

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TESIS

“ESTRUCTURA FAMILIAR, GRADO Y TIPO DE ANSIEDAD EN MADRES DE ENTRE 20 Y 40 AÑOS DE EDAD, DE HIJOS MENORES DE 10 AÑOS DE EDAD HIPERFRECIENTADORES Y NO HIPERFRECIENTADORES, ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE MARZO A JULIO DEL 2013”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. MORALES CHÁVEZ FAUSTO DILDAR

DIRECTOR DE TESIS

E. EN M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ

REVISORES DE TESIS

E. EN M. F. RUBÉN RÍOS MORALES

M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS

E. EN M. F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2014

**ESTRUCTURA FAMILIAR, GRADO Y TIPO DE ANSIEDAD EN MADRES DE
ENTRE 20 Y 40 AÑOS DE EDAD, DE HIJOS MENORES DE 10 AÑOS DE
EDAD HIPERFRECIENTADORES Y NO HIPERFRECIENTADORES,
ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE MARZO A JULIO DEL
2013**

AGRADECIMIENTOS

A Dios que me ha dado la oportunidad de ser médico y que ha guiado mis pasos día a día y llena de bendiciones mi vida y me permite servir a mis semejantes.

A mis padres por el apoyo incondicional brindado, por sus consejos y por siempre estar en todo momento.

Al señor Agustín y señora Ángeles por su apoyo incondicional, por el cuidado de Renata y Leilani para poder culminar el objetivo.

A mis hijas Renata y Leilani porque son la causa de que este aquí. Son mi fuerza para no dejarme vencer y seguir adelante.

A Tatiana quien ha sido un pilar de apoyo incondicional y compartir desvelos, preocupaciones, guardias. Soportar mi humor, enojos y estrés y poder concluir este sueño.

A mis compañeros y amigos de residencia Felipe, Zita, Javier, Martha, Sonia y Regina, por su apoyo, platicas, y hacer menos pesado esta etapa con sus ocurrencias y humor.

A Zita por ser mi mejor amiga, confidente y cómplice y por sus consejos.

Capítulo	
I. MARCO TEORICO	1
I.I Familia	1
I.I.1 Estructura y Funciones de la Familia	3
I.I.2 Dinámica Familiar	4
I.I.3 Componentes de la Familia	5
I.I.4 Familia como sistema	5
I.I.5 Ciclo de Vida Familiar	6
I.I.6 Tipología Familiar	6
I.I.7 Funciones de la Familia	7
I.I.8 Genogramas	8
I.II Ansiedad	10
I.II.1 Definición	12
I.II.2 Epidemiología	13
I.II.3 Clasificación	14
I.II.4 Ansiedad somática y psíquica	15
I.III Hiperfrecuentación e Hiperfrecuentadores	16
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
II.1 Argumentación	19
II.2 Pregunta de investigación	20
III. JUSTIFICACIONES	21
III.1 Académica	21
III.2 Científica	21
III.3 Económica	21
III.4 Social	22
IV HIPOTESIS	23
IV 1 Elementos de la hipótesis	23
IV.1.1 Unidades de observación	23
IV.1.2 Variables	24
IV.1.2.1 Dependiente	24
IV.1.2.2 Independiente	24
IV.1.3 Elementos lógicos de relación	24
V. OBJETIVOS	25
V.1 General	25
V.2 Específicos	25
VI. METODO	27
VI.1 Tipo de estudio	27
VI.2 Diseño de estudio	27
VI.3 Operacionalización de variables	28
VI.4 Universo de trabajo y muestra	30
VI.4.1 Criterios de inclusión	30
VI.4.2 Criterios de exclusión	30
VI.4.3 Criterios de eliminación	31
VI.5 Instrumentos de Investigación	32
VI.5.1 Descripción del cuestionario de Ansiedad de Hamilton	32

VI.5.2 Validación	32
VI.5.3 Interpretación	33
VI.5.4 Propiedades Psicométricas	33
VI.6. Herramientas de recolección de datos	33
VI.6.1 Familiograma	33
VI.7 Aplicación	34
VI.8 Desarrollo del proyecto	34
VI.9 Limite de espacio	34
VI.10 Límite de tiempo	34
VI.11 Diseño de análisis	34
VII. IMPLICACIONES ETICAS	36
VIII. ORGANIZACIÓN	40
IX. RESULTADOS	41
X. DISCUSION	47
XI. TABLAS Y GRAFICAS	52
XII. CONCLUSIONES	75
XIII. RECOMENDACIONES	78
XIV. BIBLIOGRAFÍA	80
XV. ANEXOS	83

I.MARCO TEORICO

II Familia

El concepto de familia en un término muy antiguo asignado a una organización social, y que, a través de su historia ha tenido que pasar por diversas adaptaciones para poder ser funcional en cada época. En 1861 Jacob Bachofen, Morgan y Mac Lennan inician estudios acerca de la familia y describen sus características en cuanto a su estructura y funcionalidad que son determinantes en el grado de desarrollo social.¹

Con las transformaciones que ha experimentado la familia han surgido diferentes definiciones. Actualmente la Organización Mundial de la Salud define a la familia como un grupo de personas emparentadas entre sí, hasta un grado determinado ya sea por sangre, adopción o matrimonio. Establece que el grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá del uso al que se destinen los datos, y por lo tanto, no puede definirse con precisión a nivel universal.²

Otras definiciones: “Un grupo unido por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando estas son estables. La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación”.

Esto incluye todas las formas de familia tradicionales y no tradicionales, como parejas no casadas familias combinadas (formadas por las parejas anteriores, las nuevas y sus hijos), y parejas de homosexuales. ³

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, y tenemos al subsistema conyugal (padre, madre), paterno filial (padres e hijos), y fraternal (hermanos), todas las familia tienen características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: composición, desarrollo, demografía, ocupación e integración, pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Sarit son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente, negligente

indulgente, permisiva o recíproca con autoridad, también refiere que es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el otro y donde a su vez, la familia se comporta como si fuera una unidad. La familia es una unidad dinámica que está en continua evolución y que las relaciones entre sus miembros afectan la estructura del sistema familiar. De esto la unidad económica y familiar referida por Sarit, es concebida como un sistema de bienestar cambiante donde el fenómeno migratorio internacional, como proceso dinámico, tiene peso en la transformación y composición de la estructura familiar.

Los límites representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos, y la comunicación que no es más que la forma en la que la familia se expresa entre sí y puede ser directa, enmascarada o desplazada. Minuchin y Fishman (1996), por su cuenta sostienen que la familia es un grupo natural para crecer y recibir auxilio, que en el tiempo ha desarrollado pautas de interacción recíprocas, mismas que constituyen la estructura familiar y que rigen el funcionamiento de sus miembros, definiendo su gama de conductas. 4,5

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

Para el Estado mexicano, el concepto de familia es explícita en su Plan Nacional de Desarrollo (2001-2006) el cual asevera que: “es importante mencionar la diversidad que caracteriza a las familias en México, al igual que su naturaleza dinámica. No es posible hablar de un sólo tipo de familia, compuesto por una pareja y su descendencia, sino que hay una gama importante de formas distintas de vivir en familia. En México existen familias de tipo nuclear (el modelo tradicional), las hay de tipo extenso y, en aumento,

familias de jefaturas femeninas, aquellas compuestas por una mujer y sus hijos, o una mujer, sus hijos y algún otro miembro, sin el esposo o padre”.

I.I.1 Estructura y funciones de la familia

En México como en América Latina, se le considera a la familia columna vertebral de la sociedad. En efecto, la familia es una institución, que debe formarse con estructuras sólidas en su interior, “entendemos a la familia como la institución social fundada en el vínculo conyugal y el de filiación de un parentesco. Por lo que, es en el vínculo conyugal donde surgen las primeras enseñanzas que dan fortaleza y una estructura resistente a esta célula de la sociedad, llamada familia. ^{5,6}

La forma familiar predominante en México es la nuclear, conformada por el padre y/o la madre e hijos, o por parejas sin descendencia. No obstante, en los últimos 30 años la cantidad de éstas ha disminuido levemente.

En 1976 este tipo de familia constituía el 71 por ciento del total; en 2005, el 66 por ciento (según datos de la Encuesta Nacional de Dinámicas Familiares – ENDIFAM- 2005, elaborada por el IIS y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia), y en 2008, el 65 por ciento (de acuerdo con cifras del Consejo Nacional de Población).⁷

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1977), estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros. ⁸

Debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

Como todo sistema debe poseer reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los padres, rol de padre, rol de

hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), los roles definen las tareas de los miembros del grupo familiar. ⁹

La estructura familiar opera con diferentes lineamientos, para resolver las tareas a las que se enfrenta. Los alineamientos constituyen la unión de dos o más miembros del sistema para llevar a cabo una operación. Esta dimensión incluye los conceptos de alianza o coalición unión de dos o más personas para lograr una meta o interés común y la coalición proceso de unión en contra de un tercero, estos lineamientos pueden ser funcionales o disfuncionales según respeten o no los límites, los subsistemas, y según sea su duración. ¹⁰

La estructura familiar es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.

I.I.2 Dinámica Familiar

Son diversos elementos conceptuales que nos ayudan a comprender mejor los componentes como funciones, interacciones e interrelaciones al interior de la familia, los cuales describen y analizan un conjunto amplio de características tales como: la propia definición de familia; los aspectos relacionados a la composición y grado de parentesco de los miembros del grupo familiar, las relaciones entre ellos, incluidos su nivel de interacción y asociación proximidad o rechazo; sus roles, límites e interacciones; los subgrupos constituidos al interior del grupo familiar , así como las funciones intrínsecas de la familia. ¹¹

El estudio de la dinámica familiar es útil para entender cómo funciona cada familia y así poderle ofrecer una mejor atención integral, porque sus características están fuertemente relacionadas, no solo al proceso generado de la enfermedad sino también a su recuperación. De este modo, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas, la familia podrá contribuir al desarrollo de la enfermedad o neutralizar en parte sus determinantes, casi en la misma medida en que el proceso de enfermar de uno de los miembros puede afectar en el funcionamiento familiar. ¹²

La familia dentro de sus acciones, está ser el entorno elemental para inculcar los valores y normas sociales, así como construir las bases de los comportamientos saludables y la interacción humana adecuada.¹³

I.I.3 Componentes de la Familia

Miembros individuales: las familias están constituidas por personas con necesidades de salud, específicas para cada una de ellas.

Vivienda y entorno físico: Las familias desarrollan sus actividades cotidianas en el contexto de una vivienda y entorno que pueden funcionar como elementos protectores de la salud familiar, o por el contrario pueden generarles riesgos.

Grupo familiar: La dinámica que se desarrolla al interior de la familia y se traduce por las relaciones entre los miembros, es el gran determinante de los desempeños positivos o negativos de los miembros individuales y de la familia como un todo. ¹⁴

I.I.4 Familia como sistema:

Un sistema, es un conjunto de elementos en interacción dinámica cuyo resultado individual de cada elemento está determinado por la situación de los otros y el cual se organiza para cumplir situaciones específicas.

Aplicando la teoría de sistemas se concibe a la familia como un sistema social abierto en constante interacción con el medio natural, cultural y social. Por sus características, la familia es la unidad fundamental del gran sistema social representado por la comunidad, el cual se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde sus integrantes interactúan, formando subsistemas con factores biológicos, psicológicos, y sociales de alta relevancia.

La familia busca mantener un equilibrio a lo largo de su historia, de modo que su condición de salud o enfermedad no es permanente, sino que depende de una adaptación exitosa a los desafíos del transcurrir de la vida, vida familiar y al desarrollo de la vida de sus miembros. Se denomina homeostasis a los mecanismos adaptativos para restaurar el equilibrio luego de cambios evolutivos importantes, la entrada en una etapa nueva de su evolución entre otros.

Para la familia, esta homeostasis se logra modificando las estructuras y procesos interpersonales que la habilitan para mantener su estabilidad.

I.1.5 Ciclo de vida familiar

El ciclo vital de la familia es un concepto de orden, útil para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que enfrentan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros; así mismo, permite el análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución y constituye un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que deben desempeñar cada uno de los integrantes de la familia antes de pasar a la siguiente etapa de su ciclo; su cumplimiento oportuno los lleva a una vida sana y funcional, en tanto que su incumplimiento resulta ser fuente de constantes conflictos y tensiones.

Geymnan, propone que existen 5 fases en el ciclo vital de todas las familias; fase de matrimonio; inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, y termina con el nacimiento del primer hijo. Fundamental para la preparación de una vida, el acoplamiento en la pareja, la adaptación de nuevos roles y la preocupación de satisfacer las necesidades básicas.

Fase de expansión: En este momento se incorporan nuevos miembros cuyo ingreso causa tensiones. Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último.

Dispersión: Se identifica con el hecho de que todos los hijos acudan a la escuela, la importancia se centra en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades.

Fase de independencia: Termina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes, en ocasiones forman nuevas familias, se presenta entre los 20 y 30 años.

Fase de retiro y muerte: Última etapa, se presenta desconcierto, nostalgia, condicionada por la incapacidad para laborar, presencia de patología crónica degenerativa, desempleo, y agotamiento de recursos económicos, cuando no se toman providencias para poder afrontarla. ¹

I.1.6 Tipología Familiar:

Desde el punto de vista de su desarrollo social la familia puede clasificarse en:

Familia moderna: la madre trabaja fuera del hogar lo cual modifica el rol de los cónyuges.

Familia tradicional: El padre es el proveedor económico, excepcionalmente labora la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado.

Familia primitiva o arcaica: En general la familia campesina cuyo sostenimiento se produce exclusivamente con los productos de la tierra que trabajan.

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse de acuerdo a su ubicación geográfica de residencia en: rural, urbana, sub urbana.

De acuerdo a su integración familiar se clasifica en:

Familia integrada: Los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Familia semi integrada: los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Familia desintegrada: ausencia de e uno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas y externas.

I.I.7 Funciones de la familia

Las funciones de la familia son las tareas que los corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo se reconocen las siguientes funciones.

Para autores como Geyman las funciones familiares incluyen:

Socialización: transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en un individuo totalmente independiente. Capaz de participar y desarrollarse en la sociedad. Se inicia en la familia pero después esta función es responsabilidad compartida con la escuela amigos y grupos religiosos, deportivos, etc.

Cuidado: Esta función presente en la especie humana, consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias. Se identifican cuatro determinantes:

- a) Vestido
- b) Alimentación
- c) Seguridad física
- d) Apoyo emocional

Afecto: corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimientos hacia nuestros semejantes.

Reproducción: consiste en proveer de nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad, incluyendo aspectos de salud reproductiva y educación sexual.

Estatus: es el reconocimiento de este grupo en la sociedad, transfiriéndole derechos y obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios y logros.

Límites: Son reglas que definen quienes participan y como. Su función consiste en proteger la diferenciación del sistema.

Para que la integración familiar sea funcional, los límites de los subsistemas deben ser claros y definirse con suficiente precisión, para permitir a los miembros de los subsistemas realizar sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

La claridad de los límites en el interior de una familia es útil en la evaluación de su funcionamiento.^{1,5-10}

I.1.8 Genogramas

Un genograma es un formato para dibujar un árbol genealógico que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones. Los genogramas muestran la información familiar en una forma que provee de un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo.

Es un recurso invaluable para el terapeuta familiar en el proceso de evaluación. Derivado originalmente de estudios antropológicos y genealógicos. El mapa familiar, Minuchin 1974¹ es a menudo diferenciado del genograma por la inclusión de patrones sistemáticos como las coaliciones y triángulos. El valor descriptivo del Genograma es el impacto visual de la localización de roles y patrones de interacción de un determinado sistema familiar que puede incluir varias generaciones.

Los genogramas muestran la información familiar en una forma que provee de un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado

con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo.

Da un conciso y gráfico resumen de la composición familiar actual. También debe mostrar la extensa red familiar, las edades de los miembros de la familia, las fechas de los matrimonios de los padres y de cualquier divorcio o separación. Indica asimismo como todos los miembros de la familia están relacionados y puede mostrar también quién es el paciente identificado. La localización geográfica de los miembros de la familia puede ser indicada e igualmente plantear, brevemente, los puntos salientes respecto a cada miembro familiar. Por ejemplo, ocupación, grado escolar, año, salud y puntos relevantes de sus historias individuales pasadas (enfermedades, accidentes, encarcelamientos, etc.).

Los genogramas, árboles genealógicos o familiogramas, son la clave para una entrevista orientada hacia la familia con un paciente individual. Es el método más simple y eficiente para comprender el contexto familiar en una visita proporcionando una foto instantánea del paciente. El genograma es un mapa familiar que engloba al menos tres generaciones. En él se traza la estructura familiar, se registra la información más importante sobre la familia y se representa el tipo de relaciones en términos de alianzas y exclusiones.

Proporcionan una información decisiva sobre los riesgos genéticos y cualquier historia familiar de enfermedades graves.

El genograma puede ser simple y/o solo incluir a la familia actual y la historia familiar de enfermedades graves o proporcionar información más detallada sobre acontecimientos y relaciones familiares. Debe incluir nombres, edades, estado civil, enfermedades significativas y fechas de sucesos traumáticos como muertes, de todos los miembros de la familia.

Trazado de la estructura familiar: Esta primera fase supone el eje central del genograma, ya que representa cómo los diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente unidos entre sí. En esta representación, las figuras (p. ej. cuadrado, círculo) simbolizan personas y las líneas simbolizan las relaciones que mantienen entre ellas. Además, se emplea una línea de puntos para indicar la convivencia de los diferentes miembros, "rodeando" en un mismo círculo aquellas personas que comparten domicilio. Al final del documento se pueden consultar los símbolos más frecuentemente utilizados.

Registro de la información familiar: Después de la primera fase de representación de la estructura familiar, es posible añadir otros datos sobre la familia, como: Información demográfica, Información sobre el nivel de funcionamiento, sucesos familiares críticos.

Registro de las relaciones familiares: La representación en el genograma de las relaciones familiares se basa tanto en el informe de la propia familia, como en la observación clínica. Se utilizan diferentes tipos de líneas para representar estas relaciones. A pesar de que los términos empleados para describir estas relaciones suelen ser difíciles de definir operacionalmente, aportan una primera información al clínico acerca del nivel de conflicto o aglutinamiento de una familia. Al final del documento se puede consultar la representación de las relaciones más habituales. Como las pautas vinculares pueden ser muy complejas, en ocasiones es posible representarlas en un genograma aparte.

