hicieron evidentes las bondades del sistema y se aprobó su extensión a dos clínicas de la ciudad de México, estableciéndose de esta manera en 1955 el "sistema médico familiar" e incluso la contratación y categoría del médico de familia, mismo que contaba con mayor retribución que otras categorías médicas, en virtud de que sus actividades, funciones y responsabilidades se consideraban distintas.

Para el año de 1959, el sistema se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional. En esta época se introduce un cambio, la clasificación del médico familiar en dos ramas: de adultos y de menores, se dividió la población adscrita y se regularizaron las horas y se regularizaron las horas contratadas para la prestación del servicio.

El IMSS en 1971 determinó que era necesario planear y aplicar un programa para formar el posgrado a este profesional, por lo que en marzo de ese año, con un curso de especialización, se iniciaron las actividades de los primeros 32 residentes, el programa original se realizó en una sede y tenía duración académica de dos años y uno más de práctica asistencial en el campo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Un factor importante en el desarrollo del programa de posgrado consistió en el reconocimiento que, inicialmente la División de estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, y después otras universidades, dieron al curso de medicina familiar.

Este reconocimiento se efectuó en 1974 y alentó considerablemente las expectativas de los estudiantes. En 1975 la Facultad de Medicina de la UNAM estableció el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica.

En 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León inició con una nueva modalidad, un programa universitario de dos años de duración con una carga asistencial importante. Las otras dos instituciones del Sector Salud no habían participado en el desarrollo de la disciplina, sin embargo, en marzo de 1980, tanto la SSA como el ISSSTE desarrollan un programa avalado por la UNAM, debido a los resultados obtenidos anteriormente.<sup>28</sup>

#### 1.2.4 EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR

El programa Docente de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria define el perfil profesional del médico de familia como:<sup>29</sup>

- El médico general / médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.
- El médico general / médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicite su atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes
- El médico general / médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.
- El médico general / médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por lo tanto se estable. cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia que a continuación se describen: <sup>29</sup>

1. Área de atención al individuo.
2. Área de atención a la familia.
3. Área de atención a la comunidad.
4. Área de docencia e investigación.
5. Área de apoyo.

A continuación se describe brevemente los puntos importantes que conforman cada una de las áreas descritas:

#### 1. Área de atención al individuo:

La responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

Además la responsabilidad del médico de familia se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea con carácter urgente, ya en la consulta de demanda o programada, favoreciendo la accesibilidad del individuo, tanto en la consulta como en el domicilio.

Al médico de familia le corresponde una función educadora del paciente que deposita en él su confianza, con especial énfasis en promover la responsabilidad en el autocuidado. Además como todo profesional sanitario, busca beneficiar a su paciente y nunca perjudicarlo, respetando su autonomía, de acuerdo con la teoría del consentimiento informado, con igual respeto por el principio de equidad en la toma de decisiones y en la distribución de recursos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **2. Área de atención a la familia:**

La familia, en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte, de cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamiento futuros.

Así mismo, debe tener una continua actitud de observación, recogiendo a lo largo de sus múltiples entrevistas con los diversos miembros de la familia, valorando la importancia que el mismo tiene como recurso inmediato en el proceso de salud - enfermedad del individuo y estando capacitado para realizar intervenciones mínimas ante crisis familiares que detecte, recurriendo siempre a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda sus límites de competencia.

## **3. Área de atención a la comunidad:**

La Organización Mundial de la Salud afirmó en 1978 " la atención primaria forma parte tanto del sistema de atención a la salud, de que constituye su función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad".

Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, los conocimientos necesarios serán obviamente, los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria, destacando la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también, en diversos grados de necesidad, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. Y como disciplinas aplicadas que utilizan los conocimientos de todas ellas, las diversas metodologías de planificación sanitaria: análisis de necesidades y de recursos, métodos de priorización, planificación de programas y metodologías de evaluación tanto sanitaria como económica.

## **4. Área de docencia e investigación:**

El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria representó en su día importante novedad, cuyo desarrollo práctico una notable mejora cualitativa y cuantitativamente de la investigación realizada en este primer nivel de atención.

Por lo que se refiere a la investigación, la necesidad de dar respuesta a numerosas preguntas no aclaradas que surgen en su ejercicio profesional diario y de cubrir lagunas en el cuerpo de conocimientos propio de esta especialidad, el conocer la historia natural de numerosas enfermedades o la influencia de factores psíquicos y sociales en el enfermar, el poder aportar evidencias contrastadas que permitan decidir que tipo de terapia o prestación de servicios son más efectivas y convenientes para el paciente.

## 5. Área de apoyo:

En esta área se incluyen varias subáreas de la práctica del médico de familia que, en mayor o menor grado, están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales, como son el trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria y, por último, la garantía de calidad.

En resumen la concepción del médico de familia como generalista, en tanto que puede responsabilizarse de la atención inicial de cualquier persona, siendo competente clínicamente - por su formación especializada - para resolver una mayoría de los problemas de salud, atendiendo al individuo con un enfoque biopsicosocial en el contexto de la comunidad de la que forma parte, es básica y justifica la elección de las áreas de práctica profesional que han sido desarrolladas.

El médico de familia no es un terapeuta familiar, sino un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y su lado negativo como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas.

El médico de familia reconoce las ventajas del trabajo en equipo y su necesidad para optimizar la atención a la población, tiene presente el concepto de limitación de recursos y la necesidad de priorizarlos en su utilización, además reconoce la importancia de la información sanitaria como base para la realización de múltiples actividades de atención primaria, y acepta la necesidad de las actividades de garantía de calidad por la trascendencia social del trabajo que realiza.<sup>24</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De los grandes problemas al que se enfrenta el médico familiar (y que gracias a su formación y a su preparación se encuentra calificado para darle la mejor resolución al problema que se le enfrenta), es que él no recibe a sus pacientes con diagnósticos previos como portadores de problemas psicosociales, el paciente acude a la consulta con síntomas orgánicos, psíquicos o psicosomáticos no diagnosticados, y la mayoría de las veces con la existencia de estrés social o bien con presencia de conflictos familiares.

Sin embargo, en la bibliografía revisada para el desarrollo del presente trabajo, no se encontró información específica de reportes sobre la frecuencia de estrés crónico a nivel nacional e internacional, así como datos de relación de estrés con la disfunción familiar, por lo que es necesario determinar el estrés presente en cada individuo, puesto que puede llevar a la persona a desarrollar patologías de difícil control, teniendo en cuenta también, que el médico familiar además de encontrarse con pacientes con patologías originadas por situaciones estresantes, también es importante mencionar que existen un sin número de personas que se encuentran somatizando a causa del estrés.

En los últimos años el estrés ha sido considerado como uno de los problemas más frecuentes en las grandes ciudades, teniendo como una grande e importante consecuencia repercusiones en el área de la salud.<sup>12</sup>

El estrés se ha considerado, como se vio en el marco teórico, como diversas situaciones que se presentan a lo largo de la vida, y esto no se puede evitar, puesto que cualquier cambio al que cada persona se deba enfrentar, ya sea bueno o malo, representa, un nivel de estrés.<sup>13</sup>

Ante la ausencia de un acontecimiento estresante, el estado emocional, pensamiento y fisiología funcionan a niveles basales y homeostáticos. El estrés altera el estado emocional, deteriora la actividad cognitiva y altera el equilibrio corporal, por lo tanto las alteraciones que pueden provocar un estresor son, emocionales, cognitivas y fisiológicas.

No se puede escapar de todas las situaciones estresantes que hay en la vida ni evitar completamente la respuesta innata a las amenazas, pero si se puede aprender a encontrar reacciones habituales al estrés, aprendiendo diversas técnicas para enfrentarlo adecuadamente.

Estas técnicas tienen un objetivo de recuperación y representan una tregua para el organismo a los estímulos externos, evitando utilizar toda la energía vital en reaccionar de forma excesiva ante tales estímulos. Actualmente el manejo del estrés a comenzado a contar con más patrones de afrontamiento cognitivo y conductual, para reducir el riesgo de enfermedades y poder tener un mejor control sobre las reacciones a las presiones cotidianas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como se mencionó anteriormente, no se encontró estudios ni cifras exactas de los resultados que deja los niveles de estrés y un inadecuado manejo del mismo, en México, sin embargo, Ussher hace mención que: "en México es uno de los países con mayores niveles de estrés en el mundo, debido a que en él se encuentran cambios constantes de situaciones tanto políticas como sociales, así como altos niveles de pobreza".<sup>14</sup>

En el I.S.S.S.T.E., en la clínica de atención primaria, Dr. Ignacio Chávez se estudió a la población que acude a la misma a solicitar servicio médico, en dicho estudio se analizaron situaciones de la vida diaria en los ámbitos tanto personal, familiar, económico, y profesional que puedan estar relacionados con la formación de estrés continuo llegando a presentarse un estrés crónico, así como su relación con la cohesión y adaptabilidad familiar.

Ya que los cambios que pasa la familia durante las diferentes etapas de su formación, por si solas son estresantes: el matrimonio, la llegada de nuevos miembros a la familia, la independencia de los hijos, la vejez y nido vacío

Es también importante, relacionar los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar, con los niveles de estrés que pueda llegar a tener el paciente.

Retomando, el estrés hoy en nuestros días es un problema importante, porque puede llegar a ser una fuente de patologías que van desde un colon irritable o gastritis, hasta una enfermedad tan severa como una patología cardíaca o isquémica.