I.II Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población, considerando que los síntomas ansiosos son los más comunes, los cuales pueden ser encontrados en cualquier persona durante determinados periodos de su vida. Considerando que esta ansiedad puede ser patológica cuando no es proporcional a la situación que la desencadena o cuando no existe un motivo específico para su aparición o aun cuando es una respuesta inadecuada frente a una determinada amenaza debido a su intensidad o duración.

Cuándo se dan desordenes psico-patológicos maternos, estos pueden causar efectos dañinos para el desarrollo infantil. Existen tres razones por las que se produce ese impacto: a) efecto directo en el niño expuesto a desórdenes mentales de los padres, b) El impacto indirecto del desorden por parentesco en las relaciones interpersonales y la presencia de adversidades comúnmente asociadas a problemas psiquiátricos.

Debido al impacto en la vida conyugal y en el desarrollo de los hijos entre los síntomas psicológicos maternos se destaca la ansiedad y la depresión los cuales se pueden manifestar en la etapa pre y post natal.

En muchas ocasiones se considera a estos pacientes como “difíciles”. Se usa de manera incorrecta este término para hacer referencia a los pacientes

hiperfrecuentadores. Es muy probable que estos pacientes tengan un trastorno de ansiedad, mal manejo del estrés, depresión, y no son diagnosticados o mal diagnosticados.

Hay múltiples situaciones por las que los pacientes acudan en forma frecuente a la consulta y entre ellas están los pacientes con patología crónica y muy dependientes del sistema, mayores de 65 años, que acuden por el seguimiento que se les realiza de su enfermedad y problemas sintomáticos. Se ha propuesto que en el sistema parental el estrés durante los tres primeros años de vida es especialmente crítico en relación con el desarrollo emocional y conductual de un niño. El número y la intensidad de recursos disponibles para afrontar estos aspectos determinan que ocurra o no una paternidad disfuncional. Numerosos estudios reportan que niveles elevados de estrés están asociados a conductas parentales disfuncionales e interacciones negativas entre los padres y sus hijos.

Investigadores han estudiado a madres y han encontrado que altos estresores asociados al niño se relacionan con la percepción de una disminución del apoyo social, lo cual a su vez se correlaciona con un incremento de síntomas de depresión, ansiedad y hostilidad.

Al pertenecer a una familia de bajos recursos económicos cuentan con menos recursos para atender a las necesidades de sus hijos, lo que dificulta el acceso a adecuados recursos sociales y materiales.

Las dificultades económicas de la madre, limitan las posibilidades de brindar una adecuada nutrición y atención en salud a sus hijos, afectando esto su estado emocional. ¹⁷

Las mujeres que no cuentan con una red familiar o de apoyo son las que más tienen este problema. En los hombres por otro lado al entrar en la etapa de jubilación es más común que se asocie a hiperfrecuentación de los servicios de salud.

También se habla de problemas relacionados con alteraciones en la funcionalidad familiar, alteraciones sociales y laborales que afectan a la población en general, y se manifiestan en hipocondrías o en situaciones de sobresaturación o insatisfacción. ¹⁸

La ansiedad materna evaluada como trastorno o en un continuo malestar, sitúa a los hijos en riesgo de desarrollar ansiedad y otros problemas, aunque ni se

asocia específicamente con un único trastorno ni todos los hijos de madres ansiosas presentan sintomatología.¹⁹

Entre las características de los niños que a pesar de la adversidad se desarrollan normalmente se encuentra la regulación emocional un constructo multicomponencial que implica procesos por medio de los cuales la activación emocional es controlada. ¹⁸⁻¹⁹

En el caso de la hipocondría, la percepción es que se trata más de hombres y en el caso de la insatisfacción es más común en mujeres, algunas al cuidado de familiares.

Por otro lado los hombres acuden en exceso para mantener bajas laborales buscando que el sistema de salud les de beneficios al considerarlos enfermos.

Otro tipo de pacientes son los hiperfrecuentadores jóvenes, en este tipo destacan dos tipos: hipocondría y problemas de afrontamiento y adaptación a situaciones vitales. El tener acceso a sistemas de información electrónico sobre cuestiones de salud en donde obtengan información de ciertos padecimientos, hace que estos piensen que tengan síntomas de múltiples enfermedades y acudan en busca de diagnósticos. La segunda situación es la de jóvenes que somatizan problemas triviales, ya que detrás hay un problema psicológico de afrontamiento de esta etapa vital. ¹⁷

I.II.I Definición

La ansiedad en un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.¹⁸

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos o situaciones peligrosas. El sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. La ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces se presenta en ausencia de peligro inminente. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico.

La ansiedad como tal no es una enfermedad mental, pero al llegar a interferir con el funcionamiento cotidiano se le conoce como desorden de ansiedad generalizada. La crisis se caracteriza por aparición súbita de síntomas de

terror, aprensión, miedo acompañados de sensación inminente de muerte. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aire, palpitaciones, opresión o malestar torácico, atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o a la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada generando una gravedad evidente de disfuncionalidad en la persona. ²⁰

I.II.2 Epidemiología

En todo el mundo, los problemas de salud mental suelen ser atendidos por primera vez, más en las consultas de atención primaria que en los hospitales de salud mental. Los datos obtenidos apuntan a que existe una asociación entre la enfermedad mental y el alto número de visitas al médico familiar.

En la actualidad los trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión, tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Más del 20% de la población mundial en algún momento padecerá algún trastorno afectivo el cual requerirá de tratamiento médico en algún momento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales y de comportamiento representan 5 de las 10 principales causas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad.

En nuestro país (Medina Mora y Cols. 8, 2003), reportaron en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que el 28.6% de la población mexicana presentó alguno de los 23 trastornos mentales de la CIE en alguna etapa de su vida, el 13.9% reportó haberlo padecido en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Alrededor de 6 de cada 20 mexicanos, 3 de cada 20 y 1 de cada 20 presentaron trastornos psiquiátricos graves alguna vez en su vida.

En México, sólo uno de cada 10 pacientes con trastorno de ansiedad cuenta con un tratamiento adecuado, a pesar de que en los últimos 25 años, las terapias contra esta enfermedad, han mostrado sus beneficios en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. ²⁰⁻²¹

I.II.3 Clasificación

Existen criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios se encuentran descritos en las dos clasificaciones de trastornos mentales o psicopatológicos, más importantes como son la DSM-IV-TR según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). ²²

La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos, se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos.

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizado por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo.

La ansiedad es una emoción que nos pone en alerta, nos activa, a nivel fisiológico, cognitivo y conductual, ante la posibilidad de que en determinada situación, obtengamos un resultado negativo o no deseado. La valoración cognitiva de dicha situación, como un amenaza, dispara una serie de anticipaciones subjetivas, respuestas fisiológicas y conductuales que interactúan entre si y llevan al individuo a un estado de inquietud, que no cesa mientras siga procesando la información amenazante. Este estado de ansiedad se caracteriza generalmente por una experiencia subjetiva en la equivalencia en la que la valencia es negativa o desagradable, la auto percepción de intensidad de la activación fisiológica es alta y la sensación de control tiende a estar amenazada.

La ansiedad es una respuesta emocional cotidiana y nos ayuda a adaptarnos mejor, al ponernos en alerta, sin embargo, muchas personas sufren excesivos niveles de síntomas que les pueden producir malestar clínicamente significativo, alteraciones o desordenes de tipo fisiológico o psicossomático, así como conductas desadaptadas.

Los estados de ansiedad intensos y crónicos pueden ir asociándose con problemas para la salud física y mental, accidentes o alteraciones del rendimiento. ²³⁻²⁴

Estos cambios descritos en este proceso tardan un tiempo en producirse, pero se dan con bastante frecuencia, así el trastorno de ansiedad es el desorden mental que se da con más frecuencia, y el riesgo de presentar un trastorno de ansiedad en nuestro país es de un 13.3% y en USA del 36%.

El sub registro del diagnóstico de ansiedad ha dado lugar a la creación de un gran número de escalas o instrumentos estructurados que tratan de detectar posibles casos de ansiedad.

Muchas de estas escalas pretenden ser instrumentos de cribado y una vez detectado el posible caso se emprenderá el procedimiento diagnóstico oportuno. Las escalas por si mismas no generan diagnóstico, sino que permiten detectar personas con puntuaciones altas de las que se detecta la presencia de patología mental.

Estos instrumentos de medida sirven para complementar una adecuada valoración ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

Todos estos instrumentos presentan las limitaciones de detectar falsos positivos y negativos, dado que todos tiene una sensibilidad y especificidad menor al 100%. Dado que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en la consulta médica de atención primaria es limitado, los instrumentos a utilizar deben ser fáciles de contestar e interpretar.

La escala que se empleará en este trabajo será el de Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale), el cual consta de 14 ítems que valora los aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad, Un ítem evaluará el ánimo deprimido. Es una escala heteroaplicada. Existe una versión adaptada al castellano por Carrobbles y cols. (1986). Dependiendo del tipo de síntoma, se medirá de menor a mayor gravedad, duración o disfunción. ²⁵⁻²⁷

I.II.4 Ansiedad somática y psíquica.

El término ansiedad somática se refiere a los cambios físicos que ocurren en el cuerpo cuando una persona experimenta ansiedad. Estos cambios fisiológicos son un contraste con los síntomas de la ansiedad cognitiva o psíquica que se refiere a las manifestaciones psicológicas de la ansiedad como la tensión, el miedo o la preocupación.

Los efectos somáticos de la ansiedad a veces pueden confundir a la persona y hacerla creer que sus síntomas tienen origen médico, cuando en realidad puede ser apropiado un tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Estos pacientes suelen presentar una gran variedad de molestias físicas sin que se encuentre en la exploración una base orgánica. Al igual que los pacientes con trastorno por ansiedad generalizada, muestran constantes preocupaciones, pero en ellos éstas se centran casi exclusivamente en las quejas somáticas. El paciente no se tranquiliza con las explicaciones del médico ni con la realización de las pruebas diagnósticas complementarias, por lo que suele consultar con frecuencia en los servicios de urgencias. ²²⁻²³

El sentimiento psíquico que provoca la ansiedad puede ser tan intenso que el sujeto cree que va a volverse loco o tener una sensación de muerte inminente. En el ámbito somático origina una multitud de síntomas que dependen de una disfunción del sistema nervioso autónomo. ²³

I.III Hiperfrecuentación e hiperfrecuentadores

La hiperfrecuentación es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria (AP) ya que, unido a la falta de tiempo para la consulta y la consecuente masificación, afecta a la calidad del servicio prestado en la consulta. Se ha descrito que un 50% del personal médico de atención primaria considera que más del 20% de las visitas que reciben serían innecesarias, y este fenómeno ocasiona emociones de difícil manejo entre los profesionales. ²⁸

Este crecimiento de la demanda se relaciona con varios factores cuya influencia se explica por modelos centrados en las características del individuo o en la interacción de redes sociales. Según algunos autores las características de la población explican 50% de las variaciones de utilización y el otro 50% factores del profesional y la organización. En cambio otros autores atribuyen 82% de la frecuentación a la edad y el estado de salud. ²⁹⁻³⁰

Se considera hiperfrecuentación al incremento en la demanda de servicios de salud. Percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. Un estudio lo define como toda persona que acude a consulta durante el periodo de estudio, En los estudios revisados se aplican diferentes criterios cuantitativos a la hora

de investigar el problema y sus posibles causas (número de visitas a la año, pacientes que superan el percentil 95 o el percentil 90 de visitas, pacientes que superan la media + 2DE).

El criterio para definir al paciente hiperfrecuentador es muy variable. Existen datos en los cuales se puede observar que el cupo de consulta médica es de aproximadamente 30% de pacientes hiperfrecuentadores y otros que informan que estos no superan el 3%.³¹

Se ha observado que los pacientes hiperfrecuentadores acuden a consulta de manera más frecuente porque no se les resuelve su problema de salud por parte del médico del primer nivel de atención, y en donde este último lo relaciona más con problemas de salud psicosocial, en un total de 6 a 12 veces al año.

Los profesionales de la salud diferencian los motivos de la consulta de los pacientes hiperfrecuentadores en dos rubros, uno es por motivos de salud en donde destacan pacientes con patología crónica, pacientes con procesos agudos que acuden con dolores inespecíficos y síntomas relacionados con la edad, problemas ginecológicos, mioartralgias relacionadas con la actividad laboral y con enfermedad psicológica, y el otro es por motivos no estrictamente médicos de los cuales los profesionales de la salud coinciden en la problemática social o familiar que lo hace acudir a la consulta como un servicio de ayuda. Por otro lado el tema laboral también aparece como motivo de consultas en exceso.³²

Todos los profesionales de la salud tienen la sensación de falta de tiempo para llevar a cabo un buen diagnóstico, como consecuencia el paciente hiperfrecuentador vuelve a la consulta y añade mayor presión al médico.

Los médicos refieren sensación de agotamiento, falta de reconocimiento a su trabajo. Con este tipo de pacientes hiperfrecuentadores al cabo del tiempo se produce un deterioro de la relación y al final acaban apareciendo resistencias.

Este tipo de pacientes no obtiene mejores resultados por acudir más veces a consulta aunque ellos así lo crean. El riesgo de esto es que acaben recibiendo tratamientos, siendo sometidos a pruebas o intervenciones que no necesitan.³³

El personal médico define la hiperfrecuentación por una serie de criterios cualitativos en los que el número de visitas tiene poca importancia. Acuden por problemas médicos relacionados con enfermedades crónicas pero también por

motivos psicosociales o laborales. Hay hiperfrecuentadores de todas las edades y de ambos sexos, y la relación médico-paciente depende de cada caso concreto. Según los profesionales de AP, la definición de un paciente como hiperfrecuentador no depende del número sino de la calidad de la visita. Las razones de consulta y las características de los pacientes son múltiples, por lo que no se puede determinar un perfil único. Un factor común que motiva a un hiperfrecuentador es que acude a consulta por problemáticas psicosociales, por lo que sería de gran ayuda agilizar la coordinación con recursos psicosociales para conseguir consultas de atención primaria más eficiente y efectiva. ^{34,35}

Se ha estimado que el 50% de las consultas médicas corresponden a demanda espontánea y de estas 10% las solicitan los mismos pacientes. Por esta razón, el 80% del tiempo médico se utiliza en la atención de 20% de los pacientes.

Los reportes de estudios internacionales muestran que de 5 a 15% de la población que consulta es hiperfrecuentadora y que 15.4-20% continuará siéndolo al menos durante los siguientes 3 años, a los que se les conoce como hiperfrecuentadores persistentes. Estos pacientes consumen de 10 a 16% del gasto en salud, debido al exceso de ayudas diagnósticas, polifarmacia, citas médicas y procedimientos innecesarios y reciben 7 veces más consultas médicas, 2,5 veces más prescripciones, en particular de medicamentos psicotrópicos como los antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y analgésicos. ³⁶⁻

37

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas psiquiátricos más frecuentes en la población considerando que los síntomas ansiosos son los más comunes, los cuales pueden ser encontrados en cualquier persona durante determinados periodos de su vida. Considerando que esta ansiedad puede ser patológica cuando no es proporcional a la situación que la desencadena o cuando no existe un motivo específico para su aparición, o aun cuando es una respuesta inadecuada frente a una determinada amenaza debido a su intensidad o duración.

Las madres han sido el eje de muchas investigaciones que las han considerado factores determinantes en la utilización de los servicios sanitarios. La percepción que ellas tienen del grado de vulnerabilidad ante la enfermedad se ha mostrado predictora de la utilización de los servicios de salud. Las creencias y percepciones maternas sobre la salud pueden resultar determinantes, al influir en la posterior utilización de los servicios por parte de los hijos cuando alcancen la edad adulta

El diagnóstico de una enfermedad infantil grave y/o prolongada afecta, en primer lugar, al niño que la padece.

Lógicamente, dicho diagnóstico le obliga a adaptarse a una nueva vida (experiencias dolorosas, consultas médicas, posibles períodos más o menos continuados y prolongados de hospitalización, etc.).

Con este tipo de enfermedad no sólo el niño sufre cambios importantes en su vida, sino que toda la dinámica familiar se ve afectada por las repercusiones físicas y psíquicas de la enfermedad. Su impacto sobre la familia puede llegar a provocar efectos penosos y devastadores.

Si la enfermedad diagnosticada es, además, lo suficientemente severa como para exigir la hospitalización del niño, el conflicto inicial se modifica: el paciente y su familia deben integrarse en un contexto diferente (nuevos horarios, regímenes alimenticios, convivencia con distintas personas, etc.), lo que constituye una nueva fuente de conflictos y tensiones que añadir a los que ya existen a causa de la enfermedad. Así, la hospitalización infantil representa una crisis para toda la familia. Resulta evidente que la privación de la convivencia

familiar, como consecuencia de la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y de sus familiares más cercanos.

La calidad del equilibrio funcional dentro de la familia, anterior a la aparición del hecho estresante, y la calidad de las relaciones padres e hijos, también previas, determinan en cierta medida, el grado de desestabilización que se produce en cada familia. Las familias con esquemas previos de adaptación normales responden a la hospitalización con una conducta que crea un equilibrio de adaptación familiar.

La familia actual en su composición y estructura está más sujeta al cambio que otros grupos sociales, en gran parte por un ciclo familiar distinto a anteriores formas familiares y tipos de sociedad, todo esto ha generado una diversidad en la estructura familiar.

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la estructura familiar, grado y tipo de ansiedad en madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Marzo a Julio del 2013?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

Para obtener el título como Especialista en Medicina Familiar.

Como médico familiar es de suma importancia conocer los principales trastornos afectivos que se presentan en los pacientes y que son una causa importante de la estructura familiar de los pacientes, y la relación con la enfermedad de un hijo que hace que aumente la consulta médica en las Unidades de Medicina Familiar en el primer nivel de atención, y poder detectar en el ambiente familiar la Estructura Familiar. Aunque es difícil definir un perfil de persona hiperfrecuentadora, algunos trabajos describen ciertas características habituales: sexo femenino y edad elevada, enfermedad física, malestar psíquico, problemática social, o una combinación de los tres últimos

III.2 Científica

Los trastornos mentales encuentran dentro de las 10 patologías principales que afectan a nuestra población y comúnmente son sub diagnosticadas y por lo tanto no tratadas de forma adecuada. La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad entre los usuarios que acuden a consultas de atención primaria, oscila entre un 20 y 40 %. Se considera que la carga de trabajo generada por la sobreutilización de los servicios de salud, además del alto costo material y humano que supone, ha hecho que en los últimos años haya aparecido un importante número de investigaciones destinadas a conocer mejor este fenómeno y a intentar paliarlo.

III.3 Económica

Los trastornos mentales son la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economía de mercado sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable.

El trastorno de ansiedad generan discapacidad por lo tanto pérdidas económicas y afecta en su mayoría a la población económicamente activad e nuestro país. El costo de la consulta médica en el primer nivel de atención es de 482 pesos para el 2012, con esto podemos observar que ha tenido un incremento muy importante ya que en 1994 la consulta tan solo costaba 63 pesos. La carga de trabajo generada por la sobreutilización de los servicios de salud, además del alto coste material y humano que supone, ha hecho que en

los últimos años haya aparecido un importante número de investigaciones destinadas a conocer mejor este fenómeno y a intentar paliarlo.

III.4 Social

La salud mental, como parte invisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y una plena participación social, además de que se asocian con sustanciales niveles de incapacidad. La angustia-ansiedad patológica dificulta la integración del sujeto en el lugar en donde se desenvuelve.

El mundo actual implica una época de grandes cambios con ritmos de vida acelerados, mayor competencia y especialización. Existen estudios que asocian la presencia de malestar psíquico con la hiperfrecuentación y que este hecho se puede explicar por la falta de indicadores o a no dar una adecuada respuesta asistencial al problema. Los pacientes cuyos problemas psiquiátricos son abordados, reducen la utilización de los servicios de salud, de ahí la importancia de su detección y abordaje.

IV. HIPÓTESIS

Las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, presentan en su estructura familiar límites difusos, periferia del padre, jerarquía materna, así como ansiedad psíquica moderada, en comparación con los no hiperfrecuentadores, en donde existen límites claros, no hay periferia paterna, hay jerarquía compartida, no hay ansiedad materna psíquica moderada.

IV.1 Hipótesis nula

Las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, no presentan en su estructura familiar límites difusos, periferia del padre, jerarquía materna, ni ansiedad psíquica moderada, así como los no hiperfrecuentadores en donde tampoco existen límites difusos, periferia del padre, jerarquía materna, ni ansiedad psíquica moderada.

IV.2 Hipótesis alterna

Las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, presentan en su estructura familiar límites claros, periferia materna, jerarquía paterna, así como ansiedad psíquica ausente, en comparación con los no hiperfrecuentadores, en donde si existen límites difusos, hay periferia paterna, hay jerarquía materna, y hay ansiedad materna psíquica moderada.

IV.3 Elementos de la hipótesis

IV.4.1 Unidades de observación

Madres de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar 64 del IMSS.

IV.4.2 Variables

IV.4.2.1 Dependiente

Ansiedad

IV.4.2.2 Independiente

Estructura familiar

IV.4.3 Elementos lógicos de relación

La, de, en, de, la, en la del, la.

V. OBJETIVOS

V.1 General

Evaluar la presencia de alteraciones en la estructura familiar así como el grado y tipo de ansiedad en madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Marzo a Julio del 2013.

V.2 Específicos

- Identificar las variables sociodemográficas como edad, ocupación, religión, estado civil y escolaridad de las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Identificar la frecuencia y motivo de consultas de los menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del I Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Mencionar el número de integrantes de la familia de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Identificar la tipología familiar según su composición, integración, desarrollo y complicaciones en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Identifica la estructura familiar según la jerarquía, centralidad y periferia, en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Identificar los límites en el subsistema conyugal, parental, y fraterno en familias de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de

10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Identificar la presencia de alianzas y coaliciones en familias de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Identificar relaciones estrechas, conflictivas, cerradas y distantes en familias de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Determinar el grado y tipo de ansiedad presente en madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Comparar cuál es la estructura familiar, grado y tipo de ansiedad, en madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI. METODO

VI.1 Tipo de estudio

Observacional, transversal, analítico, comparativo.

VI.2 Diseño de estudio

Se realizó un estudio en el periodo de Marzo a Julio del 2013 en madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar 64 del IMSS, que aceptaron ser entrevistadas y firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Se aplicó posteriormente la guía de entrevista para estructura familiar de Montalvo y Soria, Escala de Hamilton para ansiedad (HARS). Se revisó y validó la información y se elaboraron cuadros y gráficas.

VI.3 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de Medición	Indicadores	ITEM
Edad de las madres	Tiempo de existencia de una persona o cualquier otro ser animado o inanimado desde su creación o nacimiento hasta la actualidad. (diccionario enciclopédico Vol. 1 2009).	Edad de los pacientes al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	a)20-25 años b)26-30 años c)31-35 años d)36-40 años	I
Ocupación de las madres	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero de una manera continuada. (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. 2007).	Actividad laboral que desempeña el individuo	Cualitativa Nominal	a) Empleado b)Desempleado c) Ama de casa d) Jubilada	I
Religión	Conjunto de creencias o dogmas, símbolos y prácticas que posee el objetivo de venerar uno o varios dioses.	Conjunto de creencias, dogmas, símbolos y prácticas que poseen las madres de hijos menores de 12 años hiperfrecuentadores	Cualitativa Nominal	a) Católica b)Cristiana c)Testigo de Jehová d)Otro	I
Estado civil de las madres	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. (Arturo Valencia Zea, Ortiz Monsalve Álvaro Derecho Civil, Tomo 1, Parte general y Personas)	Situación personal legal en relación a otra.	Cualitativa Nominal	a) Casado b) Soltero c) Unión Libre d) Separado e) Divorciado f) Viudo	I
Escolaridad de las madres	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo.	Cualitativa Ordinal	a)Analfabeta b)Primaria c)Secundaria d)Preparatoria e)Carrera técnica f)Universidad	I
Hiperfrecuentación	Número de veces que acude un paciente a consulta médica en un periodo de un año en promedio más de 12 veces), casi siempre por el mismo padecimiento, sin que los síntomas ni los resultados de las pruebas efectuadas puedan conducir a un diagnóstico médico adecuado (López. I. 2003. Depresión y ansiedad en la clínica cotidiana, Medicina Clínica, 4, 1:1-4)	Pacientes que acuden más de doce veces al año a consulta médica.	Cualitativa Dicotomica	1)Si 2)No	I
Motivo de consulta	Expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al médico. (Equipo CESCO. Los sistemas de registro en la atención primaria de salud Madrid. Ed. Díaz de Santos;1987ISBN84-86251-67-2)	Principal causa por la cual acuden a consulta médica los pacientes.	Cualitativa Nominal	a) Infección de vías respiratorias b) Gastroenteritis infecciosa c) Desnutrición d) Otro	I
Número de Integrantes de la familia	Cantidad de personas que conforman un grupo	Número de personas que habitan en la misma casa y son miembros de la familia de madres de hijos menores de 12 años hiperfrecuentadores	Cuantitativa Discreta	a) 2 Integrantes b)3 a 5 integrantes c)Más de 6 integrantes	I

Estructura Familiar	Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera cómo interactúan los miembros de una familia. (Anzures Medicina Familiar, México, Corporativo Intermedica, S.A de C.V 2008)	Forma en que se encuentran relacionados los miembros de la familia de madres de hijos menores de 12 años hiperfrecuentadores	Cualitativa Nominal	1) Jerarquía a) Paterna b) Materna c) Compartida d) Hijo 2) Centralidad a) Padre b) Madre c) Hijo 3) Periferia a) Paterna b) Materna c) Conyugal d) Ausente 4) Límites Subsistema Conyugal a) Claro b) Difuso c) Rígido d) Flexible Subsistema Parental a) Claro b) Difuso c) Rígido d) Flexible Subsistema Fraternal a) Claro b) Difuso c) Rígido d) Flexible 5) Alianzas a) Presente b) Ausente 6) Coaliciones a) Presente b) Ausente 7) Relaciones a) Estrechas b) Conflictivas c) Cerradas d) Distantes 8) Tipología Por su composición a) Nuclear b) Extensa c) Compuesta d) Seminuclear Por su integración a) Integrada b) Semiintegrada c) Desintegrada Por su desarrollo social a) Moderna b) Tradicional Por su demografía a) Rural b) Urbana	II
---------------------	--	--	---------------------	---	----

			Cualitativa Nominal	Por complicaciones en su desarrollo a) Interrumpida b) Contraída c) Reconstruida	
Grado de Ansiedad	Respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por alto grado del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. (Tabal, M. 1996)	Alteración emocional que causa estrés o miedo desencadenada por cualquier situación	Cualitativa Ordinal	a) 0-5 no ansiedad b) 6-14 ansiedad leve c) >15 ansiedad moderada/grave	III
Ansiedad psíquica	Manifestaciones psicológicas causadas por ansiedad como tensión, miedo o preocupación. (23-24)	Presencia de alteraciones psicológicas a causa de la ansiedad.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente	III
Ansiedad somática	Cambios físicos que ocurren en el organismo cuando una persona experimenta ansiedad como son tensión muscular, alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, sensoriales, respiratorios, autónomos, urinarios y neurológicos (23)	Experiencia y comunicación del malestar psicológico de los trastornos ansiosos en forma de síntomas físicos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente	III

VI.4 Universo de trabajo y muestra.

La población actual de mujeres de entre 20 y 40 años de edad con las que cuenta la Unidad de Medicina Familiar actualmente es de 86,878, y el tamaño de la muestra fue de **150 mujeres de entre 20 y 40 años de edad**, 75 con hijos hiperfrecuentadores y 75 con hijos no hiperfrecuentadores, con una muestra no probabilística por conveniencia, con un error máximo del 5% y un IC del 95%, el cual se obtuvo con el programa estadístico STATS, versión 2.0

VI.4.1 Criterios de inclusión del grupo control o no hiperfrecuentadores

Madres de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores que acudieron menos de 13 veces a la consulta de medicina familiar en el periodo de un año, atendidos en la UMF 64 del IMSS, y que aceptaron participar en el estudio, y firmaron el consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión del grupo control o no hiperfrecuentadores

Madres de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores que acudieron a control de alguna enfermedad crónica, de control de niño sano y desnutrición, a la consulta médica en la UMF 64 del IMSS.

VI.4.3 Criterios de eliminación del grupo control o no hiperfrecuentadores

Madres de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores que contestaron de forma incompleta los instrumentos a aplicar.

VI.4.1 Criterios de inclusión del grupo de casos o hiperfrecuentadores

Madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que acudieron más de 12 veces a la consulta de medicina familiar, que aceptaron participar en el estudio, y firmaron el consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión del grupo de casos o hiperfrecuentadores

Madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores que acudieron a control de alguna enfermedad crónica, de control de niño sano y desnutrición, a la consulta médica en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.4.3 Criterios de eliminación del grupo de casos o hiperfrecuentadores

Madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores que contestaron de forma incompleta los instrumentos a aplicar.

VI.5 Instrumentos de Investigación

Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS)

VI.5.1 Descripción de la Escala de Hamilton para ansiedad

Esta escala es un instrumento para valorar la intensidad de la ansiedad diseñada en 1959, inicialmente constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se integraron en dos quedando 13 ítems, pero en 1969 se dividió el ítem de síntomas somáticos en dos (somáticos musculares y somáticos sensoriales) quedando finalmente 14 ítems. Existe una versión española realizada por Carrol y Cols, que es la más utilizada en su versión en español.

Se divide en dos apartados: Psíquicos: 6 ítems que exploran el humor ansioso, tensión, miedos, insomnio funciones intelectuales y humor depresivo.

Somáticas: 7 ítems que evalúan síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinario y autonómicos.

Comportamentales: 1 ítem para evaluar el comportamiento del paciente durante la entrevista.

Los ítems son manifestaciones específicas de ansiedad. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones de los dos primeros ítems (humor ansioso y tensión) en lugar de la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente el TAG.

En marco de referencia temporal son los últimos días, mínimo los tres últimos. en todos los ítems, excepto el último ya que en este se evalúa la conducta del sujeto durante la entrevista.

Es una escala heteroaplicada, Ballenger y Lewis crearon sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones adecuadas a cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad inter-evaluadores, y son las siguientes:

1. Identificar de entre todos los síntomas de cada ítem, el más problemático en los últimos días y que se debió concretamente a ansiedad.
2. Determine para ese síntoma estos tres aspectos: su gravedad frecuencia de presentación e incapacidad que produce.
3. Calcular la media entre la puntuación de gravedad y de tiempo y frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de la incapacidad.

VI.5.2 Validación

La escala de Hamilton muestra una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86. Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r=0.74$ a 0.96). Posee excelentes valores test-retest tras un día y una semana ($r=0.96$), y aceptable estabilidad después de ($r=0.64$).

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi, ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton, ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.²⁶

VI.5.3 Interpretación

Se trata de un cuestionario de 14 ítems y cuenta con una escala de puntuación tipo Likert que oscila entre 0 y 4 puntos, el marco de referencia temporal son 3 días previos a la entrevista.

La escala de Hamilton par ansiedad valora los siguientes ítems:

Gravedad: 1, leve, de poca importancia, 2, gravedad moderada y alteraciones, 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas muy molestos, 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.

Tiempo: 1, ocurre con poca frecuencia, 2 ocurre parte del día o menos de la mitad de los días, 3 ocurre gran parte del día durante la mayoría de los días, 4 ocurre casi todo el tiempo.

Incapacidad/disfunción: 1 conciencia de los síntomas pero sin interferir en las actividades normales, 2 los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones, 3 los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo las actividades sociales, familiares o laborales, 4 los síntomas causan incapacidad para realizar actividades en dos o más áreas anteriores.

Además de proporcionar una puntuación total, la suma de las puntuaciones de los 14 ítems proporciona puntuaciones en dos factores: ansiedad psíquica (ítems del 1-6 y 14) y ansiedad somática (ítems del 7-13).

Los puntos de cohorte establecidos para la puntuación total son:

0-5 no ansiedad

6-14 ansiedad leve

> 15 ansiedad moderada/grave. 25-26

VI.5.4 Propiedades

La escala de Hamilton para ansiedad es una escala heteroaplicada, pero en este caso la aplicara el investigador con la información obtenida en la entrevista, y se ha de juzgar si cada uno de los ítems está presente y tipo de intensidad de severidad de los síntomas se presentan. ²⁶

VI.6. Herramientas de recolección de datos

VI.6.1 Familiogramas

El familiograma es un instrumento que permite valorar la dinámica, estructura, tipología familiar, relaciones, roles, ciclo evolutivo, la composición, estructura, tipo de familiar, relaciones, roles y ciclo evolutivo, por lo cual está formando la familia en un momento, determinado.

Permite al grupo de salud identificar, problemas de salud, hereditarios, genéticos, basados en la información recopilada.

Es un método para analizar los datos de una familia, los cuales dan la oportunidad de realizar una o en varias consultas básica. Puede ser elaborado durante una consulta con toda la familia, individualmente o en varias consultas. Se puede obtener información de cada uno de los integrantes de una familia. Debe permitir una rápida evaluación de los antecedentes familiares y problemas de salud futura. (Rakel, 1984)

VI.7 Aplicación

Aplicación dirigida de la Guía de Entrevista de Montalvo y Soria a las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años hiperfrecuentadores con la cual se valoró la estructura familiar. Aplicación de la encuesta de ansiedad de Hamilton con la cual se valoraron los síntomas de ansiedad de las madres de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.8 Desarrollo del proyecto

Se seleccionaron a las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, que acudieron a consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, posteriormente se les invitó a participar en el estudio, firmaron el consentimiento informado y por medio de la técnica de entrevista se les aplicaron los cuestionarios de Ansiedad de Hamilton (HARS) para determinar el tipo y grado de ansiedad, que presentan las madres y cuestionario de Montalvo y Soria, para analizar la estructura familiar.

VI.9 Límite de espacio

Se utilizó el área de espera de la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.10 Límite de tiempo

Se realizó durante el periodo de 6 meses que comprendieron del 1 de Marzo del 2013 al 31 de Agosto del 2013.

VI.11 Diseño de análisis.

Para obtener el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico STATS versión 2.0. Posterior a la obtención y recolección de datos, se dividió la muestra en dos grupos, uno de casos y otro de controles, se realizó la elaboración de base de datos y análisis estadístico en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), mediante las pruebas estadísticas chi cuadrada para variables cualitativas nominales y U de Mann-Whitney para variables cualitativas ordinales, elaboración de cuadros de salida, diseño de

gráficos, redacción, análisis y discusión de datos de ambos grupos y finalmente se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones.

VII. IMPLICACIONES ETICAS

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a los principios éticos establecidos en la décimo octava Asamblea Médica Mundial de Helsinki en 1964: además durante la investigación, se aplicaron los principios que deben regir en toda investigación médica según el Informe Belmont de 1978, los cuales son: respeto a las personas, beneficencia, justicia, y no maleficencia.

Respeto a las personas

El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos, y en segundo, personas con autonomía disminuida tiene derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas que se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida.

Beneficencia: El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no solo respetar sus decisiones y protegerlos del daño, sino también procurar su bien estar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término beneficencia se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Existen dos reglas generales; No hacer daño y acrecentar al máximo beneficios y disminuir los daños posibles.

Justicia: La selección de sujetos de investigación necesita ser examinada cuidadosamente para determinar si algunas clases sociales, están siendo seleccionadas sistemáticamente, por estar disponibles fácilmente, su posición comprometida o su fácil manipulación, en lugar de ser seleccionadas por razones directamente relacionadas con el problema de estudio. Siempre que una investigación financiada con fondos públicos dé como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas solo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en lugar de posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

De acuerdo con la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, en el Título Segundo, Capítulo I, dice: En toda investigación en la que el

ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación.
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista

M.C. Fausto Dildar Morales Chávez

Asesor.

E. en M.F. María Guadalupe Saucedo Martínez

IX. RESULTADOS

A continuación presento las características sociodemográficas que se indagaron con el apoyo de la ficha de identificación familiar a las 150 madres, así como su estructura familiar la cual se indago con el apoyo del instrumento de Montalvo y Soria para estructura familiar.

En la variable de edad encontramos que las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos no hiperfrecuentadores en el rango de 20 a 25 años 21 madres que corresponden al 16%, en el rango de 26 a 30 años 28 que corresponden al 37.33%, en el de 31 a 35 18 que corresponden al 24% y en el de 36 a 40 hay 17 madres que corresponden al 22.66%, en el grupo de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos hijos hiperfrecuentadores, en el rango de 20 a 25 años encontramos 13 madres que corresponden al 17.33, en el rango de 26 a 30 años 25 que corresponden al 33.33%, en el de 31 a 35 encontramos 24 que corresponden al 32% y en el de 36 a 40 hay 13 madres que corresponden al 17.33% Observamos que la mayoría de las madres en ambos grupos es casi la misma proporción.