En una ciudad tan grande como lo es México, el ritmo de vida es muy acelerado, presentando presiones tanto en lo personal, familiar, económico como en lo profesional, y si se agrega a esto que no se cuenta con tiempo suficiente para dedicarlo al descanso, a la familia y al ejercicio, cada vez se tiene estrés acumulado que a lo largo de la vida se convierte en estrés crónico

Es importante, poder contar con técnicas adecuadas para poder enfrentar a las situaciones estresantes de la vida diaria, y aún más importante estar capacitado para poder ayudar a las personas que así lo necesiten, para llegar a esta meta es igual de importante poder determinar que niveles de estrés se encuentran más frecuentes en la población a la que se desea ayudar, teniendo en cuenta también los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar. Por lo que surge de ahí la necesidad del presente trabajo para determinar que niveles de estrés se encuentran presentes en pacientes que asisten a la clínica y su relación con la cohesión y adaptabilidad familiar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3. JUSTIFICACIÓN

Es necesario hacer conciencia de las complicaciones tan importantes, que el estrés puede ocasionar en un individuo tanto fisiológicas como psicológicas, si este se mantiene con estrés crónico, como al que se enfrenta día a día en el desempeño de las ocupaciones cotidianas.

La importancia de determinar si hay presencia de estrés en los pacientes que utilizan los servicios médicos, es para poder darles un tratamiento adecuado de acuerdo al tipo de patología que presenten, puesto que una persona que tenga estrés crónico puede estar alterando su equilibrio orgánico produciendo repercusiones en el estado de salud, y por otra parte también es importante saber cuales son los factores que le pueden ocasionar estrés, si es por el ámbito laboral, social, o inclusive el familiar, como se mencionó anteriormente el ciclo vital de la familia también es causa de estrés normativo, y de ahí radica la importancia de la participación del médico familiar, puesto que él, a diferencia de los demás médicos, que se dedican a ver exclusivamente a los pacientes en el ámbito que le compete a su especialidad, se encarga de ver al paciente ya sea en el ámbito científico de la medicina así como con un enfoque diferente del proceso salud-enfermedad.

El médico familiar, dentro de los objetivos de su capacitación, es tener niveles de enfoques del proceso salud-enfermedad, dicho de otra manera el médico familiar ve al paciente como ser único y hasta como un individuo que forma parte de una sociedad o cultura, siendo que el campo de acción del médico familiar abarca desde las moléculas, organelos, células, tejidos, órganos aparatos y sistemas, además que ve al paciente como individuo, sin olvidar que forma parte de una familia y que cuenta con un rol dentro de la misma para su funcionalidad, así mismo esta última se encuentra formando una comunidad y una cultura.

Por eso, las acciones principales del médico familiar son: 1) la acción anticipatoria, 2) estudio de la familia y 3) la continuidad. Estas tres acciones van ligadas. La primera es importante por que el médico debe de ver a los pacientes en la enfermedad pero también cuando se encuentran sanos para poder mantener así ese bienestar en la salud, y prevenir o anticiparse cuando se rompa el equilibrio salud enfermedad y dar tratamiento oportuno. El estudio de la familia, para el médico familiar no es menos importante a diferencia de los demás especialistas, es necesario determinar si existe una buena relación entre los integrantes de la misma, o si el estrés normativo no sobrepasa los límites de la salud enfermedad, y la continuidad es característica del médico familiar, puesto que ve al paciente periódicamente para ver su estado de salud.

Para el médico familiar también es importante determinar si la patología que presenta el paciente es derivada de situaciones estresantes o es una patología de origen orgánico, como se mencionó, los factores estresantes se encuentran en los contextos social, laboral y familiar del paciente, siendo el médico familiar capaz de determinar el origen de la patología, basándose en una anamnesis completa en donde se requiere la mayor ciencia y experiencia del médico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por lo tanto la finalidad del presente estudio es principalmente, determinar los niveles de estrés altos en los pacientes que pueden incrementar el riesgo en los pacientes de formar patologías, esto podrá servir para crear en un futuro grupos de ayuda con los pacientes que se encuentren en los niveles extremos para orientarlos y enseñarles que es el estrés, como se puede presentar, cuales son sus principales síntomas y cuales son sus complicaciones sino es adecuado su afrontamiento, de esta manera orientarlos con algunas de las técnicas estamos aplicando una de las acciones principales e importantes de la medicina familiar "la acción anticipatoria", sin dejar a un lado la "continuidad" que se realiza en un paciente cuando ya se cuenta con las complicaciones del estrés como lo es la formación de una enfermedad, al llevar una vigilancia adecuada del mismo con visitas periódicas al servicio médico para evitar una complicación de la misma enfermedad presente derivada del estrés

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia de niveles altos de estrés y su relación con la cohesión y adaptabilidad familiar.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de estrés más frecuente en los pacientes.
- Relacionar los niveles de estrés con la edad, sexo, ocupación, composición e integración familiar.
- Valorar si los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar se asocian al estrés.



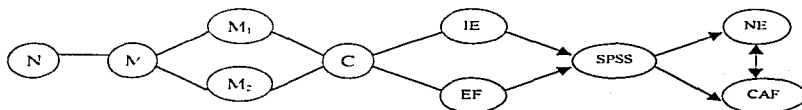
## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO:

- Transversal, descriptivo, observacional.

### 5.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO:

El siguiente diagrama muestra el diseño del estudio: la población de referencia (N) está constituida por los derechohabientes de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. Se seleccionó una muestra no aleatoria (M) de los derechohabientes de la clínica en ambos turnos (M<sub>1</sub> y M<sub>2</sub>), que se encontraron en la sala de espera previo a la consulta médica, se les aplicó dos cuestionarios (C), un inventario de estrés (IE) y la escala de evaluación FACES III (EF) a los que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de este estudio. Los resultados obtenidos de ambos cuestionarios se analizaron mediante el programa estadístico SPSS V 10 (SPSS), se obtuvieron los niveles de estrés de cada paciente (NE) así como la cohesión y adaptabilidad familiar (CAF).



- N Población de referencia (derechohabientes de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez)
- M Muestra no aleatoria
- M<sub>1</sub> Turno matutino
- M<sub>2</sub> Turno vespertino
- C Cuestionarios
- IE Inventario de estrés
- EF Evaluación de FACES III
- SPSS Programa estadístico SPSS V. 10
- NE Niveles de estrés
- CAF Cohesión y adaptabilidad familiar

### 5.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Pacientes que asistieron a servicio médico de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. en el periodo comprendido de los meses de noviembre y diciembre del 2002.

### 5.4 MUESTRA DE ESTUDIO:

La muestra fue no alatoria, determinada por cuotas de 150 pacientes los cuales accedieron a participar en forma voluntaria, dicha muestra se calculó con una confianza del 90%, con un error de 10% y una variabilidad 0.65.

### 5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Derechohabientes de la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE. que cumplieron con las siguientes características:
  - Ambos sexos.
  - Económicamente activos, mayores de 18 años y menores de 65 años.
  - Participación voluntaria.
  - Que supieran leer y escribir.
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
  - No derechohabientes de la clínica familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.
  - Menores de 18 años y mayores de 65 años.
  - Que no desearon colaborar con el estudio.
  - Que no supieran leer y escribir.
- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:
  - Respuestas incompletas
  - Cuestionarios incompletos

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

## 5.6 VARIABLES DEL ESTUDIO:

Para la obtención de la información, se utilizó un cuestionario (inventario del estrés), el cual consta de 96 variables, dividido en 6 secciones (ANEXO 2):

- ❑ Estilo de vida (16 variables)
- ❑ Ambiente (16 variables)
- ❑ Síntomas (16 variables)
- ❑ Empleo / ocupación (16 variables)
- ❑ Relaciones (16 variables)
- ❑ Personalidad (16 variables)

Además se utilizó el cuestionario de FACES III con 20 preguntas (ANEXO 3).

Las variables, su tipo, escala de medición y valores posibles de respuesta se muestran a continuación:

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal	1=Hombre 2=Mujer
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=Soltero 2=Casado 3=Divorciado 4=Viudo 5=Separado 6=Unión libre
Número de hijos	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Número de personas en casa	Cuantitativa	Continua	Números enteros
<b>QUESTIONARIO DE ESTRÉS</b>			
Duermo un número de horas adecuado	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Como a horas fijas	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Cuando estoy nervioso tomo tranquilizantes	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Para ocupar mi tiempo libre veo televisión o videos	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Hago ejercicio en forma regular	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Al comer lo hago muy rapido	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Como muchos alimentos con colesterol (huevos, hígado, queso, helados, etc.)	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Consumo con frecuencia frutas y verduras	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Bebo agua entre comidas	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Como entre comidas	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Desayuno abundantemente	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Ceno poco	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Fumo	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tomo bebidas alcohólicas	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
En mi tiempo libre busco la naturaleza y aire puro	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Practico alguna afición que me relaja	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Mi familia es muy ruidosa	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Siento que necesito más espacio en mi casa	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Todas mis cosas están ordenadas (en su sitio)	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Disfruto de mi hogar	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Mis vecinos son escandalosos	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Existe hacinamiento en mi colonia	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Mi casa esta limpia y ordenada	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
En mi casa encuentro tranquilidad	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Mi dormitorio se me hace pequeño	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Siento que viven muchos en mi casa	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Al ver la decoración de mi casa me siento satisfecho	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Es mi casa lo suficientemente grande para mis necesidades	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
En mi colonia existe olores desagradables (drenajes)	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Mi colonia es muy ruidosa	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
En mi colonia el aire es puro y limpio (no hay fabricas)	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
En la colonia las calles y jardines están limpios y cuidados	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Sufro de dolores de cabeza	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo dolores de estomago	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo mala digestión	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Voy regularmente al baño (defecar)	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me molesta la cadera	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo taquicardias	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo alguna alergia	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
En ocasiones me ahogo	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo dolores musculares en cuello y espalda	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo la presión arterial normal	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Tengo buena memoria	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Tengo poca hambre	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Me siento cansado y sin fuerzas	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Sufro de insomnio	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Sudo mucho sin hacer ejercicio	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Lloro y me desespero	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Mi labor diaria me provoca mucha tensión	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
En mis ratos libres pienso en los problemas del trabajo	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Mi horario de trabajo es regular	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Mis ocupaciones me permiten comer tranquilamente en mi casa	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me llevo trabajo a casa para hacerlo en las noches o los fines de semana	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo varios empleos	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me siento útil y satisfecho con mis ocupaciones	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Tengo miedo a perder mi empleo	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Me llevo mal con mis compañeros de trabajo	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Mantengo muy buenas relaciones con mi jefe	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Considero estable mi empleo	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Utilizo mi coche como medio de trabajo	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Me olvido de comer cuando estoy trabajando	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Me considero capacitado para mi trabajo	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Tengo la impresión de que mi jefe y/o familia aprecian el trabajo que realizo	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Disfruto siendo amable y cortés con la gente	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Suelo confiar en los demás	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me siento molesto cuando mis planes dependen de otros	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Me afectan mucho los pleitos	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo amigos que me escuchan	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me siento satisfecho de mis relaciones sexuales	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me importa mucho la opinión que tengan de mi los demás	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Deseo hacer las cosas mejor que los demás	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Mis compañeros de trabajo son mis amigos	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Tengo la paciencia de escuchar a los demás	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Pienso que mi esposo/a, novio/a, amigo/a, íntimo/a, tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Hablo demasiado	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Al discutir, pronto empiezo a levantar el tono de voz	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Siento envidia porque otros tienen más que yo	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Cuando discuto pienso lo que voy a decir mientras el otro esta hablando	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Me pongo nervioso cuando me dan órdenes	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Me siento generalmente satisfecho con mi vida	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me gusta hablar bien de la gente	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me pone nervioso cuando alguien maneja su coche despacio delante de mi	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Cuando hay fila en una ventanilla mejor me marchó	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Soy generoso conmigo al ponerme fechas limite	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Tengo confianza en el futuro	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Aun cuando no me gusta, pienso en lo peor	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Me gusta hacer las cosas a mi manera y me enoja cuando no es posible	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Tengo buen sentido del humor	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me agrada mi manera de ser	Cualitativa	Ordinal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca
Me pone nervioso cuando me interrumpen cuando estoy en medio de una actividad	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Soy perfeccionista	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre
Pienso en los que me deben dinero	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Me pongo nervioso cuando manejo en el tráfico	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Freecientemente 3=Casi siempre
Me aburro pronto de las vacaciones y prefiero regresar al trabajo y/o escuela	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Freecientemente 3=Casi siempre
Tengo miedo a que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal, como cáncer	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Freecientemente 3=Casi siempre
Puntuación total de inventario de estrés	Cuantitativa	Escalar	Puntuación de 1 a 195
Inventario de estrés	Cuantitativa	Nominal	Zona 1= 1-48 Zona 2= 49-72 Zona 3= 73-120 Zona 4= 121-144 Zona 5= 145-195

**Escala de evaluación FACES III**

Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que son de nuestra familia	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
Nos sentimos muy unidos	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
En nuestra familia los hijos toman las decisiones	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
En nuestra familia las reglas cambian	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Con facilidad podemos planear actividades en familia	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Consultamos unos con otros para tomar decisiones	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
En nuestra familia es difícil identificar quién tiene autoridad	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
La unión familiar es muy importante	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Es difícil decir quién hace las labores del hogar	Cualitativa	Ordinal	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre
Puntuación en cohesión	Cuantitativa	Nominal	No relacionadas = 10-34 Semirelacionadas = 35-40 Relacionadas = 41-45 Aglutinadas = 46-50
Puntuación en adaptabilidad	Cuantitativa	Nominal	Caóticas = 10-19 Flexibles = 20-24 Estructuradas = 25-28 Rígidas = 29-50

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## 5.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES:

### ESTRÉS

- DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Al estrés, Selye lo definió como: "La respuesta inespecífica del cuerpo a toda exigencia o demanda a éste", y postuló el Síndrome Biológico de Estrés (Biological Stress Syndrome) conocido también como Síndrome General de Adaptación (General Adaptation Syndrome). Describe al estrés como las respuestas orgánicas y fisiológicas ante cualquier tipo de estímulo que exige del organismo una inmediata defensa para sobreexistir.<sup>8</sup>
- DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para evaluar al estrés, operativamente se usa la siguiente clasificación según la puntuación obtenida: zona 1 = 1 a 48 (pobre estrés), zona 2 = 49 a 72 (bajo estrés), zona 3 = 73 a 120 (estrés normal), zona 4 = 121 a 144 (estrés alto) y zona 5 = 145 a 195 (estrés peligroso).

### COHESION Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA

#### ▫ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

- En la escala de evaluación de FACES III la adaptabilidad se define como: "La posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia."<sup>21</sup>
- En la escala de evaluación de FACES III la cohesión se define como: "La unión emocional que tienen los miembros de una familia."<sup>21</sup>

#### ▫ DEFINICIÓN OPERACIONAL:

- Para evaluar la adaptabilidad familiar, se usa la siguiente clasificación según la puntuación obtenida en la escala del instrumento: caótica = 10 a 19, flexibles = 20 a 24, estructuradas = 25 a 28, rígidas = 29 a 50.
- Para evaluar la cohesión familiar, se usa la siguiente clasificación según la puntuación obtenida en la escala del instrumento: no relacionadas = 10 a 34, semirrelacionadas = 35 a 40, relacionadas = 41 a 45, aglutinadas = 46 a 50.

## 5.8 DISEÑO ESTADÍSTICO:

### 1.- ¿Cuál es el propósito estadístico de la investigación?

Detectar los niveles de estrés presente y su relación con la cohesión y adaptabilidad familiar.

### 2.- ¿Cuántos grupos se investigarán?

Un grupo de pacientes con edades entre 18 y 65 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3.- ¿Cuántas mediciones se realizarán en las unidades de muestreo?

Una medición, que esta compuesta por el cuestionario de estrés y el cuestionario de FACES III.

4.- ¿Qué tipos de variables serán medidas?

Cuantitativas, cualitativas, la escala de medición escalar y nominal.

5.- ¿Qué distribución tendrá los datos obtenidos?

No paramétricas (escalas ordinales).

6.- ¿Qué tipo de muestra es la que se investigará?

No aleatoria y muestreo por cuotas.

### 5.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó un cuestionario en donde se incluye un inventario de estrés y la escala de evaluación de FACES III.

- El inventario de estrés es para determinar la zona de estrés en que se encuentra cada persona a través de un puntaje total.<sup>13</sup> (anexo 2)
- La escala de evaluación FACES III valora la cohesión y adaptabilidad familiar<sup>21</sup> (anexo 3)

### 5.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:

Los cuestionarios se aplicaron en la sala de espera, previo a su consulta médica de los derechohabientes de 18 a 65 años de edad de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez, cada cuestionario contaron con una hoja de consentimiento de participación voluntaria (anexo 4) se contestaron de forma anónima y confidencial. El inventario de estrés esta formado de 6 secciones y la suma total de estas secciones determinaron en que zona se encuentra cada paciente. Además contaron con la escala de evaluación FACES III, la cual valora la cohesión y la adaptabilidad familiar de cada paciente de acuerdo a los puntos totales encontrados, los datos obtenidos se capturaron en el programa estadístico SPSS versión 10, se presentaron los resultados en tablas y figuras de la información representativa, además de discusión de los resultados y las conclusiones.

### 5.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS:

Para evitar sesgos, se recolectó la información de manera personal, en caso de dudas de las personas participantes se proporcionó orientación en el momento del llenado de los cuestionarios siguiendo neutralidad para no tener influencia en las respuestas y evitar que dejesar sin contestar algunas preguntas y se entregaran cuestionarios incompletos. Se acepta que hubo sesgo de selección debido a la muestra no aleatoria de este estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 5.12 PRUEBA PILOTO

Se realizó previamente a la aplicación de los cuestionarios de este estudio, una prueba piloto de 20 cuestionarios en donde se encontraron dificultades y desconocimiento de algunas palabras.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto, se analizaron todas las dificultades encontradas:

- 1) Unir el final de la pregunta con la respuesta; ya que los pacientes se equivocaron al contestar algunas preguntas en diferentes renglones.
- 2) Se decidió que encerraran en un círculo las respuestas que consideraran adecuadas, porque la mayoría de las personas indicaron su respuesta mediante una "X", abarcando uno o dos renglones equivocándose y en ocasiones dando por contestado la siguiente pregunta, siendo más difícil la suma total de los puntos en el inventario de estrés.
- 3) Se cambiaron algunas palabras para evitar desconocimiento de las mismas, puesto que el inventario es de origen español, por ejemplo "hobby" por la palabra "actividad", "agarrotan los músculos" se cambio por "dolores musculares", "apetito" por "hambre", "dolores abdominales" por "dolor de estómago", "pluriempleo" por "varios empleos" o "preguntas completas como "disfruto de la atmósfera hogareña" se cambio por "disfruto de mi hogar", "en mi casa me relajó con tranquilidad" se cambio por "en mi casa encuentro tranquilidad", "hago bien las digestiones" por "tengo mala digestión", "voy regularmente de vientre" por "voy regularmente al baño (defecar)".
- 4) Además 18 personas de 20 desconocían el significado de "hacinamiento", por lo que se les explicó el significado de la palabra al finalizar la encuesta para que la contestaran.
- 5) Se les explicó al inicio y nuevamente al final, la importancia de contestar completamente el cuestionario sin dejar pregunta alguna sin respuesta, por que la mayoría dejaban menos de 5 preguntas sin respuesta

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 5.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS:

Se diseñó una base de datos para la captura electrónica de la información, como se muestra a continuación:

Nombre de la variable (letra caracteres)	Tipo N = Numérico S = Cadena (nombres)	Ancho de la columna Enteros Decimal		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Códigos	Escala de medición S = Continua o escalar O = Ordinaria N = Nominal
Folio	N	3	0	Folio	Número consecutivo	S
Edad	N	3	0	Edad en años	Números enteros	S
Sexo	N	3	0	Sexo del paciente	1 = Hombre 2 = Mujer	N
Edocivil	N	3	0	Estado civil del paciente	1= Soltero 2=Casado 3= Divorciado 4= Viudo 5=Separado 6= Unión libre	N
Numhijos	N	3	0	Número de hijos del paciente	Números enteros	S
Numperca	N	3	0	Número de personas en casa	Números enteros	S
P1	N	3	0	Duermo un número de horas adecuado	0= Casi siempre 1= Frecuentemente 2= Casi nunca 3= Nunca	N
P2	N	3	0	Como a horas fijas	0= Casi siempre 1= Frecuentemente 2= Casi nunca 3= Nunca	N
P3	N	3	0	Cuando estoy nervioso tomo tranquilizantes	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P4	N	3	0	Para ocupar mi tiempo libre veo televisión o videos	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P5	N	3	0	Hago ejercicio en forma regular	0= Casi siempre 1= Frecuentemente 2= Casi nunca 3= Nunca	N
P6	N	3	0	Al comer lo hago muy rápido	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P7	N	3	0	Como muchos alimentos con colesterol (huevos, higado, queso, helados, etc.)	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P8	N	3	0	Consumo con frecuencia frutas y verduras	0= Casi siempre 1= Frecuentemente 2= Casi nunca 3= Nunca	N

TESIS CON  
FALLA DE OMBEN

Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N = Numerico S = Cadena (nombres)	Ancho de la columna Enteros    Decimal		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Codigos	Escala de medición S = Continua o escalara O = Ordinaria N = Nominal
P9	N	3	0	Bebo agua entre comidas	0=Casi siempre 1=Frecuente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P10	N	3	0	Como entre comidas	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuente 3=Casi siempre	N
P11	N	3	0	Desayuno abundantemente	0=Casi siempre 1=Frecuente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P12	N	3	0	Ceno poco	0=Casi siempre 1=Frecuente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P13	N	3	0	Fumo	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuente 3=Casi siempre	N
P14	N	3	0	Tomo bebidas alcoholicas	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuente 3=Casi siempre	N
P15	N	3	0	En mi tiempo libre busco la naturaleza y aire puro	0=Casi siempre 1=Frecuente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P16	N	3	0	Practico alguna afición que me relaja	0=Casi siempre 1=Frecuente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P17	N	3	0	Mi familia es muy ruidosa	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuente 3=Casi siempre	N
P18	N	3	0	Siento que necesito mas espacio en mi casa	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuente 3=Casi siempre	N
P19	N	3	0	Todas mis cosas estan ordenadas (en su sitio)	0=Casi siempre 1=Frecuente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P20	N	3	0	Disfruto de mi hogar	0=Casi siempre 1=Frecuente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P21	N	3	0	Mis vecinos son escandalosos	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuente	N

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N = Numerico S = Cadena (nombres)	Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Codigos	Escala de medición S = Continua o escalar Q = Ordinal N = Nominal
		Enteros	Decimal			
P22	N	3	0	Existe hacinamiento en mi colonia	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P23	N	3	0	Mi casa esta limpia y ordenada	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P24	N	3	0	En mi casa encuentro tranquilidad	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P25	N	3	0	Mi dormitorio se me hace pequeño	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P26	N	3	0	Siento que viven muchos en mi casa	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P27	N	3	0	Al ver la decoración de mi casa me siento satisfecho	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P28	N	3	0	Es mi casa lo suficientemente grande para mis necesidades	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P29	N	3	0	En mi colonia existe olores desagradables (drenajes)	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P30	N	3	0	Mi colonia es muy ruidosa	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P31	N	3	0	En mi colonia el aire es puro y limpio (no hay fabricas)	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P32	N	3	0	En la colonia las calles y jardines están limpios y cuidados	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P33	N	3	0	Sufro de dolores de cabeza	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN

Nombre de la variable (nocho caracteres)	Tipo		Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Códigos	Escala de medición S = Continua o escalar O = Ordinaria N = Nominal
	N = Numérico	S = Cadena (nombres)	Enteros	Decimal			
P34	N		3	0	Tengo dolores de estomago	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P35	N		3	0	Tengo mala digestión	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P36	N		3	0	Voy regularmente al baño (defecar)	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P37	N		3	0	Me molesta la cadera	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P38	N		3	0	Tengo taquicardias	0= Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P39	N		3	0	Tengo alguna alergia	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P40	N		3	0	En ocasiones me ahogo	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P41	N		3	0	Tengo dolores musculares en cuello y espalda	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P42	N		3	0	Tengo la presión arterial normal	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P43	N		3	0	Tengo buena memoria	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P44	N		3	0	Tengo poca hambre	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P45	N		3	0	Me siento cansado y sin fuerzas	0= Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P46	N		3	0	Sufro de insomnio	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente	N

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N = Numerico S = Cadena (letras)	Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo De la variable	3=Casi siempre	Escala de medición S = Continua o Escalar O = Ordinaria N = Nominal
		Enteros	Decimal		Valores que toma La variable Codigos	
P47	N	3	0	Sudo mucho sin hacer ejercicio	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P48	N	3	0	Lloro y me desespero	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P49	N	3	0	Mi labor diaria me provoca mucha tensión	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P50	N	3	0	En mis ratos libres pienso en los problemas del trabajo	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P51	N	3	0	Mi horario de trabajo es regular	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P52	N	3	0	Mis ocupaciones me permiten comer tranquilamente en mi casa	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P53	N	3	0	Me llevo trabajo a casa para hacerlo en las noches o los fines de semana	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P54	N	3	0	Tengo varios empleos	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P55	N	3	0	Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P56	N	3	0	Me siento útil y satisfecho con mis ocupaciones	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3=Nunca	N
P57	N	3	0	Tengo miedo a perder mi empleo	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P58	N	3	0	Me llevo mal con mis compañeros de trabajo	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N = Numerico S = Cadena (nombres)	Ancho de la columna Enteros Decimal		Etiquetas Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Codigos	Escala de medición S = Continua o escalón O = Ordinaria N = Nominal
P59	N	3	0	Mantengo muy buenas relaciones con mi jefe	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P60	N	3	0	Considero estable mi empleo	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P61	N	3	0	Utilizo mi coche como medio de trabajo	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P62	N	3	0	Me olvido de comer cuando estoy trabajando	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P63	N	3	0	Me considero capacitado para mi trabajo	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P64	N	3	0	Tengo la impresión de que mi jefe y/o familia aprecian el trabajo que realizo	0=Casi siempre 1= Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P65	N	3	0	Disfruto siendo amable y cortes con la gente	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P66	N	3	0	Suelo confiar en los demas	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P67	N	3	0	Me siento molesto cuando mis planes dependen de otros	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P68	N	3	0	Me afectan mucho los pleitos	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P69	N	3	0	Tengo amigos que me escuchan	0=Casi siempre 1= Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P70	N	3	0	Me siento satisfecho de mis relaciones sexuales	0=Casi siempre 1= Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N = Numerico S = Cadena (nombres)	Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Códigos	Escala de medición S = Continua o escalar O = Ordinaria N = Nominal
		Enteros	Decimal			
P71	N	3	0	Me importa mucho la opinión que tengan de mí los demás	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P72	N	3	0	Deseo hacer las cosas mejor que los demás	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P73	N	3	0	Mis compañeros de trabajo son mis amigos	0= Casi siempre 1= Frecuentemente 2= Casi nunca 3= Nunca	N
P74	N	3	0	Tengo la paciencia de escuchar a los demás	0= Casi siempre 1= Frecuentemente 2= Casi nunca 3= Nunca	N
P75	N	3	0	Pienso que mi esposo/a, novio/a, amigo/a, tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P76	N	3	0	Hablo demasiado	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P77	N	3	0	Al discutir, pronto empiezo a levantar el tono de voz	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P78	N	3	0	Siento envidia porque otros tienen más que yo	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P79	N	3	0	Cuando discuto pienso lo que voy a decir mientras el otro está hablando	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P80	N	3	0	Me pongo nervioso cuando me dan órdenes	0= Nunca 1= Casi nunca 2= Frecuentemente 3= Casi siempre	N
P81	N	3	0	Me siento generalmente satisfecho con mi vida	0= Casi siempre 1= Frecuentemente 2= Casi nunca 3= Nunca	N