(Ver tabla y Gráfica 1)

En la variable de ocupación de las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos no hiperfrecuentadores menores de 10 años de edad, encontramos 16 madres que son empleadas y representan el 21.33% y 59 que se dedican a las labores del hogar y representan el 78.66%. En las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos hiperfrecuentadores menores de 10 años de edad, encontramos 18 madres que son empleadas y representan el 24% y 57 que se dedican a las labores del hogar y representan el 76%.

(Ver tabla y Gráfica 2)

En la variable de religión, encontramos una frecuencia mayoritaria de 53 para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores que profesan la religión católica, lo que representa el 70.66%, 18 madres que profesan la religión cristiana y corresponden al 24% y 4 que profesan la religión de Testigos de Jehova que representan el 5.33%. Las madres de entre 20 y 40 años de edad , de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 56 que profesan la religión católica, lo que representa el 74.66%, seguida de 18 madres que profesan la religión cristiana, lo que representa el 24% y 1 que profesa la religión de Testigos de Jehova que representa el 1.33%.

(Ver tabla y Gráfica 3)

En la variable de estado civil encontramos que en las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad, no hiperfrecuentadores, hay una frecuencia de 57 madres se encuentran casadas lo que corresponde al 76%, 18 que se encuentran en unión libre, lo que corresponde al 24%. En las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad, hiperfrecuentadores encontramos una frecuencia de 41 madres que se encuentran casadas, lo que corresponde al 54.66%, 34 madres que se encuentran en unión libre, lo que corresponde al 45.33%.

(Ver tabla y Gráfica 4)

En la variable de grado escolar encontramos que en las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad, no hiperfrecuentadores, 4 madres con escolaridad primaria que representan el 5.33%, 16 escolaridad secundaria que representan el 21.33%, 31 con escolaridad preparatoria que representan el 41.33%, carrera técnica 13 que representan el 17.33% y universidad 11 que representan el 15.66%.

En las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad, 17 cuentan con escolaridad secundaria que representan el 22.66%, 39 con escolaridad preparatoria que representan el 52%, carrera técnica 17 que representan el 22.66% y universidad 2 que representan el 2.66%.

(Ver tabla y Gráfica 5)

En la variable de motivo de consulta de los hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores de madres de entre 20 y 40 años de edad encontramos 59 hijos los cuales padecían infecciones de vías respiratorias frecuentes lo que corresponde al 78.66%, 11 que padecían de infecciones gastrointestinales, lo que representa el 14.66 y 5 en el rubro de otros 3 pacientes acudieron a control de enfermedad por reflujo gastroesofágico y 1 niño acudió a control de dermatitis atópica. En el caso de los hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos 60 hijos con infecciones de vías respiratorias frecuentes lo que representa el 80%, 14 con infección gastrointestinal lo que representa el 18.66% y 1 en el rubro de otros para dermatitis atópica y representa el 1.33%.

(Ver tabla y Gráfica 6)

En cuanto a la variable de número de integrantes familiares en madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad, no hiperfrecuentadores encontramos en el rubro de 3 a 5 integrantes 69 lo que representa el 92% y 6 para familias con más de 6 integrantes lo que corresponde al 8%, y de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad, hiperfrecuentadores encontramos una frecuencia de 71 para 3 a 5 integrantes, lo que corresponde al 94.66%, y 4 para los que tienen más de 6 integrantes, lo que corresponde al 5.33%.

(Ver tabla y Gráfica 7)

En cuanto a la variable de tipología familiar de acuerdo a su composición, de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores, encontramos 72 para familia nuclear lo que representa el 96%, 3 para familias extensas lo que representa el 4% y 0 para familia seminuclear. En las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de, hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores, encontramos 73 para familias nucleares lo que representa el 97.33%, 1 para familias extensas lo que representa el 1.33% y 1 para familia seminuclear lo que representa el 1.33%

(Ver tabla y Gráfica 8)

En cuanto a la variable de tipología familiar de acuerdo a su integración, de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores, encontramos 75 lo que corresponde al 100% que corresponde a una familia integrada y de las madres de entre 20 y 40 años de edad de, hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores, encontramos 75 para familia integrada lo que corresponde al 100%. En ambos grupos no se observaron familias desintegradas.

(Ver tabla y Gráfica 9)

En cuanto a la variable de tipología familiar de acuerdo a su desarrollo, de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores, encontramos 25 que corresponden a familias modernas lo que representa el 33.33% y 50 para familias tradicionales lo que representa el 66.66%. De las madres de entre 20 y 40 años de edad de, hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores, encontramos 20 para familias modernas lo que corresponde al 26.66% y 55 que son familias tradicionales lo que corresponde al 73.33%.

(Ver tabla y Gráfica 10)

En cuanto a la variable de tipología familiar de acuerdo a su demografía, de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores, encontramos 75 lo que corresponde a una familia urbana y corresponde al 100% y de las madres de entre 20 y 40 años de edad de, hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores, encontramos 75 para familias urbanas lo que corresponde al 100%.

(Ver tabla y Gráfica 11)

En cuanto a la variable de tipología familiar de acuerdo a las complicaciones en su desarrollo, de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de

10 años de edad no hiperfrecuentadores, encontramos una frecuencia del 100% que corresponde a una familia con ausencia de complicaciones, y de las madres de entre 20 y 40 años de edad de, hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores, encontramos una frecuencia del 100% correspondiente a una familia con ausencia de complicaciones.

(Ver tabla y Gráfica 12)

En la variable de distribución de jerarquía en las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos 22 para jerarquía paterna lo que corresponde al 29.33%, 36 para jerarquía materna lo que corresponde al 48%, 14 para jerarquía compartida lo que corresponde al 18.66% y 3 para jerarquía por un hijo lo que corresponde al 4%. En las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos 10 para jerarquía paterna lo que corresponde al 13.33%, 61 donde la jerarquía es materna y representa el 81.33%, 4 para jerarquía compartida lo que corresponde al 5.33%.

(Ver tabla y Gráfica 13)

En la variable de centralidad en las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años no hiperfrecuentadores, encontramos 1 donde hay centralidad materna y corresponde al 1.33%, 5 para centralidad por un hijo lo que corresponde al 6.66% y 69 en donde no hay centralidad lo que representa el 92%. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad, hiperfrecuentadores encontramos 12 para centralidad por un hijo lo que representa 16% y 63 en donde no hay centralidad lo que representa el 84%.

(Ver tabla y Gráfica 14)

En la variable de periferia en las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años no hiperfrecuentadores, encontramos 38 para periferia paterna lo que representa el 50.66%, 3 para periferia materna lo que representa el 4% y 34 donde hay periferia ausente lo que representa el 45.33%. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad, hiperfrecuentadores encontramos 43 para periferia paterna, lo que corresponde al 57.33%, 1 para periferia materna lo que corresponde al 1.33% y 31 donde no hay periferia, lo que corresponde al 41.33%.

(Ver tabla y Gráfica 15)

Con respecto a los límites en el subsistema conyugal de las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos de 40 para límites claros, lo que corresponde al 53.33%, 5 para límites difusos lo que corresponde al 6.66% y 30 para límites flexibles lo que corresponde al 40%. Para las madres de entre 20 y 40 años de

edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos 39 para límites claros, lo que corresponde al 52%, 10 para límites difusos lo que corresponde al 13.33%, 15 para límites rígidos lo que corresponde al 20% y 11 para límites flexibles lo que corresponde al 14.66%.

(Ver tabla y Gráfica 16)

Con respecto a los límites en el subsistema parental de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos 22 para límites claros lo que corresponde al 29.33%, 15 para límites difusos lo que corresponde al 20%, y 38 para límites flexibles lo que corresponde al 3.33%. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años hiperfrecuentadores encontramos 39 para límites claros lo que corresponde al 52%, 11 para límites difusos lo que corresponde al 14.66%, y 25 para límites flexibles, lo que corresponde al 33.33%.

(Ver tabla y Gráfica 17)

Con respecto a los límites en el subsistema fraterno de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos 17 para límites claros lo que corresponde al 22.66%, 32 para límites difusos, lo que corresponde al 42.66%, y 26 para límites flexibles, lo que corresponde a un 34.66%. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años hiperfrecuentadores encontramos 17 para límites claros, lo que corresponde al 22.66%, 35 para límites difusos, lo que corresponde al 46.66%, y 23 para límites flexibles, lo que corresponde al 30.66%.

(Ver tabla y Gráfica 18)

En lo que respecta a las alianzas, en madres entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 75, en donde se encuentran presentes, lo que corresponde al 100%. En madres entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 75, en donde se encuentran presentes, lo que corresponde al 100%.

(Ver tabla y Gráfica 19)

En lo que respecta a las coaliciones, en madres entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 75, en donde se encuentran ausentes, lo que corresponde al 100%. En madres entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 75, en donde se encuentran ausentes, lo que corresponde al 100%.

(Ver tabla y Gráfica 20)

En lo que respecta a relaciones, en madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 66 para relaciones estrechas, lo que corresponde al 88%, seguido de una prevalencia de 9 para relaciones conflictivas, lo que corresponde a un 12%. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 67 para relaciones estrechas, lo que corresponde al 89.33% seguida de una prevalencia de 8 para relaciones conflictivas, lo que corresponde al 10.66%.

(Ver tabla y Gráfica 21)

En cuanto al grado de ansiedad de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores se encontró una prevalencia de 24 donde no hay ansiedad, lo que corresponde al 32%, 26 para ansiedad leve lo que corresponde al 34.66% y 25 para ansiedad moderada/grave lo que corresponde al 33.33%. Las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 14 para ansiedad leve, lo que corresponde al 18.66%, 38 para ansiedad leve lo que corresponde al 50.66% y 23 para ansiedad moderada/grave lo que corresponde al 30.66%.

(Ver tabla y Gráfica 22)

Con respecto a la ansiedad psíquica, en madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 48 para ansiedad psíquica presente, lo que corresponde al 64%, seguida de una prevalencia de 27 para ansiedad psíquica ausente, lo que corresponde al 36%. Para madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores tenemos una prevalencia del 54 para ansiedad psíquica presente, lo que corresponde al 72% seguida de una prevalencia de 21 para ansiedad psíquica ausente, o que corresponde al 28%.

(Ver tabla y Gráfica 23)

Con respecto a la ansiedad somática, en madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos una prevalencia de 48 para ansiedad somática presente, lo que corresponde al 64%, seguida de una prevalencia de 27 para ansiedad somática ausente, lo que corresponde al 36%. Para madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores tenemos una prevalencia del 68 para ansiedad somática presente, lo que

corresponde al 90.66% seguida de una prevalencia de 7 para ansiedad somática ausente, lo que corresponde al 9.33%.

(Ver tabla y Gráfica 24)

X. DISCUSION

Al realizar el análisis de las variables socio demográficas, se encontró que la mayoría de las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad de hijos no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores, la edad materna de acuerdo a la literatura se encuentran entre los 26 y 30 años de edad, en donde observamos el 37.33% de madres de hijos no hiperfrecuentadores y el 33.33% de madres de hijos hiperfrecuentadores.¹⁸

En cuanto a la ocupación materna se observa que las madres de hijos no hiperfrecuentadores el 53.33% corresponde a amas de casa y solo el 21.33% corresponde a madres trabajadoras, y de las madres de hijos hiperfrecuentadores el 54% corresponde a amas de casa y el 24% corresponde a madres trabajadoras, lo que contrasta con lo que menciona la literatura ya actualmente las mujeres con hijos pequeños buscan trabajo fuera del hogar en algunas ocasiones como estrategia para un mayor crecimiento y aprendizaje y otras para lograr subsistir.³⁵

En cuanto a la religión la mayoría de las madres profesan la religión católica en ambos grupos, las de hijos no hiperfrecuentadores 70.66% y de hijos hiperfrecuentadores 75.66%, lo cual es congruente ya que en México este grupo eclesiástico es el de mayor prevalencia.

En cuanto al estado civil materno encontramos que en las madres de hijos no hiperfrecuentadores el 76% se encuentran casadas y el las madres de hijos hiperfrecuentadores el 54.66 se encuentran casadas. De acuerdo con la literatura los padres de familias nucleares biparentales es la forma más frecuente en que muchos niños nacen y crecen en América Latina. Se menciona de igual manera que en las familias monoparentales hay mayor vulnerabilidad de la diada frente a la crianza y mayor exposición a estresores que afectan negativamente la infancia temprana.

En la variable de grado escolar encontramos que en las madres de hijos no hiperfrecuentadores el 41.33% presenta escolaridad preparatoria y las madres de hijos hiperfrecuentadores presentan el 52% de escolaridad primaria. Se menciona en la literatura que a mayor nivel educativo hay mayor interferencia en la relación trabajo familia.^{18, 34}

(Ver tablas 1, 2, 3, 4, y 5)

En cuanto al análisis de motivo de consulta encontramos que de las madres de entre 20 y 40 años de edad, los hijos no hiperfrecuentadores, acudieron menos de 13 veces a consulta médica al año, con un porcentaje del 50% del total de las madres encuestadas, y la patología por la cual acuden más a consulta en por infección de vías respiratorias con un 78.66%, seguido por 14.66% de infecciones gastrointestinales y de las madres de entre 20 y 40 años de edad, los hijos hiperfrecuentadores acuden a consulta médica más de 13 veces al

año, lo que corresponde al 50% del total de las madres encuestadas, y la patología por la que acuden a consulta con mayor frecuencia es infección de vías respiratorias con un 80%, seguidas de un 18.66% por infecciones gastrointestinales. De acuerdo a la literatura se observa que el mayor número de consultas en pacientes menores de 10 años de edad es de infecciones respiratorias agudas, que del total de consultas corresponden al 24.3%, lo que corresponde con nuestra investigación, ya que la mayoría de la consulta en los menores de 10 años tanto hiperfrecuentadores como no hiperfrecuentadores son las infecciones de vías respiratorias. ³¹

(Ver tabla y Gráfica 6)

En cuanto al análisis de integrantes en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores, encontramos un porcentaje mayor del 92% en familias de 3 a 5 integrantes conformadas en su mayoría por padres e hijos, y en el grupo de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores, encontramos un porcentaje mayor del 94.66% en familias de 3 a 5 integrantes conformadas en su mayoría por padres e hijos.

(Ver tabla y Gráfica 7)

Al analizar la tipología familiar encontramos que en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores la mayoría de las familias fueron nucleares con un 96% según su composición, e integradas en un 100% según su integración, tradicionales en un 66.66% según su desarrollo social, el 100% no presentó complicaciones en su desarrollo. Y en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad, hiperfrecuentadores la mayoría de las familias fueron nucleares con un 97.33% según su composición, e integradas en un 100% según su integración, tradicionales en un 73.33% según su desarrollo social, el 100% de las familias de acuerdo a su demografía son urbanas y el 100% no presento complicaciones en su desarrollo.

Lo cual al correlacionar con estudios previos no es similar ya que refieren que la mayoría de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad de hijos hiperfrecuentadores, presentan complicaciones en su desarrollo generadas por el stress al cual se encuentran sometidos los diferentes subsistemas, pero sobre todo el conyugal lo que ocasiona el deterioro de sus relaciones. ^{30, 32}

(Ver tabla y Gráfica 8, 9, 10 y 11)

Al analizar la jerarquía encontramos que en las madres con hijos no hiperfrecuentadores el 48% presenta jerarquía materna y el 29.33% jerarquía paterna, y para las madres con hijos frecuentadores el 81.33% corresponde a jerarquía materna, seguida del 13.33% corresponde a jerarquía paterna.

Para las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad, hiperfrecuentadores encontramos un 81.33%, correspondiente a jerarquía materna, seguida del 13.33% para jerarquía paterna.

Se menciona en la literatura que las familias que presentan una jerarquía compartida hay una mejor funcionalidad familiar y menos factores estresantes en comparación con las familias que presentan jerarquía materna en donde se ven más factores estresantes debido a mayor carga de trabajo y emocional. 18,

34, 35

(Ver tabla y Gráfica 12)

En el análisis de centralidad para las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años no hiperfrecuentadores, encontramos una proporción mayoritaria del 92%, en donde nadie la tiene, y sólo el 6.66% se presentó centralidad en uno de los hijos. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores se encontró que en el 84% nadie tenía la centralidad, seguida del 16% en donde la centralidad la tenía uno de los hijos.

(Ver tabla y Gráfica 13)

En el análisis de la periferia para las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años no hiperfrecuentadores, encontramos una proporción mayoritaria del 50.66%, en donde la periferia es paterna. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores se encontró que en el 57.33% periferia paterna. Esto, debido a que las familias estudiadas, presentaron una tipología tradicional de acuerdo a su desarrollo, no se observó periferia materna de manera significativa.

(Ver tabla y Gráfica 14)

Al analizar los límites encontramos que en el subsistema conyugal, en madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores hay límites claros en el 53.33% y límites flexibles en el 40%. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores hay límites claros en el 52% con límites rígidos en el 20%. En el subsistema parental, en madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores hay límites flexibles en el 50.66% y límites claros en el 29.33%. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores hay límites claros en el 52% con límites flexibles en el

33.33%. En el subsistema fraterno, en madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores hay límites difusos en el 42.66% y límites flexibles en el 34.66%. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores hay límites difusos en el 46.66% y límites flexibles en el 30.66%.

(Ver tabla y Gráfica 15, 16 y 17)

De acuerdo al análisis de alianzas y coaliciones, para madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores, así como los hiperfrecuentadores, encontramos alianzas presentes en el 100%. Y para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores, así como los hiperfrecuentadores, encontramos coaliciones ausentes en el 100%.

(Ver tabla y Gráfica 18 y 19)

De acuerdo al análisis de relaciones entre los diferentes subsistemas, se encontró que para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores una proporción del 88% para relaciones estrechas, seguida de un 12% para relaciones conflictivas y para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores una proporción del 89.33% para relaciones estrechas seguida de un 10.66% para relaciones conflictivas. Según la literatura, las relaciones estrechas tienen un impacto positivo en el cuidado de los menores.

(Ver tabla y Gráfica 20)

Con respecto al análisis entre grado y tipo de ansiedad de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores encontramos el 34.66% con ansiedad leve, el 64% con ansiedad psíquica presente y el 64% con ansiedad somática presente. Para las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores encontramos que el 50.66% presenta ansiedad leve, el 72% ansiedad psíquica presente y el 90.66% ansiedad somática presente.

(Ver tabla y Gráfica 21, 22 y 23)

XI. TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1.

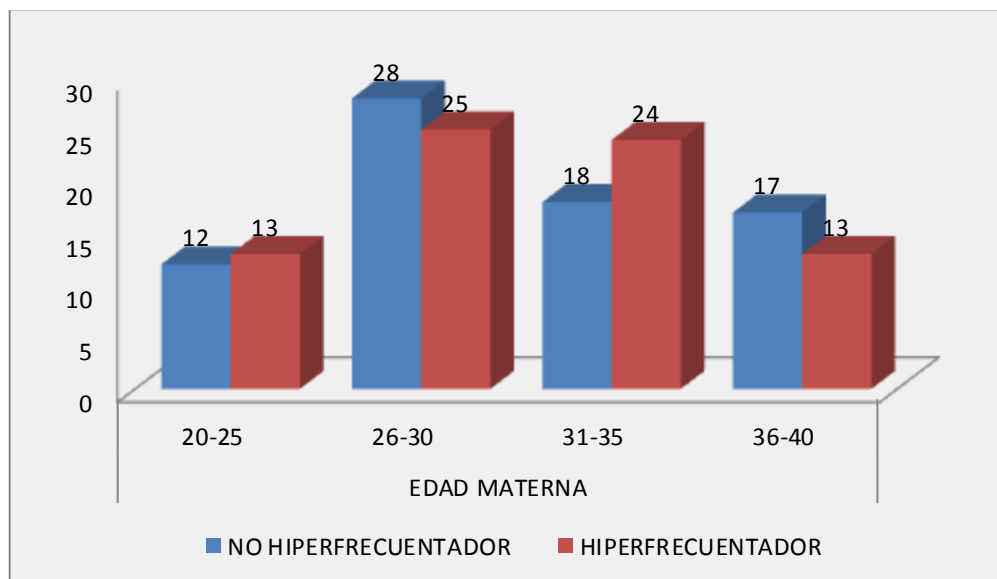
Edad de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	EDAD MATERNA			
	20-25	26-30	31-35	36-40
NO HIPERFRECUENTADOR	12	28	18	17
HIPERFRECUENTADOR	13	25	24	13
TOTAL	25	53	42	30

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

Gráfica No. 1

Edad de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: tabla 1

Tabla 2

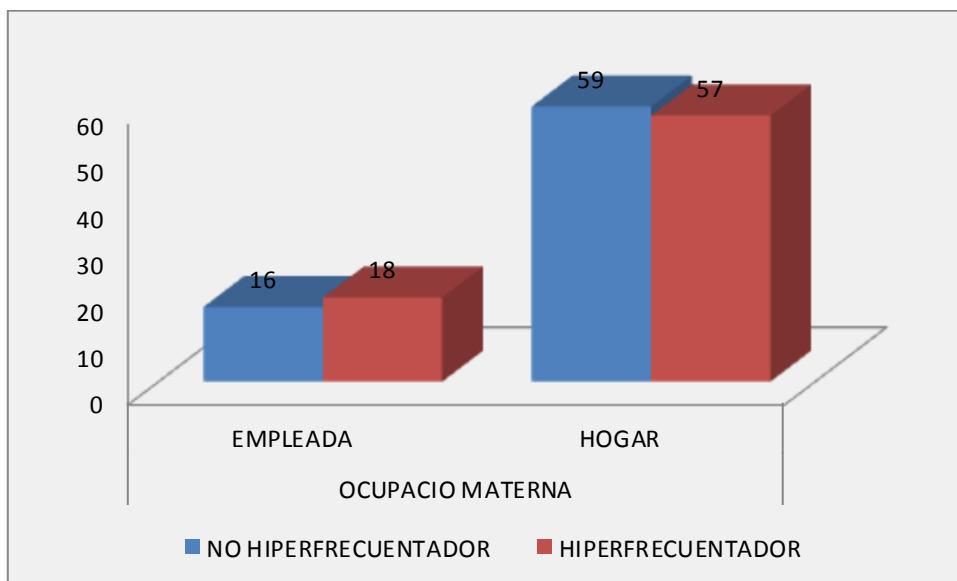
Ocupación de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	OCUPACION MATERNA	
	EMPLEADA	HOGAR
NO HIPERFRECUENTADOR	16	59
HIPERFRECUENTADOR	18	57
TOTAL	34	116

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

Gráfica 2

Ocupación de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: tabla 2

Tabla 3

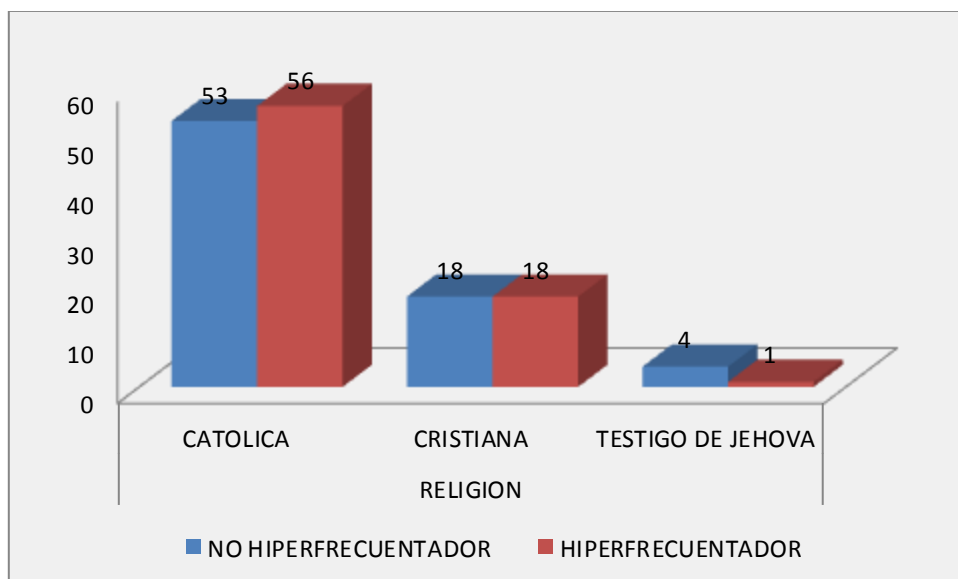
Religión de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	RELIGION		
	CATOLICA	CRISTIANA	TESTIGO DE JEHOVA
NO HIPERFRECUENTADOR	53	18	4
HIPERFRECUENTADOR	56	18	1
TOTAL	109	36	5

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

Grafica 3

Religión de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: tabla 3

Tabla 4

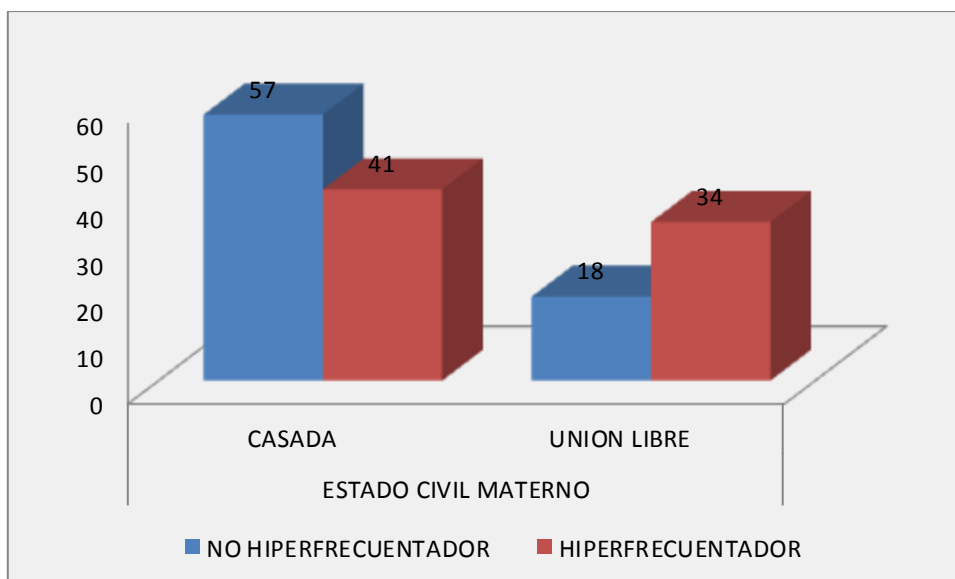
Estado civil de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	ESTADO CIVIL MATERNO	
	CASADA	UNION LIBRE
NO HIPERFRECUENTADOR	57	18
HIPERFRECUENTADOR	41	34
TOTAL	98	52

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

Grafica 4

Estado civil de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 4

Tabla 5

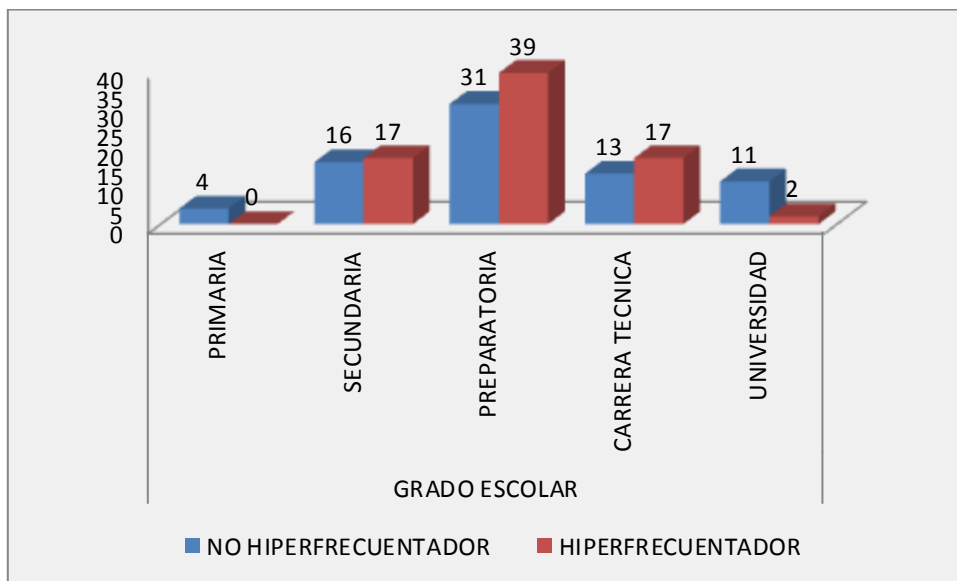
Escolaridad de las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	GRADO ESCOLAR				
	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	CARRERA TECNICA	UNIVERSIDAD
NO HIPERFRECUENTADOR	4	16	31	13	11
HIPERFRECUENTADOR	0	17	39	17	2
TOTAL	4	33	70	30	13

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

Gráfica 5

Escolaridad de las madres de entre 20 y 40 años de edad, de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 5

Tabla 6

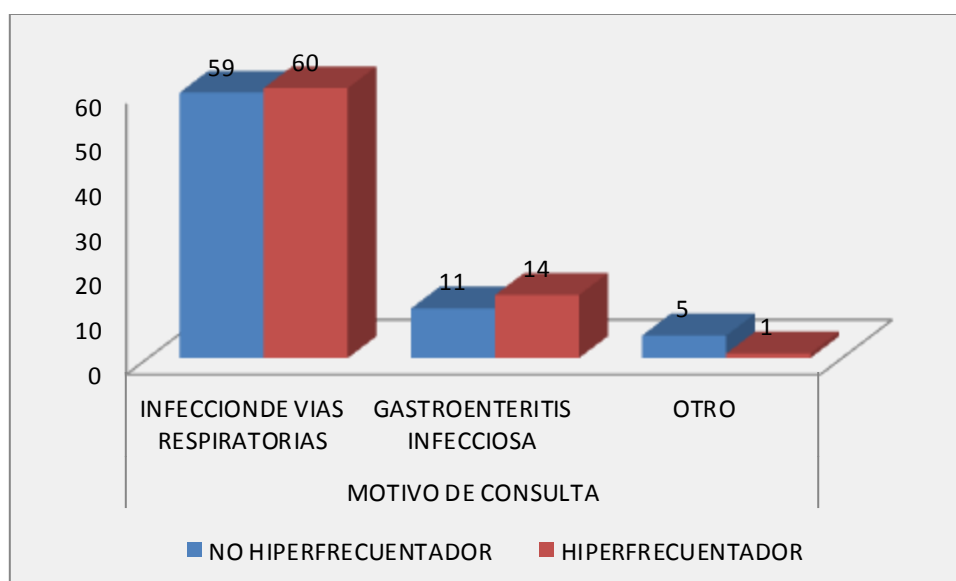
Motivo de consulta de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	MOTIVO DE CONSULTA		
	INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS	GASTROENTERITIS INFECCIOSA	OTRO
NO HIPERFRECUENTADOR	59	11	5
HIPERFRECUENTADOR	60	14	1
TOTAL	119	25	6

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

Grafica 6

Motivo de consulta de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7

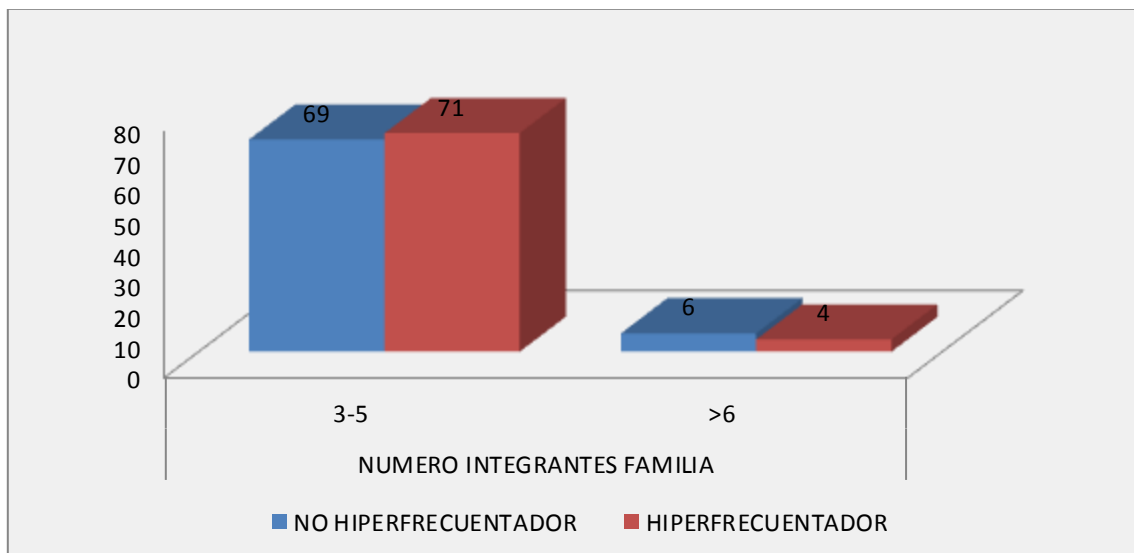
Número de Integrantes de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	NUMERO INTEGRANTES FAMILIA	
	3-5	>6
NO HIPERFRECUENTADOR	69	6
HIPERFRECUENTADOR	71	4
TOTAL	140	10

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos

Grafica 7

Número de Integrantes de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 7

Tabla 8

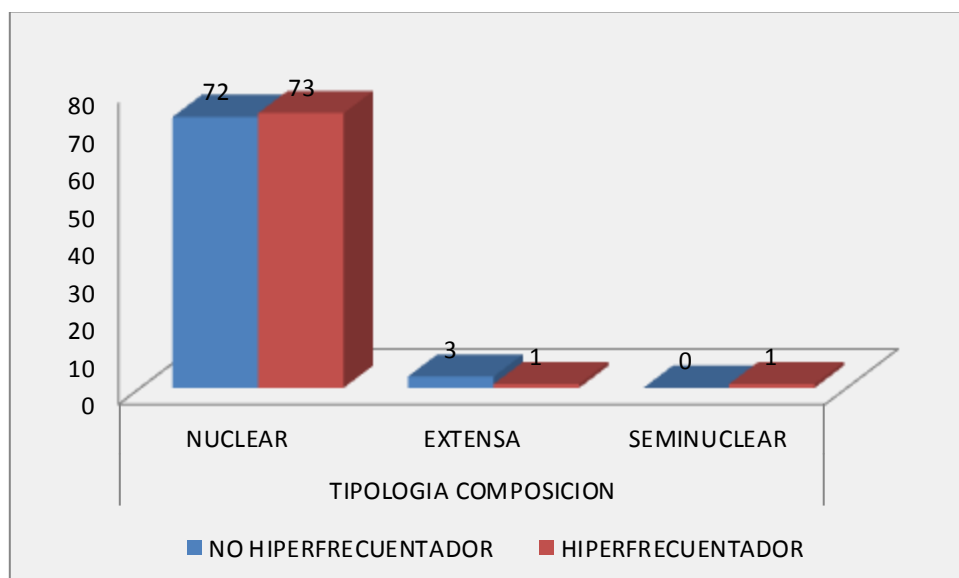
Tipología familiar de acuerdo a su composición, de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	TIPOLOGIA COMPOSICION		
	NUCLEAR	EXTENSA	SEMINUCLEAR
NO HIPERFRECUENTADOR	72	3	0
HIPERFRECUENTADOR	73	1	1
TOTAL	145	4	1

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 8

Tipología familiar de acuerdo a su composición, de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 8

Tabla 9

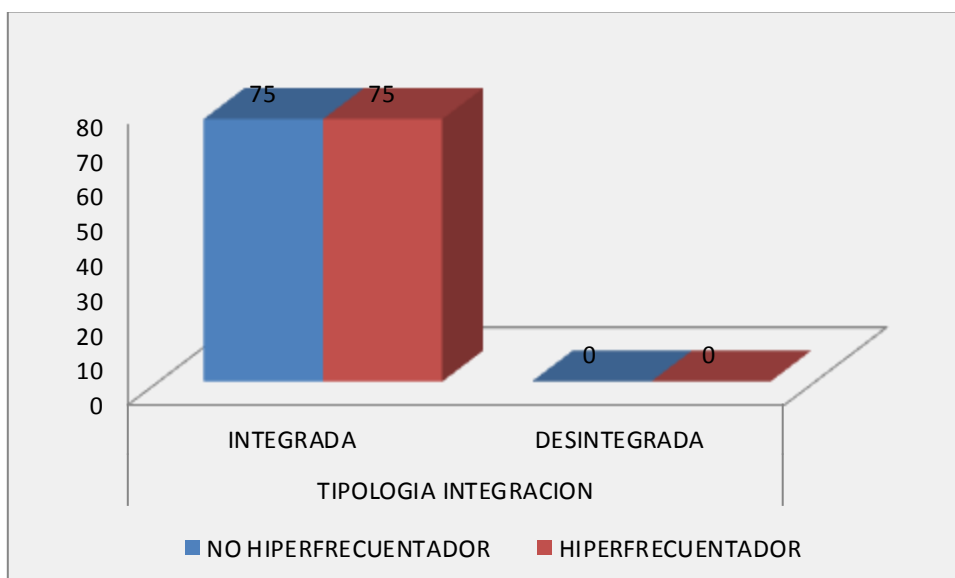
Tipología familiar de acuerdo a su integración , de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	TIPOLOGIA INTEGRACION	
	INTEGRADA	DESINTEGRADA
NO HIPERFRECUENTADOR	75	0
HIPERFRECUENTADOR	75	0
TOTAL	150	0