TECNOLOGIA  
FALLA EN EL ORIGEN

Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N = Numerico S = Cadena (nombres)	Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Códigos	Escala de medición S = Continuo o escalas O = Ordinaria N = Nominal
		Enteros	Decimal			
P82	N	3	0	Me gusta hablar bien de la gente	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P83	N	3	0	Me pone nervioso cuando alguien maneja su coche despacio delante de mi	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P84	N	3	0	Cuando hay fila en una ventanilla mejor me marchó	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P85	N	3	0	Soy generoso conmigo al ponerme fechas limite	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P86	N	3	0	Tengo confianza en el futuro	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P87	N	3	0	Aun cuando no me gusta, pienso en lo peor	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P88	N	3	0	Me gusta hacer las cosas a mi manera y me enojo cuando no es posible	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P89	N	3	0	Tengo buen sentido del humor	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P90	N	3	0	Me agrada mi manera de ser	0=Casi siempre 1=Frecuentemente 2=Casi nunca 3= Nunca	N
P91	N	3	0	Me pone nervioso cuando me interrumpen cuando estoy en medio de una actividad	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P92	N	3	0	Soy perfeccionista	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N

TFC'S CON  
FALLA DE ORIGEN

Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N = Numerico S = Cadenas (nombres)	Ancho de la columna Enteros Decimal		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Codigos	Escala de medición S = Continua o escalar O = Ordinaria N = Nominal
P93	N	3	0	Pienso en los que me deben dinero	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P94	N	3	0	Me pongo nervioso cuando manejo en el trafico	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P95	N	3	0	Me aburro pronto de las vacaciones y prefiero regresar al trabajo y/o escuela	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
P96	N	3	0	Tengo miedo a que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal, como cáncer	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Frecuentemente 3=Casi siempre	N
Fp1	N	3	0	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp2	N	3	0	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp3	N	3	0	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp4	N	3	0	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp5	N	3	0	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N

TECNO  
FALLA DE ORIGEN

Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N = Numérico S = Cadena (nombres)	Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Códigos	Escala de medición S = Continua o escalar O = Ordinaria N = Nominal
		Enteros	Decimal			
Fp6	N	3	0	Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp7	N	3	0	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que son de nuestra familia	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp8	N	3	0	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp9	N	3	0	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp10	N	3	0	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp11	N	3	0	Nos sentimos muy unidos	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp12	N	3	0	En nuestra familia los hijos toman las decisiones	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp13	N	3	0	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp14	N	3	0	En nuestra familia las reglas cambian	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Nombre de la variable (letra caracteres)	Tipo N = Numerico S = Cadena (nombres)	Ancho de la columna Enteros    Decimal		Etiqueta Nombre completo De la variable	Valores que toma La variable Codigos	Escala de medición S = Continua o escalar O = Ordinaria N = Nominal
Fp15	N	3	0	Con facilidad podemos planear actividades en familia	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp16	N	3	0	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp17	N	3	0	Consultamos unos con otros para tomar decisiones	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp18	N	3	0	En nuestra familia es dificil identificar quien tiene autoridad	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp19	N	3	0	La union familiar es muy importante	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N
Fp20	N	3	0	Es dificil decir quien hace las labores del hogar	1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	N

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 5.14 CRONOGRAMA:

Mensual

Etapa / actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Etapa de planeación del proyecto	X	X	X									
Marco teórico		X	X	X	X							
Material y métodos					X	X						
Registro y autorización del proyecto					X							
Prueba piloto						X	X					
Etapa de ejecución del proyecto							X	X	X			
Recolección de datos							X	X				
Almacenamiento de los datos								X	X			
Análisis de los datos									X	X	X	
Descripción de los resultados										X	X	X
Discusión de los resultados											X	X
Conclusiones del estudio												X
Integración y revisión final												
Reporte final												
Autorizaciones												
Impresión del trabajo final												
Solicitud de examen de tesis												

### 5.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

La aplicación de los cuestionarios fue realizada por el residente autor del presente estudio. Los recursos materiales que se utilizaron, fueron hojas blancas de tamaño carta para la impresión de los cuestionarios, 750 copias de los cuestionarios, 20 lápices del número 2 Berol con borradores, 150 grapas, computadora personal pentium 3, disquets de 3 1/2. CD de programa estadístico SPSS versión 10. Se utilizaron las dos salas de espera de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. El financiamiento para la realización del presente trabajo fue cubierto en su totalidad por el residente autor del mismo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 5.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se considera que el presente estudio tiene riesgo tipo I en el cual no se daña la integridad física o mental de los pacientes participantes, su participación fue voluntaria y confidencial."

Así mismo, este estudio no viola los principios señalados por la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Los datos que se obtuvieron con los cuestionarios aplicados, fueron manejados en forma confidencial y solamente para los fines y objetivos del estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

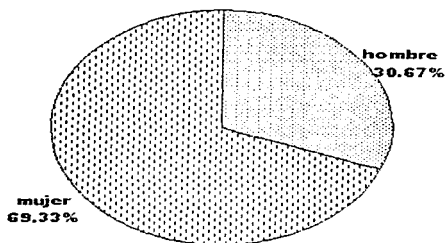
## 6. RESULTADOS

Se aplicaron 150 encuestas en la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chavez, en ambos turnos.

Con respecto al sexo del paciente de los que realizaron los cuestionarios, se encontró que existe una gran diferencia en los porcentajes como lo demuestra la figura 2.

FIGURA 2

SEXO DE LOS ESTREVIADOS.  
CMF DR. "IGNACIO CHÁVEZ". ISSSTE  
PERIODO NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002.



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n° 150

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

La edad promedio encontrada de los derechohabientes fue de 46.17, con una desviación estándar 13.09, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 65 años.

Se encontró que el estado civil con mayor frecuencia fue de parejas casadas (cuadro 3.)

#### CUADRO 3

ESTADO CIVIL DE LOS DERECHOHABIENTES PARTICIPANTES  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE.  
PERIODO NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	68	45.3
Soltero	37	24.7
Viudo	16	10.7
Unión libre	13	8.7
Divorciado	11	7.3
Separado	5	3.3
TOTAL	150	100

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

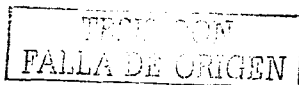
Con respecto al número de hijos de cada persona se encontró la distribución de la siguiente manera como se aprecia en el cuadro 4.

#### CUADRO 4

NÚMERO DE HIJOS DE CADA PACIENTE PARTICIPANTE  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE.  
PERIODO NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	35	23.3
2	46	30.7
3	25	16.7
4	8	5.3
5	4	2.7
6	3	2.0
7	2	1.3
8	2	1.3
Sin hijos	25	16.7
TOTAL	150	100.0

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150



Se encontró que siete personas viven solas, 26 personas viven con otra persona, 31 personas viven con dos más, 35 viven con 3 personas más, 29 viven con 4 personas más, 13 viven con cinco más, 8 viven con 6 personas más y solamente una persona vive con 8 personas más.

La puntuación y promedio de cada sección del cuestionario de estrés encontrada se muestra en el siguiente cuadro:

#### CUADRO 5

RESULTADOS POR SECCIONES DEL CUESTIONARIO DE ESTRÉS  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

Sección	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
I.- Estilo de Vida	22.06	5.81	9	35
II.- Ambiente	13.42	7.88	1	33
III.- Síntomas	18.56	6.19	4	37
IV.- Empleo / Ocupación	13.16	5.81	0	28
V.- Relaciones	19.83	6.17	3	35
VI.- Personalidad	18.23	6.90	1	36

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

La puntuación y promedio total del cuestionario de estrés encontrada se muestra en el cuadro 6:

#### CUADRO 6

RESULTADOS GLOBALES DEL CUESTIONARIO DE ESTRÉS  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

Sección	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Puntuación Total	115.61	28.29	50	195

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el cuadro 7 se muestra la frecuencia obtenida en cada zona de estrés de los pacientes participantes.

#### CUADRO 7

FRECUENCIA DE LAS ZONAS DE ESTRÉS  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ". ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

Zonas de Estrés	Frecuencia	%
Zona 1	0	0
Zona 2	6	4
Zona 3	87	58
Zona 4	24	16
Zona 5	33	22
Total	150	100

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

Con respecto al instrumentos de evaluación de FACES III, se encontró un promedio de cohesión y adaptabilidad familiar como se muestra en el siguiente cuadro:

#### CUADRO 8

PROMEDIO ENCONTRADO EN FACES III  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ". ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Cohesión	38.52	6.59	16	50
Adaptabilidad	22.02	6.36	10	36

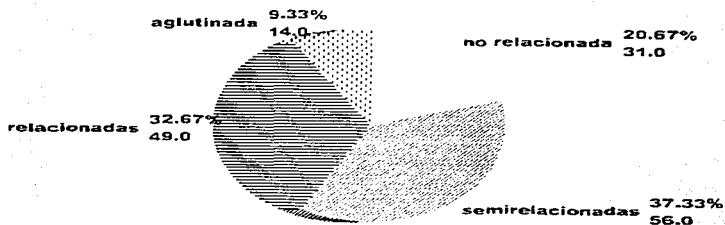
FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La frecuencia encontrada en las familias de acuerdo a la clasificación en cohesión de FACES III, se muestra en el siguiente cuadro:

FIGURA 3

FRECUENCIA DE COHESIÓN FAMILIAR  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ". ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002