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 9

Tipología familiar de acuerdo a su integración , de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 9

Tabla 10

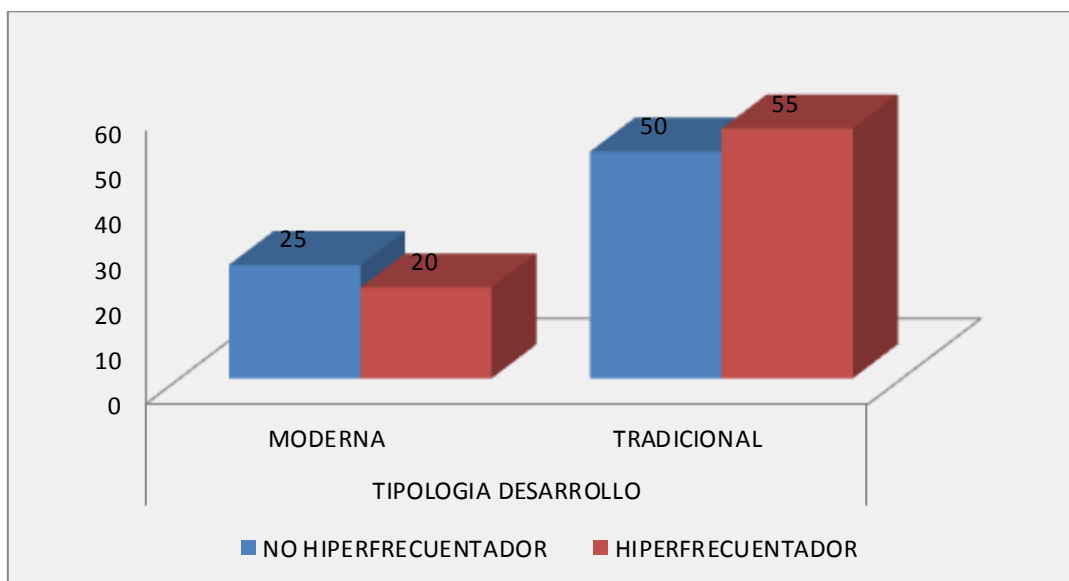
Tipología familiar de acuerdo a su desarrollo, de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	TIPOLOGIA DESARROLLO	
	MODERNA	TRADICIONAL
NO HIPERFRECUENTADOR	25	50
HIPERFRECUENTADOR	20	55
TOTAL	45	105

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 10

Tipología familiar de acuerdo a su desarrollo, de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 10

Tabla 11

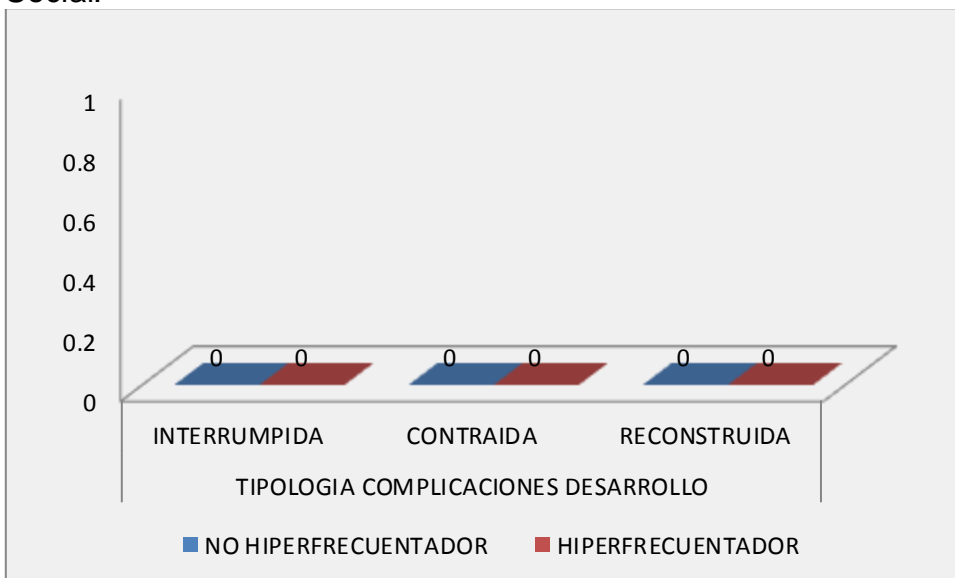
Tipología familiar de acuerdo a las complicaciones en su desarrollo, de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	TIPOLOGIA COMPLICACIONES DESARROLLO		
	INTERRUMPIDA	CONTRAIDA	RECONSTRUIDA
NO HIPERFRECUENTADOR	0	0	0
HIPERFRECUENTADOR	0	0	0
TOTAL	0	0	0

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 11

Tipología familiar de acuerdo a las complicaciones de acuerdo a su desarrollo, de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 11

Tabla 12

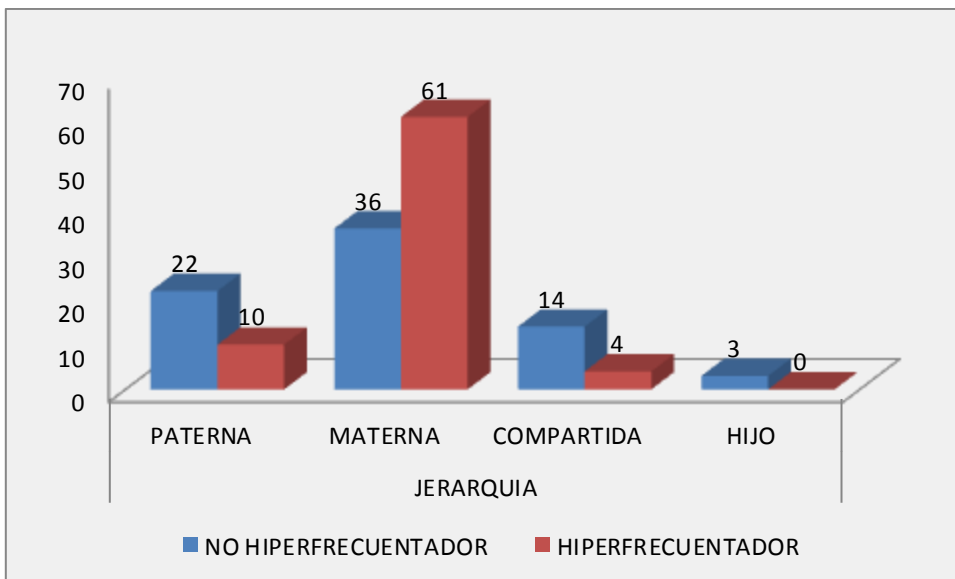
Jerarquía en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	JERARQUIA			
	PATERNA	MATERNA	COMPARTIDA	HIJO
NO HIPERFRECUENTADOR	22	36	14	3
HIPERFRECUENTADOR	10	61	4	0
TOTAL	32	97	18	3

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 12

Jerarquía en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 12

Tabla 13

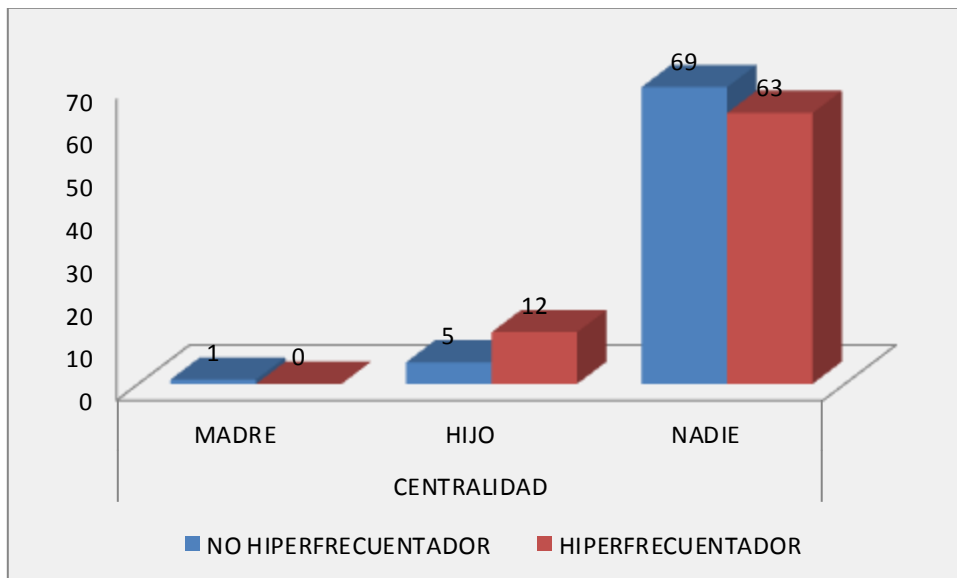
Centralidad en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	CENTRALIDAD		
	MADRE	HIJO	NADIE
NO HIPERFRECUENTADOR	1	5	69
HIPERFRECUENTADOR	0	12	63
TOTAL	1	17	132

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 13

Centralidad en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 13

Tabla 14

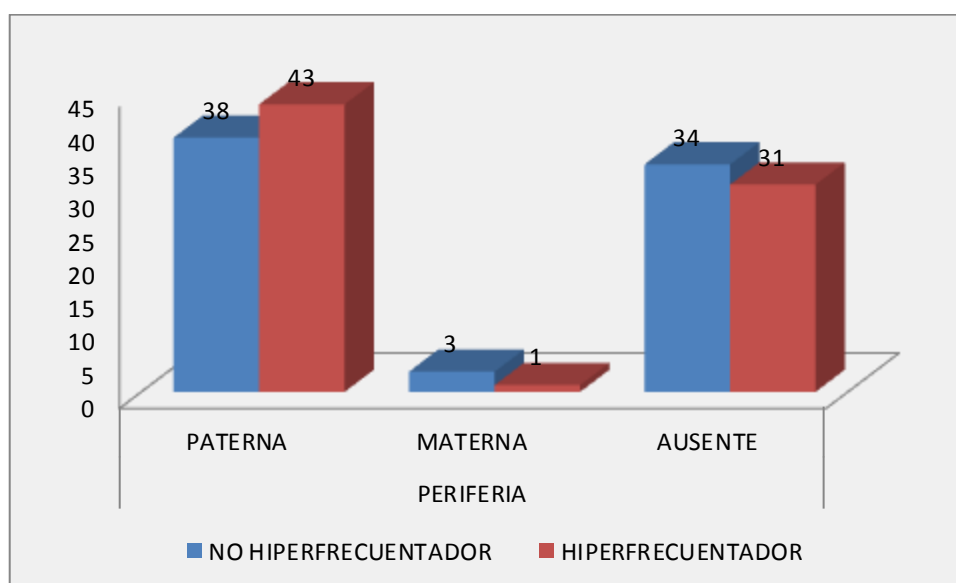
Periferia en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	PERIFERIA		
	PATERNA	MATERNA	AUSENTE
NO HIPERFRECUENTADOR	38	3	34
HIPERFRECUENTADOR	43	1	31
TOTAL	81	4	65

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 14

Periferia en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 14

Tabla 15

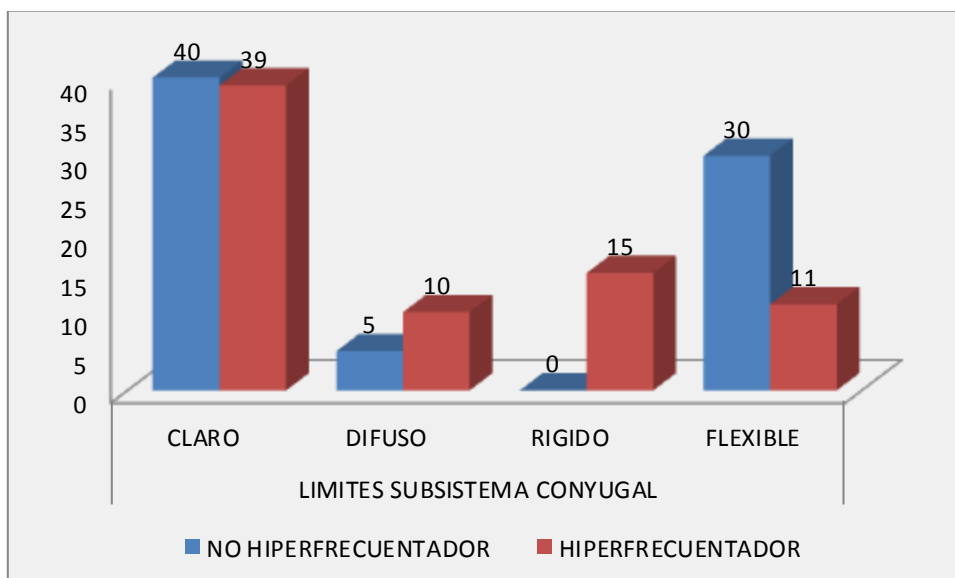
Limites en el subsistema conyugal, en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	LIMITES SUBSISTEMA CONYUGAL			
	CLARO	DIFUSO	RIGIDO	FLEXIBLE
NO HIPERFRECUENTADOR	40	5	0	30
HIPERFRECUENTADOR	39	10	15	11
TOTAL	79	15	15	41

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 15

Limites en el subsistema conyugal, en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 15

Tabla 16

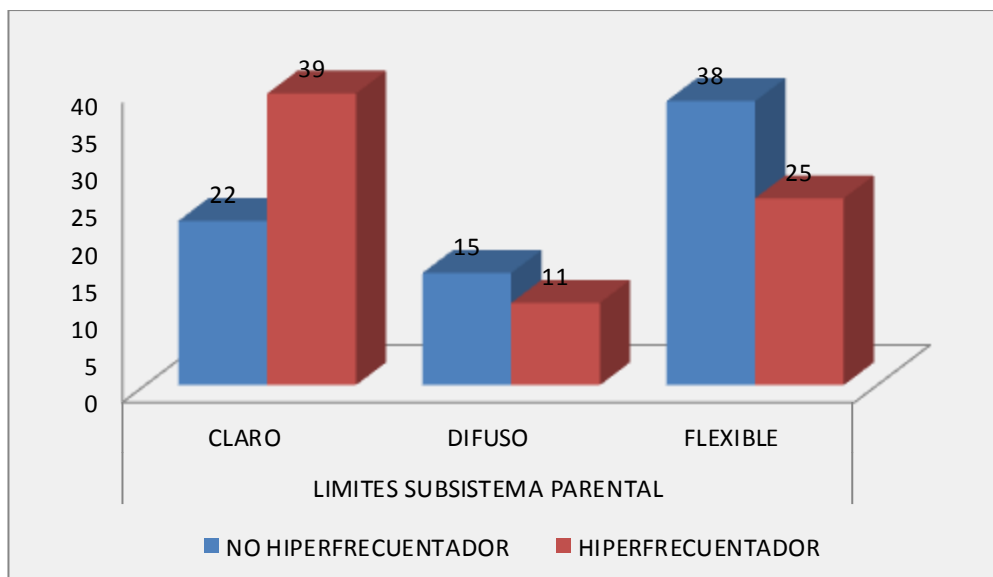
Limites en el subsistema parental, en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	LIMITES SUBSISTEMA PARENTAL		
	CLARO	DIFUSO	FLEXIBLE
NO HIPERFRECUENTADOR	22	15	38
HIPERFRECUENTADOR	39	11	25
TOTAL	61	26	63

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 16

Limites en el subsistema parental, en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 16

Tabla 17

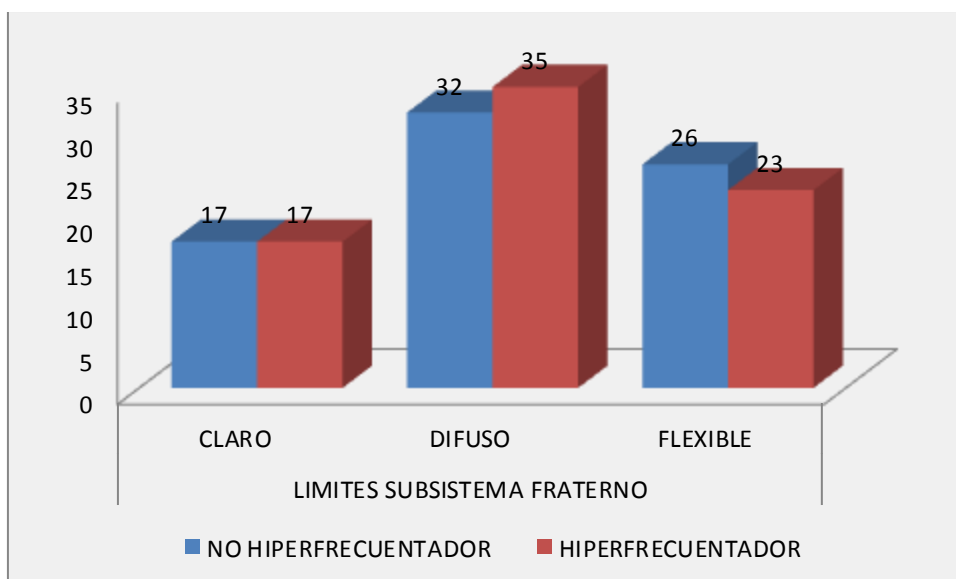
Limites en el subsistema fraterno, en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	LIMITES SUBSISTEMA FRATERO		
	CLARO	DIFUSO	FLEXIBLE
NO HIPERFRECUENTADOR	17	32	26
HIPERFRECUENTADOR	17	35	23
TOTAL	34	67	49

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 17

Limites en el subsistema fraterno, en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 17

Tabla 18

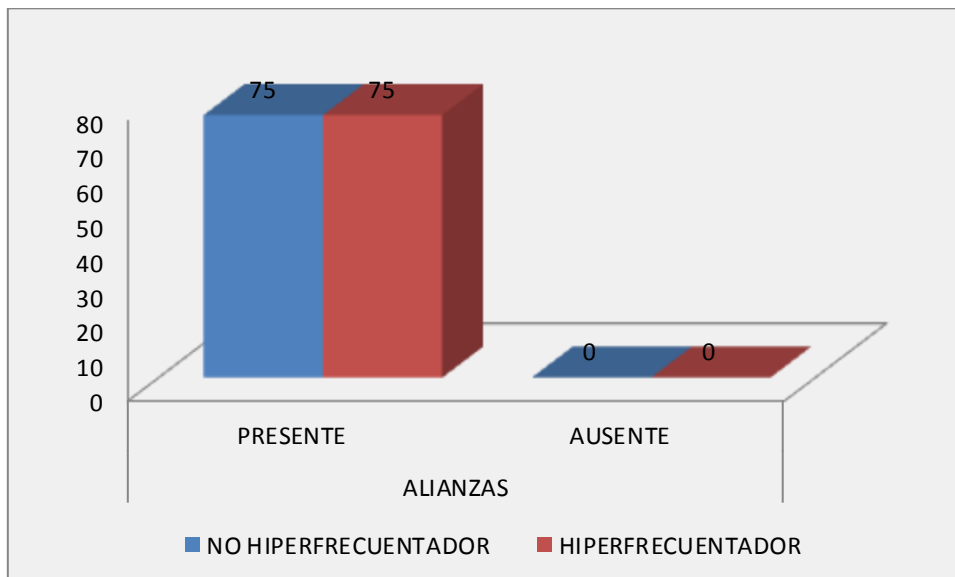
Alianzas en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	ALIANZAS	
	PRESENTE	AUSENTE
NO HIPERFRECUENTADOR	75	0
HIPERFRECUENTADOR	75	0
TOTAL	150	0

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 18

Alianzas en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 18

Tabla 19

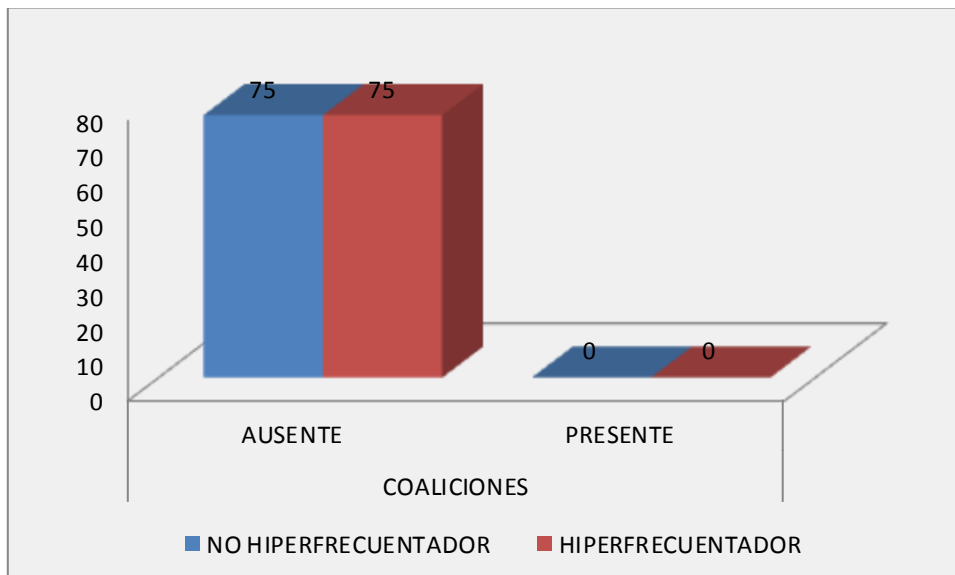
Coaliciones en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	COALICIONES	
	AUSENTE	PRESENTE
NO HIPERFRECUENTADOR	75	0
HIPERFRECUENTADOR	75	0
TOTAL	150	0

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 19

Coaliciones en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 19

Tabla 20

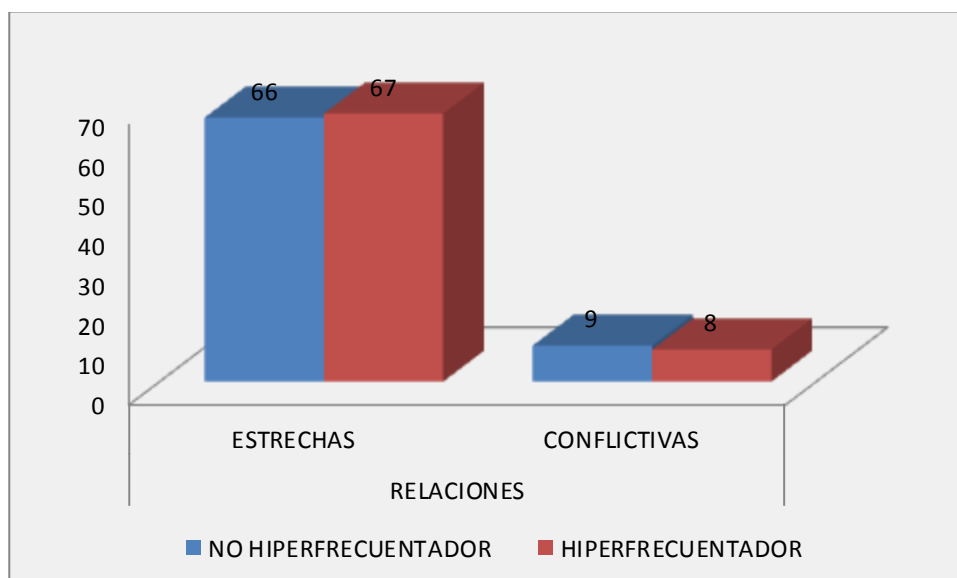
Relaciones en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	RELACIONES	
	ESTRECHAS	CONFLICTIVAS
NO HIPERFRECUENTADOR	66	9
HIPERFRECUENTADOR	67	8
TOTAL	133	17

Fuente: Instrumento para valorar estructura familiar

Gráfica 20

Relaciones en las familias de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 20

Tabla 21

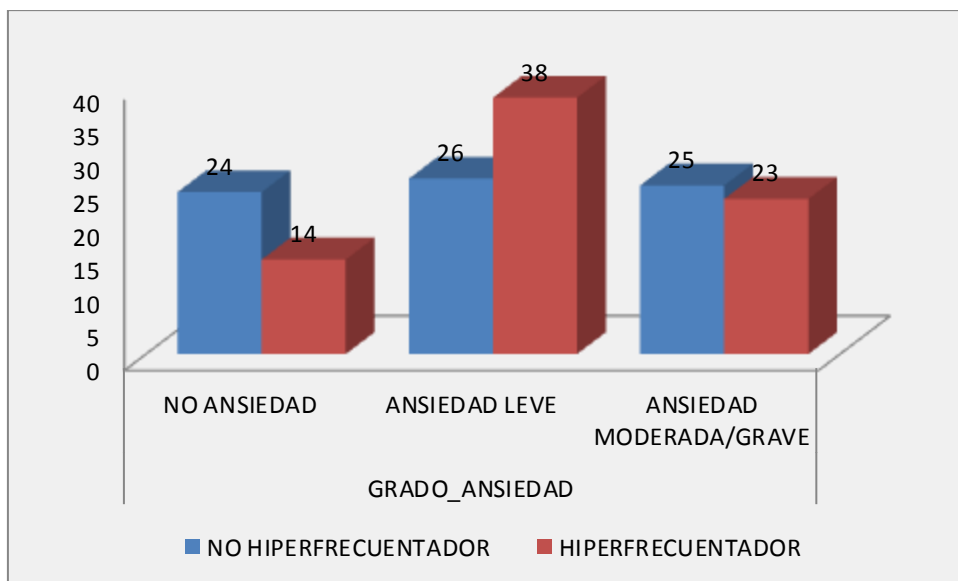
Grado de Ansiedad de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	GRADO_ANSIEDAD		
	NO ANSIEDAD	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA/GRAVE
NO HIPERFRECUENTADOR	24	26	25
HIPERFRECUENTADOR	14	38	23
TOTAL	38	64	48

Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton

Gráfica 21

Grado de Ansiedad de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 21

Tabla 22

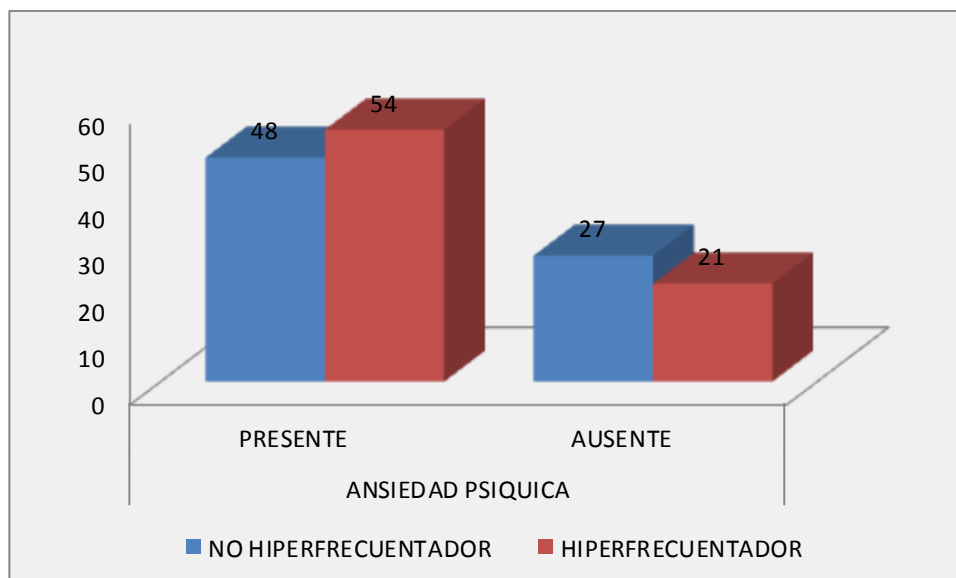
Ansiedad psíquica de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	ANSIEDAD PSIQUICA	
	PRESENTE	AUSENTE
NO HIPERFRECUENTADOR	48	27
HIPERFRECUENTADOR	54	21
TOTAL	102	48

Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton

Gráfica 22

Ansiedad psíquica de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 22

Tabla 23

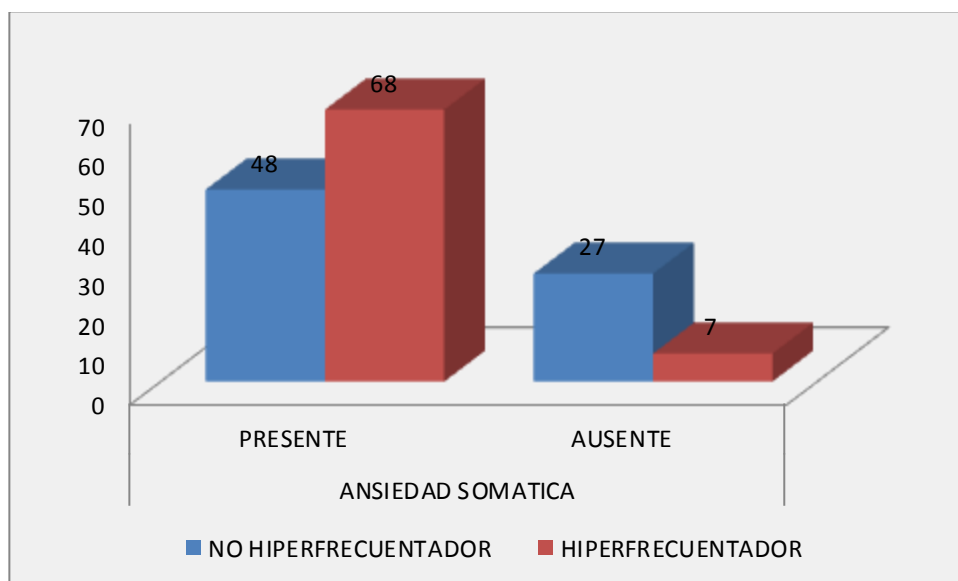
Ansiedad somática de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

HIPERFRECUENTACION	ANSIEDAD SOMATICA	
	PRESENTE	AUSENTE
NO HIPERFRECUENTADOR	48	27
HIPERFRECUENTADOR	68	7
TOTAL	116	34

Fuente: Test de Ansiedad de Hamilton

Gráfica 23

Ansiedad somática de madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad no hiperfrecuentadores e hiperfrecuentadores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla 23

XII. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio y en base a las hipótesis formuladas se encontró que, en cuanto a las características socio demográficas de las madres de entre 20 y 40 años de edad de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores una prevalencia igual en ambos grupos. En cuanto a la edad materna de las madres de hijos hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores menores de 10 años de edad se encuentran entre los 26 y 30 años de edad, lo que con respecto a la literatura coincide ya que las madres de hijos menores de 10 años de edad se encuentra en el rango de los 20 a 30 años de edad.

Con respecto a las características socio demográficas de las familias de madres de hijos hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores la gran mayoría de las familias estudiadas profesaban la religión católica.

En cuanto a la estructura familiar encontramos que según su tipología; la mayoría de las familias fueron nucleares e integradas, es decir estaban compuestas por subsistema conyugal e hijos conformados en su mayoría por 3 a 5 integrantes, la mayoría fueron tradicionales en donde el padre era el único proveedor económico en casa desempeñándose en su mayoría como obrero y empleado en el ámbito laboral, mientras la madre se dedicaba en su mayoría al hogar. El 100% de las familias fueron urbanas esto debido a la zona en donde se aplico el estudio. La mayoría de las familias mostraron un nivel académico de las madres de básico a medio. Con un porcentaje mínimo a nivel licenciatura.

Con respecto al ciclo vital familiar la mayoría de las familias se encontraban en fase de dispersión, esto debido a que la población estudio contaba con menores en etapa escolar.

La jerarquía se encontró llevada por la madre en la mayoría de las familias.

En cuanto al tipo de límites entre los subsistemas familiares encontramos, un mayor número de familias con límites claros en el subsistema conyugal, difusos en el subsistema fraterno y claros en el subsistema parental, y con respecto a la geografía dentro del sistema, se encontraron límites claros.

Con respecto a la existencia de periferia se encontró una proporción mayoritaria de periferia paterna.

En lo que respecta a las relaciones familiares encontramos una frecuencia significativa de relaciones estrechas entre el subsistema conyugal, y una proporción mayoritaria de relaciones estrechas entre madres e hijos.

Con respecto a las alianzas encontramos la mayoría de las familias contaban con alianzas entre el subsistema conyugal en beneficio de los hijos.

Las familias estudiadas se encontraban en un estatus social de amas de casa en su mayoría.

En cuanto al grado de ansiedad en las madres de hijos hiperfrecuentadores menores de 10 años de edad, se encontró predominio de ansiedad leve y en las madres de hijos no hiperfrecuentadores se encontró casi la misma prevalencia entre ansiedad leve y moderada a grave.

De acuerdo al tipo de ansiedad tanto en las madres de hijos hiperfrecuentadores como no hiperfrecuentadores, la ansiedad psíquica se encontró presente en mayor prevalencia en los dos grupos.

En general, las familias modernas en donde papa y mama trabajan fuera de casa, presentan más límites difusos entre padres e hijos siendo esta situación aun más notoria entre mas sea el nivel académico de los padres, lo que genera que estos se mantengan largas jornadas fuera de casa dando cumplimiento a sus múltiples ocupaciones profesionales y dejando sus responsabilidades familiares a terceras personas, quienes no poseen la entrega necesaria e incondicional de apoyo al menor, pero en este estudio se encontró que los límites son claros en este subsistema, en contraste con lo reportado en la literatura. Lo que consideramos que puede influir en estos resultados es que la madre en una mayor proporción es ama de casa y está más pendiente y cuidada de los hijos, y el padre es el que se encuentra más tiempo fuera de casa para cubrir las necesidades económicas en el hogar. La existencia de jerarquía individualizada entre el subsistema conyugal detona límites difusos, ya que los hijos tienden a confundirse al no haber una comunicación acorde entre los padres, ya que encontramos que la jerarquía es llevada en mayor proporción por la madre, ya que en la cultura mexicana a pesar de que continua siendo una sociedad machista, la madre es la que mantiene unida a la familia. Las madres son las que asumen la mayor parte de las tareas domésticas y de atención de los hijos en especial cuando son pequeños. Los

cambios en la vida de las mujeres han aumentado la incidencia de algunos problemas de salud pero no todo es por el hecho de desempeñarse en diversos roles. También la presencia de relaciones distantes y conflictivas entre los padres genera límites difusos, todo esto generado por la falta de comunicación efectiva. En contraparte las familias en las cuales la madre se dedica al hogar, tienen más claridad en los límites, lo cual está relacionado con la atención que se les presta a los hijos, aun existiendo periferia paterna, resultando positivo en el menor hiperfrecuentador por el apoyo recibido por parte de un ser sentimentalmente unido a él como lo es la madre.

Los problemas de salud mental (fundamentalmente ansiedad, depresión y somatización), son los que mayor carga de trabajo representa para los médicos de atención primaria, y uno de cada 5 consultas en mujeres está asociado a problemas de salud mental.

Los pacientes que padecen de ansiedad o depresión o ambas son pacientes hiperfrecuentadores, ya que según estudios realizados se reporta que la ansiedad o depresión en los pacientes que más frecuentan las consultas esta entre un 40 a 60%.

XIII. RECOMENDACIONES

En cuanto a esta investigación considero necesario:

Aumentar el número de familias incluidas en el estudio, ya que el nuestro estuvo supeditado a solo A 150 mujeres que fueron obtenidas por una muestra por conveniencia con el objeto de lograr llegar a todos los estratos sociales e identificar características similares y diferencia importantes entre las mismas.

Realizar una intervención educativa de apoyo en estas familias y poder comparar resultados, en busca de mejores alternativas cognitivo-conductuales.

Incrementar la formación y mejorar las habilidades de los médicos de primer nivel de atención con relación a los problemas de ansiedad y otros trastornos relacionados en cuanto al diagnóstico y tratamiento, ya que se ha observado que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales, acuden al médico de atención primaria de manera inicial.

Desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación, así como el perfeccionamiento de los ya disponibles, y también el desarrollo de adaptaciones de técnicas psicoterapéuticas al contexto de la atención primaria.

Reorganización de los sistemas de atención primaria que incluya un aumento del tiempo de la consulta médica a mínimo 10 minutos ya que se ha observado que en países de Europa el tiempo mínimo de consulta por paciente es en promedio de 6 a 7 minutos en promedio.