FUENTE: ENCUESTAS RELACIONADAS  
n=150

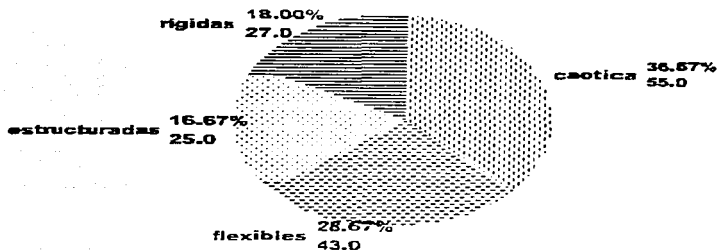
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Los resultados encontrados con respecto a la frecuencia en las familias de acuerdo a la clasificación en adaptabilidad de FACES III, se muestra en el siguiente cuadro:

FIGURA 4

FRECUENCIA DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR  
CMF DR "IGNACIO CHAVEZ", ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002



FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El promedio y frecuencia encontrados en cohesión entre las familias balanceadas y extremas se muestra en el siguiente cuadro:

**CUADRO 9**

FRECUENCIA DE COHESIÓN EN  
FAMILIAS BALANCEADAS Y EXTREMAS  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

<b>Cohesión</b>			
<b>Familias Balanceadas ( Semirelacionadas y Relacionadas )</b>		<b>Familias Extremas ( No relacionadas y Agutinadas )</b>	
<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
105	70	45	30

FUENTE. ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

La frecuencia encontrada en adaptabilidad entre las familias balanceadas y extremas se muestra en el siguiente cuadro:

**CUADRO 10**

FRECUENCIA DE ADAPTABILIDAD EN  
FAMILIAS BALANCEADAS Y EXTREMAS  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

<b>Adaptabilidad</b>			
<b>Familias Balanceadas ( Flexibles y Estructuradas )</b>		<b>Familias Extremas ( Caóticas y Rígidas )</b>	
<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
68	45.3	82	54.7

FUENTE. ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los resultados encontrados de los niveles de estrés promedio comparado con la frecuencia encontrada de estrés patológico, se muestra en el cuadro 11.

**CUADRO 11**

FRECUENCIA DE ESTRÉS PROMEDIO Y PATOLÓGICO  
 CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ". ISSSTE  
 NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

Zonas de Estrés			
Estrés Promedio ( Zona 2 y Zona 3 )		Estrés Patológico ( Zona 4 y Zona 5 )	
Frecuencia	%	Frecuencia	%
93	62.0	57	38.0

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
 n=150

En relación a los niveles de estrés encontrados en las familias balanceadas y extremas en cohesión se muestra en el siguiente cuadro:

**CUADRO 12**

NIVELES DE ESTRÉS EN FAMILIAS  
 BALANCEADAS Y EXTREMAS EN COHESIÓN  
 CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ". ISSSTE  
 NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

Nivel de Estrés	Cohesión		Total
	Familias Balanceadas	Familias Extremas	
Estrés Promedio	71	22	93
Estrés Patológico	34	23	57
Total	105	45	150

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
 n=150

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Con respecto a los niveles de estrés encontrados en las familias balanceadas y extremas en adaptabilidad, se muestra en el cuadro 13.

**CUADRO 13**

NIVELES DE ESTRÉS EN FAMILIAS  
BALANCEADAS Y EXTREMAS EN ADAPTABILIDAD  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

Nivel de Estrés	Adaptabilidad		
	Familias Balanceadas	Familias Extremas	Total
Estrés Promedio	41	52	93
Estrés Patológico	27	30	57
Total	68	82	150

FUENTE: ENCUESTAS REALIZADAS  
n=150

Para analizar la posible relación entre estrés patológico y familias extremas en cohesión, se calculó el estadístico  $\chi^2$ , posteriormente se calcularon tres medidas de asociación apropiadas al tipo de datos.

Los resultados de estrés y cohesión se muestran en la tabla 14:

**CUADRO 14**

NIVELES DE ESTRÉS EN FAMILIAS  
BALANCEADAS Y EXTREMAS EN COHESIÓN  
CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002

	Cohesión			
	Familias Balanceadas	Familias Extremas	%	Total
Estrés Promedio (zona 2 y 3)	71	22	23.6	93
Estrés Patológico (zona 4 y 5)	34	23	40.3	57

$\chi^2$  cuadrada= 4.69  $P=0.03$   
Prueba de asociación  
 $\Phi=0.177$   $P=0.03$   
 $V$  de Cramér= 0.172  $P=0.03$   
Coeficiente de contingencia= 0.174  $P=0.03$

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como se observa en la tabla 14, si hubo diferencia significativa en la frecuencia de familias evaluadas con estrés patológico asociándose a familias extremas ( No relacionadas y aglutinadas), la fuerza de la asociación (0.177) se considera ligera, es decir hay una relación insignificante.

Para analizar la posible relación entre estrés patológico y familias extremas en adaptabilidad, se calculó el estadístico  $\chi^2$ , posteriormente se calcularon tres medidas de asociación apropiadas al tipo de datos.

Los resultados de estrés y cohesión se muestran en la tabla 15:

**CUADRO 15**  
**NIVELES DE ESTRÉS EN FAMILIAS**  
**BALANCEADAS Y EXTREMAS EN ADAPTABILIDAD**  
**CMF DR "IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE**  
**NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2002**

	Adaptabilidad			Total
	Familias Balanceadas	Familias Extremas	%	
Estrés Promedio (zona 2 y 3)	41	52	55.9	93
Estrés Patológico (zona 4 y 5)	27	30	52.6	57

$\chi^2$  cuadrada= 1.54 P= .695

Prueba de asociación

Phi= -.032 P= .695

V de Cramer= .032 P= .695

Coefficiente de contingencia= .032 P= .695

Como se observa en la tabla 15, no hubo diferencia significativa en la frecuencia de familias evaluadas con estrés patológico asociándose a familias extremas (Caóticas y Rígidas), la fuerza de la asociación (-.032) se considera una correlación nula, es decir hay una relación ausente.

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**

## 7. DISCUSIÓN

La información obtenida a través de las encuestas realizadas en la Clínica de medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, es de utilidad, puesto que se pudo detectar que un 69.3% de las personas encuestadas eran mujeres y en menor porcentaje hombres, puesto que las mujeres son las que acuden con mayor frecuencia solicitar el servicio médico.

En el presente estudio se pudo determinar que la mayoría de los pacientes encuestados se encuentran casados, y en un número menor se encuentran separados, no obstante en las diferentes situaciones de su estado civil se encontró que, la mayoría tienen hijos, los cuales se encuentran en las diferentes etapas de su desarrollo, por lo que se encuentran frente a las diferentes crisis normativas de la familia, lo cual puede ser una causa importante de estrés familiar.

Por otra parte, se determinó en cada una de las secciones que conforman el cuestionario de estrés, puntuaciones en las que se cuentan con una puntuación mínima de 9 puntos hasta un máximo de 37 puntos, el promedio del cuestionario fue de 115.61 puntos con una desviación estándar de 28.29 con un puntaje mínimo total de 50 puntos y puntaje total máximo de 95 puntos, esta última puntuación determina que nivel de estrés se encuentra cada paciente dependiendo de la puntuación final (zona 1 = 0-48, zona 2 = 49-72, zona 3 = 73-120, zona 4 = 121-144, zona 5 = 145-200), se encontró que la zona 3 considerada como estrés promedio presentó una frecuencia de 87 pacientes, seguido de zona 5 con una frecuencia de 33 pacientes, esto es un 58% y 16% respectivamente.

El porcentaje encontrado en la relación a cohesión familiar, fue principalmente el 37.33% correspondiente a familias semirelacionadas, las familias relacionadas se encuentran con el 32.67% en menor porcentaje las familias no relacionadas con 20.67% y por último las familias aglutinadas con el 9.33%.

La adaptabilidad familiar se encontró con los siguientes porcentajes, las familias caóticas con el 36.67%, las familias flexibles con el 28.67%, las familias rígidas con el 18% y por último las familias estructuradas con el 16.67%.

Determinando en cohesión familiar la frecuencia de las familias balanceadas (semirelacionadas y relacionadas) con 105 casos con un porcentaje de 70% y las familias extremas (no relacionadas y aglutinadas) con 45 casos y un porcentaje de 30%.

En lo que respecta en adaptabilidad familiar, las familias balanceadas (flexibles y estructuradas) tienen una frecuencia de 68 casos y un porcentaje de 45.3%, las familias extremas (caóticas y rígidas) con 82 casos y un porcentaje de 54.7%.

Por otra parte, el estrés encontrado fue principalmente, fue el nivel de estrés promedio (zona 2 y zona 3) con una frecuencia de 93 casos con una frecuencia de 62%, y el estrés patológico (zona 4 y zona 5) con 57 casos y un porcentaje de 38%.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El nivel de estrés promedio encontrado en relación a cohesión familiar fue de 71 casos en familias balanceadas y 22 casos en familias extremas, el nivel de estrés patológico encontrado fue de 34 casos en familias balanceadas y 23 casos en familias extremas.

En adaptabilidad familiar, el nivel de estrés promedio fue 41 casos en familias balanceadas y 52 casos en familias extremas, el nivel de estrés patológico fue de 27 casos en familias balanceadas y 30 casos en familias extremas

## 8. CONCLUSIONES

En la actualidad el estrés se ha considerado como uno de los problemas más frecuentes en nuestra sociedad y de las grandes ciudades y que por supuesto lleva a grandes consecuencias en el ámbito de la salud

Sin embargo, no se puede escapar de las múltiples situaciones estresantes que existe en nuestras actividades cotidianas, así como tampoco se puede evitar las respuestas de nuestro organismo, las cuales son innatas, ante amenazas o preocupaciones intensas, pero si podemos aprender a controlar el estrés cotidiano a través de conocimiento de técnicas para reducirlo, o bien tener actividades de relajamiento para descansar

Las encuestas realizadas nos permite conocer que nivel de estrés puede llegarse a encontrar o nos orienta en que zona de estrés pueden estar los pacientes de la clínica siendo aplicativo solamente para la misma, puesto que como se menciono en el marco teórico para disminuir los niveles de estrés es necesario tener en cuenta varias consideraciones, que pueden ir desde la alimentación que tenemos diariamente, si es la adecuada, el tiempo que utilizamos para descansar, cuantos miembros son de nuestra familia, si contamos con trabajo estable, si contamos con una actividad ya sea ejercicio o algun otra actividad para relajarse y olvidarse de los problemas del trabajo o bien el llevarnos trabajo a casa cuando debemos dedicarlo nuestro tiempo a la familia, en fin todo esto es parte de una serie de preguntas que se realizaron en las encuestas para poder determinar los niveles de estrés, permitiendonos conocer que realmente existen niveles de estrés muy altos, el hecho de vivir en una ciudad tan grande como lo es nuestro Distrito Federal, que cuenta con un ritmo de vida muy acelerado es difícil tener una vida muy tranquila, puesto que en este estudio no se encontro a nadie con una zona de estrés 1, que se traduce en una vida sin estrés.

En el presente estudio se encontro, que existe una diferencia significativa en la frecuencia de estrés patológico en las familias que se evaluaron, el cual se asocia principalmente a familias extremas en relacion a cohesión con una fuerza de asociación de 0.177, la cual se considera ligera, con una relacion insignificante

Sin embargo, la relación entre estrés patológico y familias extremas en adaptabilidad, no existe diferencia significativa, la fuerza de asociación fue de  $-0.32$ , la cual se considera una relacion nula.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tomando en cuenta las tres acciones basicas de la medicina familiar (estudio de la familia, accion anticipatoria, y continuidad), seria de utilidad tratar de conocer que tan altos tienen los niveles de estres los derechohabientes de la clinica, poder estudiar a la familia y conocer más de ella, así poder ayudar a reducir los niveles de estres que presenten, además tambien estaríamos reduciendo las probabilidades de desarrollar alguna enfermedad, por ejemplo hipertension arterial, por mencionar una, por que existen mucho mas patologias que se encuentran ligadas con la presencia de estres intenso

Sin embargo, las patologias derivadas del estres dia a dia se van incrementando, como medico familiar nos debe interesar es que una vez establecida la patologia dar un seguimiento adecuado tomando en cuenta las dos acciones anteriores del medico familiar, para poder brindarle al paciente opciones para saltar los obstaculos y ofrecer una mejor solucion a sus problemas medicos, teniendo en cuenta nuestras limitaciones como médicos familiares, que necesitamos apoyo de otros especialistas, como por ejemplo psicologia o bien de terapia familiar

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## REFERENCIAS

1. Benyakar M. Definición y clínica del estrés y trauma. Revista Electrónica de Psiquiatría. Diciembre 1997;43(1).
2. Vargas P C, Oviedo J E, Trujillo M H M. Estrés, factores psicosociales y sistema inmune. [citado en 2002 febrero 14]; disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?6111>.
3. Pérez Q D. El estrés como enfrentamiento inadaptado del hombre ante el medio. [citado en 2001 febrero 7]; disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?2028>.
4. Neidhardt E J., Weinstein M, Conry R. Seis programas para prevenir y controlar el estrés. 1ª. Reimpresión (México).España. difusión Editorial. 1992 pp16-23.
5. González de Rivera y R J.L. Nosología psiquiátrica del estrés. [citado en 2001 febrero 7]; disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?2415>.
6. Moya AL., Salvador A. empleo de estresores de laboratorio en el estudio de la respuesta psicofisiológica al estrés. Anales de Psicología 2001; 17(1): 69-81.
7. Redondo D M.M. Pérez N M.A. respuesta fisiológica de estrés y artritis reumatoide. Boletín de la SEAS. (Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés) 2001; 14: 12-21.
8. G. Hanson P. El placer del estrés. México. Editorial Sitsa. 1990 pp17-39.
9. V. Giles M, M. Richard's M. Estrés, estrategias de afrontamiento y personalidad: su rol en las patologías isquémicas. [citado en 2001 febrero 7]; disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?2115>.
10. Tu escala de estrés. Diario de investigaciones Psicósomáticas. [citado en 1967]; disponible en URL: [http://www.udec.cl/~aldea/nro9/escala\\_de\\_estres.htm](http://www.udec.cl/~aldea/nro9/escala_de_estres.htm).
11. Pergamon P. Escala de estrés para jóvenes y/o adolescentes.[citado en 2002 junio 26]; disponible en URL: [http://www.udec.cl/~aldea/nro9/escala\\_de\\_estres.htm](http://www.udec.cl/~aldea/nro9/escala_de_estres.htm).
12. Weinstein L. ¿Control del estrés? México. Editorial Sitsa. 1995 pp22-24.119-121.
13. Melgosa J. ¡Sin estrés! 2ª. Edición. México. Editorial Safeliz. 1997 pp155-161.
14. E. Gutierrez R, F.Ostermann R. Escala SWS-SURVEY-forma GP. UNAM. 1994.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

79

15. Elorriaga S S, Marrufo R A, Ramos del Río B, Figueroa L C. Programa de manejo del estrés. Resultados preliminares [ citado en 2002 febrero 6]; disponible en URL: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?3568>.
16. Villaverde R M L., Gracia M R, Morera F A. Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario. ACEPSI Actas Españolas de Psiquiatría 2002; 28(1): 2-5.
17. De la Revilla L, Aybar R, De los Ríos A, Castro J A. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Atención Primaria 1997; 19(3): 133-137.
18. Claraco V M, Monreal A, García C J. Manejo del paciente somatizador en atención primaria. Atención Primaria 1999; 6(8): 536-547.
19. Solanas F I, Carmenates A D, Riera C N. Proyecto de intervención comunitaria para la violencia familiar. Psiquiatría 2002; 6(1).
20. Sidelski D. Estrés y terapia familiar. [Trabajo]. III Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés 2000.
21. Dickinson B M.A, Ponce R E. R, Gómez C F. J, González O E, Fernández O M.A, Corzo C M.T., et al. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Atención Primaria 1998; 21(5): 275-282.
22. Gómez C F.J, Irigoyen C A, Ponce R E.R, Mazón R J.J, Dickinson B M.E, Sánchez G M.E, Fernández Ortega M.A. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Arch Med Fam 1999; 1(3): 73-79.
23. Ponce R E R, Gomez C F J, Irigoyen C A E, Terán T M, Landgrave I S, Hernández G A, y cols. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). Atención Primaria 1999;23(8): 479-484.
24. Gómez C F J, Irigoyen C A, Ponce R E R. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999;1(2): 45-47.
25. Santaacruz V J. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983;21(4): 348-357.
26. Irigoyen C A. Fundamentos de medicina familiar. 5ª. Edición. México. editorial Medicina Familiar Mexicana,1998 pp3-8.
27. Yarabo Crespo Y, Vaz L F.J. Orientación familiar en atención primaria de salud: un enfoque sistémico. Atención Primaria 1995;16(9): 557-562.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

28. Narro R J R. Medicina familiar. En: Soberón G, Kumate J, Laguna García G. La Salud en México. Especialidades Médicas en México. Editorial Biblioteca de la Salud. 1989; tomo IV pp239-252.
29. Gallo V F J, Altisent T R, Díez E J, Fernández S C, Granados M M I, Lago D F, y cols. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria 1999; 23(4): 236-248.
30. Reglamento de la Ley General de Salud. SSA. Título segundo, capítulo I artículo 17. 3ª Edición. 1993.
31. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 41ª. Asamblea Médica Mundial en Hong Kong. 1989.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXO 1

ACONTECIMIENTOS	UCV
1. Muerte de la pareja	1. .... 100
2. Separación matrimonial	2. .... 65
3. Muerte de un pariente cercano	3. .... 63
4. Daños personales o enfermedad grave	4. .... 53
5. Matrimonio	5. .... 50
6. Pérdida de empleo	6. .... 47
7. Reconciliación matrimonial	7. .... 45
8. Jubilación	8. .... 45
9. Cambios en la salud de algún miembro de la familia	9. .... 44
10. Embarazo	10. .... 40
11. Dificultades sexuales	11. .... 39
12. Entrada en la familia de un nuevo miembro	12. .... 39
13. Cambio en la situación económica	13. .... 38
14. Muerte de algún amigo íntimo	14. .... 37
15. Cambio a un tipo de trabajo distinto	15. .... 36
16. Aumento o disminución de las discusiones con la pareja	16. .... 35
17. Obtener un préstamo hipotecario sobre la casa	17. .... 31
18. Ejecución del préstamo hipotecario	18. .... 30
19. Cambio en las responsabilidades laborales	19. .... 30
20. Hijo o hija que se marchan de casa	20. .... 29
21. Problemas con los familiares	21. .... 29
22. Gran éxito personal	22. .... 28
23. La esposa deja de trabajar	23. .... 28
24. Modificación de costumbres personales	24. .... 24
25. Problemas con un superior en el trabajo	25. .... 23
26. Cambio en el horario o en las condiciones laborales	26. .... 20
27. Cambio de residencia	27. .... 20
28. Cambio de escuela	28. .... 20
29. Cambio de diversiones	29. .... 19
30. Cambio de actividades sociales	30. .... 18
31. Solicitud de empeño, préstamo hipotecario de casa	31. .... 17
32. Cambio en la costumbre de dormir	32. .... 16
33. Cambio en el número de reuniones familiares	33. .... 15
34. Cambio en costumbres alimentarias	34. .... 15
35. Vacaciones	35. .... 13
36. Pequeñas violaciones a la ley	36. .... 11