El médico familiar se involucre más en el asesoramiento y apoyo a estas familias, para así evitar problemas de disfunción familiar.

Contar con un servicio en donde se brinde terapia familiar para así poder detectar, tratar y dar seguimiento a las familias que están a nuestro cargo.

Dentro de la institución sería importante que el departamento de psicología no se limite solo a emitir una valoración psicológica coadyuvante para el diagnóstico, sino que es necesario que este departamento se involucre durante todo el proceso de atención a las familias con hijos hiperfrecuentadores medio de terapias individuales y de grupo que ayuden a la familia en su día a día con el trastorno. 18, 30

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Azures R. Medicina Familiar. México Corporativo Intermedica. 2008.
2. Fernández Rojero C. Ciclo Vital y sistema familiar. Medifam. Madrid, 1991; 2 (1): 94-8.
3. Mc Goldrick M, Carter EA. The family life cycle In: Walsh F. Normal Family Processes. New York: Guilford Press, 1982.
4. Loayssa Lara. Dinámica Familiar. Una familia en formación con muchas dificultades. Medifam. (Madrid) Julio, 2001.
5. Gómez C. FJ, Diagnóstico de salud familiar. Fundamentos de Medicina Familiar, 7a Ed. México Medicina Familiar Mexicana, 2000.
6. <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2009/dal/Familia.htm>
7. Antonio T. Los Derechos Humanos. Tecnos, Madrid, 2a edición, 1977.
8. Instituto de Investigaciones Sociales; El colegio de México, 1a edición, UNAM. México 2009.
9. Carmen G. Salud Familiar: un Modelo Integral en la Atención Primaria; Textos Universitarios Facultad de Ciencias. Sociales; Ediciones Universidad Católica de Chile; Santiago Chile; 1999.
10. Quintero A; Trabajadora Social. Magister en Orientación y Consejería; Profesora, Departamento de Trabajo Social; Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia
11. Haro, A; Tratamientos Psicosociales Terapia Familiar; Coordinador Barcelona, Cabrero, 1995.
12. Taylor R. Family Medicine Principles and practice, 2003.
13. Doherty W. Family Therapy and Family Medicin. NY, Gudford Press, 1983
14. Rubinstein A. Medicina Familiar y practica ambulatoria. Buenos Aires, Medica Panamericana, 2003
15. Sinche E. Introducción al estudio de la dinámica familiar. RAMPA, 2006.
16. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona, Editorial Crónica, 1977.
17. <http://htmlimg2.scribdassets.com/9c1o04us5cygzac/images/131b1c69c4.png>
18. Univ. Psycol Bogota, Colombia, 2009; 2 (4): 1317-1326

19. Postigo L. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en atención primaria. Un problema sin resolver. Rev. Clin.Med.Fam. (Albacete) 2012; 5 (1): 125-130.
20. Garcia C. S. Labilidad Emocional Negativa y Regulación Emocional en Hijos de Madres Ansiosas. Psicothema 2007,
21. Echeburua O. Medición clínica en trastornos fóbicos u de ansiedad. En: A. Balbuena. Medición clínica en Psiquiatría y Psicología., Barcelona: Masson 2000.
22. Polaino I. Hospitalización y familia. Comunidad Educativa, Pamplona, España. 1996; 231 (3): 26-30.
23. Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2001; 24 (2):15-21.
24. Lobo A. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Zaragoza Luzán 1993.
25. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría editores: 2004.
26. Vázquez Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. 2ª ed. Grupo aula médica; 2008.
27. Hamilton, M. The assessment of anxiety state by rating. Brit. J Med Psychol 1959; 32 (1): 50-55
28. N. Sartorius. Depression and anxiety: a review of studies in the community and in primary care. En: Psychological disorders in general medical settings. Bern: Huber-Hogrefe, 1990
29. Gorrotxategi P. Relación entre la frecuentación de los niños y la de sus padres en atención primaria. Acta pediátrica Española. 2006; 64 (1): 219-222.
30. Tapia. C, Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria, Atención primaria 2005: 36 (2); 64-70.
31. García L. Estudio de la demanda de atención primaria pediátrica. An Esp. Pediatr 1996; 44 (2): 469-474.
32. Muñoz U.A, Hiperfrecuentación en inmigración en los servicios de atención primaria en Cartagena España, Atn. Fam. 2010:17, -1
33. Almudena. C, Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. Rev Esp.Salus Pública (Madrid). Nov-dic. 2009; 83 (6).

34. Rosadol.R. Hiperfrecuentación en las consultas: Hay relación con la personalidad de la madre, Atención pediátrica 2003; 58 (1):29-33
35. Feldman L. Roles múltiples, cualidad del rol, apoyo social y salud en la mujeres trabajadoras, Revista Venezolana de estudios de la Mujer (Caracas) dic. 2009; 12 (29).
36. Figueroa A. Factores Laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de la vida. Revista Universum 2008; 23 (1):116-133.
37. Amarillo A. Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Pamplona) 2006; 29 (1).

XV. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Estructura familiar, grado y tipo de ansiedad en madres de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Marzo a Julio del 2013.
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Tlalnepantla Estado De México, Julio del 2013
Número de registro:	Sin número
Justificación y objetivo del estudio:	Evaluar la presencia de alteraciones en la estructura familiar así como el grado y tipo de ansiedad en madres de hijos hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Marzo a Julio del 2013.
Procedimientos:	El entrevistador realizará el test de ansiedad de Hamilton y el de estructura familiar de Montalvo y Soria a los sujetos de estudio explicando de manera amplia los términos y resolviendo dudas.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo: Ninguno. Molestias: Invertir aproximadamente 15 minutos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los participantes conocerán su grado y tipo de ansiedad y como es su estructura familiar y de ser necesario se recomendará acudir a consulta con su médico familiar para su atención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se darán a conocer los resultados de la escala de ansiedad a los participantes y de ser necesario se recomendará acudir con su Médico Familiar para valoración y atención.
Participación o retiro:	La participación es voluntaria.
Privacidad y confidencialidad:	El cuestionario es anónimo. Se garantiza la autonomía y privacidad de acuerdo a Los principios ético-médicos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
	No autoriza que se tome la muestra.
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Fausto Morales Chávez Residente de tercer año de Medicina Familiar mat. 98155624, tel: 53102018, email: faustodildar@gmail.com
Colaboradores:	E en M.F. María Guadalupe Saucedo Martínez Tel: 53102018
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Etica de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Morales Chávez Fausto Dildar
Testigo 1 Nombre y firma	Testigo 2 Nombre y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

El presente Instrumento de investigación tiene como objetivo recabar datos de usted y su familia que ayuden a identificar las características de las madres de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores. Este instrumento no constituye riesgo alguno ya que los datos proporcionados serán manejados con alta confidencialidad por el médico investigador. Agradezco la atención y contribución para la realización del presente estudio.

(El presente cuestionario será llenado por el médico investigador)

I. Datos Sociodemográficos

I.1 Edad materna

1) 20 años a 25 años	2) 26 a 30 años	3) 31 a 35 años	4) 36 a 40 años
----------------------	-----------------	-----------------	-----------------

I.2 Ocupación materna

1) Empleado	2) Desempleado	3) Ama de casa	4) Jubilada
-------------	----------------	----------------	-------------

I.3 Religión

1) Católica	2) Cristiana	3) Testigo de Jehová	4) Otro
-------------	--------------	----------------------	---------

I.4 Estado Civil materna

1) Casada	2) Soltera	3) Unión libre	4) Separada	5) Divorciada	6) Viuda
-----------	------------	----------------	-------------	---------------	----------

I.5 Grado Escolar materno

1) Analfabeta	2) Primaria	3) Secundaria	4) Preparatoria	5) Carrera técnica	6) Universidad
---------------	-------------	---------------	-----------------	--------------------	----------------

I.6 Frecuencia en el número de consultas del menor de 10 años de edad

1) 0 a 5 veces al año	2) 6-12 veces al año	3) 13 o más veces al año
-----------------------	----------------------	--------------------------

I.7 Motivo de Consulta del menor de 10 años de edad

1) Infección de vías respiratorias	2) Gastroenteritis infecciosa	3) Desnutrición	4) Otro
------------------------------------	-------------------------------	-----------------	---------

I.8 Número de integrantes de la familia

1) 2 Integrantes	2) 3 a 5 integrantes	3) más de 6 integrantes
------------------	----------------------	-------------------------

II. Tipología familiar

II.1 ¿Quiénes viven en la misma casa?

1) Mamá	2) Papá	3) Hijos	4) Hermanos	5) Tíos	6) Abuelos	7) Otros
---------	---------	----------	-------------	---------	------------	----------

Especifique:.....

II.2 ¿Quién es el sostén económico en casa?

1) Mamá	2) Papá	3) Ambos padres	4) Hijos	5) Abuelos	6) Otros
---------	---------	-----------------	----------	------------	----------

Especifique.....

II.3 ¿Con qué servicios públicos cuenta su casa?

1) Drenaje	2) Agua	3) Luz	4) Teléfono	5) Internet	6) Cable	7) Gas
------------	---------	--------	-------------	-------------	----------	--------

II.4 ¿La casa donde habita es?

1) Propia	2) Rentada	3) Prestada	4) Compartida	5) Otro
-----------	------------	-------------	---------------	---------

Especifique.....

II.5 ¿La pareja con quien vive actualmente es el padre de sus hijos?

1) Si	2) no
-------	-------

• De acuerdo a su composición la familia es:

1) Nuclear	2) Extensa	3) Compuesta	4) Seminuclear	5) Múltiple
------------	------------	--------------	----------------	-------------

• De acuerdo a su integración familiar es:

1) Integrada	2) Semiintegrada	3) Desintegrada
--------------	------------------	-----------------

• De acuerdo a su desarrollo social es:

1) Moderna	2) Tradicional	3) Primitiva
------------	----------------	--------------

• Desde el punto de vista demográfico

1) Rural	2) Urbana
----------	-----------

• Según las complicaciones del desarrollo familiar

1) Interrumpida	2) Contraída	3) Reconstruida
-----------------	--------------	-----------------

Instrumento para identificar Estructura Familiar de Montalvo y Soria

III. Estructura Familiar

III.I. Jerarquía

1. ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?

1) Yo	2) Mi cónyuge	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	---------------	------------------	----------------------	----------	----------

2. ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	4) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

3. ¿Quién las hace respetar?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

4. ¿Quién decide lo que se premia y/o se castiga?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

5. ¿Quién premia y/o castiga?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

6. ¿En ausencia de los padres quien toma las decisiones, premia, castiga, etc.?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

II.2 Centralidad

7. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se tienen más quejas?

1) De mi	2) De mi conyugue	3) De mi Hijo mayor	4) De otro de mis hijos	5) De Todos	6) De Nadie
----------	-------------------	---------------------	-------------------------	-------------	-------------

8. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?

1) De mi	2) De mi conyugue	3) De mi Hijo mayor	4) De otro de mis hijos	5) De Todos	6) De Nadie
----------	-------------------	---------------------	-------------------------	-------------	-------------

9. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable negativamente?

1) De mi	2) De mi conyugue	3) De mi Hijo mayor	4) De otro de mis hijos	5) De Todos	6) De Nadie
----------	-------------------	---------------------	-------------------------	-------------	-------------

10. ¿Hay algún miembro de la familia que destaque más en algún aspecto en relación a los otros?

1) De mi	2) De mi conyugue	3) De mi Hijo mayor	4) De otro de mis hijos	5) De Todos	6) De Nadie
----------	-------------------	---------------------	-------------------------	-------------	-------------

11. ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares?

1) De mi	2) De mi conyugue	3) De mi Hijo mayor	4) De otro de mis hijos	5) De Todos	6) De Nadie
----------	-------------------	---------------------	-------------------------	-------------	-------------

II.3 Periferia

12. ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca este en la casa?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

13. ¿Existe alguien que casi no participe en las relaciones familiares?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

14. ¿Existe alguien que no se involucre en la resolución de los problemas familiares?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

15. ¿Existe alguien que nunca o casi nunca de opiniones al respecto a los asuntos de la familia?

1) Yo	2) Mi conyugue	3) Mi Hijo mayor	4) Otro de mis hijos	5) Todos	6) Nadie
-------	----------------	------------------	----------------------	----------	----------

II.4 Límites

II.4.1 Subsistema conyugal

16. ¿Mamá está siempre interesada en conocer y participar en todas las actividades que hace papa y viceversa?

1) SI	2) NO
-------	-------

17. ¿Papá y mamá tienen amistades en común?

1) SI	2) NO
-------	-------

18. ¿Papá y mamá tienen amistades personales por separado?

1) SI	2) NO
-------	-------

II.4.2 Subsistema parental-hijos

19. ¿Papá y mamá discuten en presencia de los hijos?

1) SI	2) NO
-------	-------

20. ¿Alguno de los padres comenta con alguno de los hijos sus problemas conyugales?

1) SI	2) NO
-------	-------

21. ¿Los hijos saben lo que deben y no hacer la mayoría de las veces?

1) SI	2) NO
-------	-------

22. ¿Los hijos saben la mayoría de las veces por cuales comportamientos pueden ser premiados o castigados?

1) SI	2) NO
-------	-------

23. ¿Las reglas en relación con lo que se debe hacer y no son explicadas verbalmente a los hijos?

1) SI	2) NO
-------	-------

24. ¿Cada hijo sabe o no cuáles son sus actividades o funciones en la familia?

1) SI	2) NO
-------	-------

25. ¿Ambos padres saben o no cuales son las actividades o funciones que deben desempeñar cada uno de sus hijos?

1) SI	2) NO
-------	-------

26. ¿Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o a ambos padres todo lo relacionado con sus vidas?

1) SI	2) NO
-------	-------

27. ¿Hay diferencias o no en cuanto a los premios, castigos y reglas en cuanto a la edad de los hijos?

1) SI	2) NO
-------	-------

28. ¿Se acostumbra que algún hijo premie, castigue, llame la atención, etc. a sus hermanos?

1) SI	2) NO
-------	-------

II.4.3 Al exterior

29. ¿Existen algunas personas fuera de los padres que tengan que ver con la implantación de reglas, premios, castigos, etc.?

1) SI	2) NO
-------	-------

Especificar _____

29. ¿Existen algunas personas a quien algún miembro de la familia consulte para la toma de decisiones?

1) SI	2) NO
-------	-------

Especificar _____

30. ¿Existen algunas personas a quien algún miembro de la familia siempre le cuente lo que ocurre en la misma?

1) SI	2) NO
-------	-------

Especificar _____

31. ¿Existe alguna persona fuera de la familia nuclear que intervenga en los problemas conyugales?

1) SI	2) NO
-------	-------

Especificar _____

32. ¿Qué tipo de relación tienen los miembros de la familia con: Parientes, amigos, vecinos, etc.?

1) Buena	2) Regular	3) Mala
----------	------------	---------

II.5 Geografía

33. ¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal y es respetado?

1) SI	2) NO
-------	-------

Especificar _____

34. ¿Hay espacios compartidos?

1) SI	2) NO
-------	-------

Especificar _____

35. ¿Se respetan las propiedades individuales?

1) SI	2) NO
-------	-------

Especificar _____

II.6 Alianzas

36. ¿Quién suele unirse para obtener premios, favores, dinero, que se haga algo, etc.?

1) Mi conyugue y yo	2) Un hijo(s) y yo	3) Mi conyugue y un hijo o hijos	4) Los hermanos	5) Nadie
---------------------	--------------------	----------------------------------	-----------------	----------

II.7 Coaliciones

37. ¿Quién suele unirse para castigar, dañar, atacar, perjudicar, descalificar, etc. a otro?

1) Mi conyugue y yo	2) Un hijo y yo	3) Mi conyugue y un hijo o hijos	4) Los hermanos	5) Nadie
---------------------	-----------------	----------------------------------	-----------------	----------

III. Escala de Ansiedad de Hamilton

El presente instrumento tiene como objetivo recabar datos acerca de los síntomas que usted presenta por lo menos durante el último mes, con el fin de identificar síntomas de ansiedad en madres de hijos menores de 10 años de edad hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, atendidos en la UMF 64 del IMSS. Consta de 14 preguntas las cuales serán contestadas por usted con ayuda del investigador. Este instrumento no constituye riesgo alguno ya que los datos proporcionados serán manejados con alta confidencialidad por el médico investigador. Agradezco la atención y contribución para la realización del presente estudio.

(El presente cuestionario será llenado por el médico investigador con las respuestas que proporcione usted)

Escala de ansiedad de Hamilton	Ausente	Intensidad Ligera	Intensidad Media	Intensidad elevada	Intensidad Máxima Discapacitante
	0	1	2	3	4
1 Estado ansioso: inquietud, aprensión, irritabilidad					
2 Tensión: sensación de tensión, fatiga, sobresalto, llanto fácil, temblores, incapacidad para esperar.					
3 Miedos: oscuridad, desconocidos, quedarse sola, animales, tráfico, gente.					
4 Insomnio: dificultad para dormir, sueño no satisfactorio, sueños penosos, pesadillas, terror nocturno.					
5 Funciones intelectuales dificultad para concentrarse, falta de memoria.					
6 Estado de ánimo depresivo: pérdida de interés, depresión, insomnio, variación del estado de ánimo en el día.					
7 Síntomas musculares: dolor, rigidez, temblores, rechina dientes, voz quebrada.					
8 Síntomas somáticos: zumbido de oídos, visión borrosa, calor, frío,					

	debilidad, adormecimiento, hormigueo de extremidades.					
9	Cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, punzadas, presión baja, desmayos, arritmias.					
10	Respiratorio: opresión en el pecho, falta de aire, ahogo, suspiros, dificultad para respirar.					
11	Gastrointestinales: Estreñimiento, gases, reflujo, náuseas, pirosis, distensión abdominal, cólicos, diarrea, pérdida de peso.					
12	Genitourinarios: Micciones frecuentes, urgencia. Falta de erección, eyaculación precoz, amenorrea, metrorragia.					
13	Sistema nervioso autónomo: boca seca, rubicundez, palidez, diaforesis, vértigos, cefalea.					
14	Conducta en el transcurso del test: tendencia al abatimiento, agitación, inquietud, movimiento de manos, rostro preocupado, espasmos y contracturas musculares, respiración entrecortada, sudoración, pestañeo.					
	Total					

0-5= no ansiedad

6-14= ansiedad leve

> 15= ansiedad moderada/grave.

Puntuación	Grado	
0-5	No ansiedad	
6-14	Ansiedad leve	
> 15	Ansiedad moderada/grave	
Ítem	Tipo	
1-6, 14	Psíquica	
7-13	Somática	