**ANEXO 2**  
**INVENTARIO DEL ESTRES**

	Nunca	Casi Nunca	Frecuente	Casi siempre
<b>1. ESTILO DE VIDA</b>				
1. Duermo un número de horas adecuado.....	3	2	1	0
2. Como a horas fijas.....	3	2	1	0
3. Cuando estoy nervioso tomo tranquilizantes.....	0	1	2	3
4. Para ocupar mi tiempo libre veo televisión o videos.....	0	1	2	0
5. Hago ejercicio físico en forma regular.....	3	2	1	0
6. Al comer lo hago muy rápido.....	0	1	2	3
7. Como muchos alimentos con colesterol..... (huevos, hígado, queso, helados, etc.)	0	1	2	3
8. Consumo con frecuencia frutas y verduras.....	3	2	1	0
9. Bebo agua entre comidas.....	3	2	1	0
10. Como entre comidas.....	0	1	2	3
11. Desayuno abundantemente.....	3	2	1	0
12. Ceno poco.....	3	2	1	0
13. Fumo.....	0	1	2	3
14. Tomo bebidas alcohólicas.....	0	1	2	3
15. En mi tiempo libre busco la naturaleza y aire puro.....	3	2	1	0
16. Practico alguna afición que me relaja.....	3	2	1	0
<b>TOTAL</b>				
<b>2. AMBIENTE</b>				
17. Mi familia es muy ruidosa.....	0	1	2	3
18. Siento que necesito más espacio en mi casa.....	0	1	2	3
19. Todas mis cosas están ordenadas (en su sitio).....	3	2	1	0
20. Disfruto de mi hogar.....	3	2	1	0
21. Mis vecinos son escandalosos.....	0	1	2	3
22. Existe hacinamiento en mi colonia.....	0	1	2	3
23. Mi casa esta limpia y ordenada.....	3	2	1	0
24. En mi casa encuentro tranquilidad.....	3	2	1	0
25. Mi dormitorio se me hace pequeño.....	0	1	2	3
26. Siento que viven muchos en mi casa.....	0	1	2	3
27. Al ver la decoración de mi casa me siento satisfecho.....	3	2	1	0
28. Es mi casa lo suficientemente grande para mis necesidades.....	3	2	1	0
29. En mi colonia existen olores desagradables (drenajes).....	0	1	2	3
30. En mi colonia existen olores desagradables (drenajes).....	0	1	2	3
31. En mi colonia es muy ruidosa.....	0	1	2	3
32. En mi colonia el aire es puro y limpio (no hay fabricas).....	3	2	1	0
33. En la colonia las calles y jardines están limpios y cuidados.....	3	2	1	0
<b>TOTAL</b>				

3. SÍNTOMAS	Nunca	Casi Nunca	Frecuente	Casi siempre
33. Sufro de dolores de cabeza.....	0	1	2	3
34. Tengo dolores de estomago.....	0	1	2	3
35. Tengo mala digestión.....	3	2	1	0
36. Voy regularmente al baño (defecar).....	3	2	1	0
37. Me molesta la cadera.....	0	1	2	3
38. Tengo taquicardias.....	0	1	2	3
39. Tengo alguna alergia.....	3	2	1	0
40. En ocasiones me ahogo.....	0	1	2	3
41. Tengo dolores musculares en cuello y espalda.....	0	1	2	3
42. Tengo la presión arterial normal.....	3	2	1	0
43. Tengo buena memoria.....	3	2	1	0
44. Tengo poca hambre.....	0	1	2	3
45. Me siento cansado y sin fuerzas.....	0	1	2	3
46. Sufro de insomnio.....	0	1	2	3
47. Sudo mucho sin hacer ejercicio.....	0	1	2	3
48. Lloro y me desespero.....	0	1	2	3
TOTAL				
4. EMPLEO / OCUPACIÓN				
49. Mi labor diaria me provoca mucha tensión.....	0	1	2	3
50. En mis ratos libres pienso en los problemas del trabajo.....	0	1	2	3
51. Mi horario de trabajo es regular.....	3	2	1	0
52. Mis ocupaciones me permiten comer tranquilamente en mi casa.....	3	2	1	0
53. Me llevo trabajo a casa para hacerlo en las noches o los fines de semana.....	0	1	2	3
54. Tengo varios empleos.....	0	1	2	3
55. Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando.....	3	2	1	0
56. Me siento útil y satisfecho con mis ocupaciones.....	3	2	1	0
57. Tengo miedo a perder mi empleo.....	0	1	2	3
58. Me llevo mal con mis compañeros de trabajo.....	0	1	2	3
59. Mantengo muy buenas relaciones con mi jefe.....	3	2	1	0
60. Considero estable mi empleo.....	3	2	1	0
61. Utilizo mi coche como medio de trabajo.....	0	1	2	3
62. Me olvido de comer cuando estoy trabajando.....	0	1	2	3
63. Me considero capacitado para mi trabajo.....	3	2	1	0
64. Tengo la impresión de que mi jefe y/o familia aprecian el trabajo que realizo.....	3	2	1	0
TOTAL				

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

	Nunca	Casi Nunca	Frecuente	Casi siempre
<b>5. RELACIONES</b>				
65. Disfruto siendo amable y cortés con la gente.....	3	2	1	0
66. Suelo confiar en los demás.....	3	2	1	0
67. Me siento molesto cuando mis planes dependen de otros.....	0	1	2	3
68. Me afectan mucho los pleitos.....	0	1	2	3
69. Tengo a amigos que me escuchan.....	3	2	1	0
70. Me siento satisfecho de mis relaciones sexuales.....	3	2	1	0
71. Me importa mucho la opinión que tengan de mí los demás.....	0	1	2	3
72. Deseo hacer las cosas mejor que los demás.....	0	1	2	3
73. Mis compañeros de trabajo son mis amigos.....	3	2	1	0
74. Tengo la paciencia de escuchar a los demás.....	3	2	1	0
75. Pienso que mi esposo/a, novio/a, amigo/a, íntimo/a, tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena.....	0	1	2	3
76. Hablo demasiado.....	0	1	2	3
77. Al discutir, pronto empiezo a levantar el tono de voz.....	0	1	2	3
78. Siento envidia porque otros tienen más que yo.....	0	1	2	3
79. Cuando discuto pienso lo que voy a decir mientras el otro esta hablando.....	0	1	2	3
80. Me pongo nervioso cuando me dan órdenes.....	0	1	2	3
TOTAL				
<b>6. PERSONALIDAD</b>				
81. Me siento generalmente satisfecho con mi vida.....	3	2	1	0
82. Me gusta hablar bien de la gente.....	3	2	1	0
83. Me pone nervioso cuando alguien maneja su coche despacio delante de mí.....	0	1	2	3
84. Cuando hay fila en una ventanilla mejor me marcho.....	0	1	2	3
85. Soy generoso conmigo al ponerme fechas límite.....	3	2	1	0
86. Tengo confianza en el futuro.....	3	2	1	0
87. Aun cuando no me gusta, pienso en lo peor.....	0	1	2	3
88. Me gusta hacer las cosas a mi manera y me enoja cuando no es posible.....	0	1	2	3
89. Tengo buen sentido del humor.....	3	2	1	0
90. Me agrada mi manera de ser.....	3	2	1	0
91. Me pone nervioso cuando me interrumpen cuando estoy en medio de una actividad.....	0	1	2	3
92. Soy perfeccionista.....	0	1	2	3
93. Pienso en los que me deben dinero.....	0	1	2	3
94. Me pongo nervioso cuando manejo en el tráfico.....	0	1	2	3
95. Me aburro pronto de las vacaciones y prefiero regresar al trabajo y/o escuela.....	0	1	2	3
96. Tengo miedo a que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal, como cáncer.....	0	1	2	3
TOTAL				

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ANEXO 3

## FACES III

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

## DESCRIBA A SU FAMILIA

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que son de nuestra familia.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- 11. Nos sentimos muy unidos.
- 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene autoridad.
- 19. La unión familiar es muy importante.
- 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## ANEXO 4

### CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Consentimiento para participar en la encuesta (INVENTARIO DE ESTRÉS Y FACES III), los cuestionarios tienen como propósito (DETERMINAR QUE NIVEL DE ESTRÉS PRESENTA CADA PERSONA). Esta investigación tiene autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla respetando su pensamiento y decisión.

También si usted se siente en algún momento herido(a), lastimado(a) o agredido(a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminado así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

Son dos cuestionarios que constan de 116 preguntas y se contestan en aproximadamente 20 minutos.

No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿ACEPTA USTED CONTESTARLA?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

*GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN:*

➤ POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE:

Edad \_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Estado civil \_\_\_ Número de hijos \_\_\_

Edades de los hijos \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en su casa \_\_\_\_\_

Y que parentesco tienen \_\_\_\_\_

Cuenta con trabajo estable: Si \_\_\_ No \_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN