

**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

“SATISFACCIÓN CON LAS REDES DE APOYO Y SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD EN MADRES SOLTERAS TRABAJADORAS DE 20 A 54 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 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. NASHELY RAMOS MOLLEDA

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

E. EN M. F. OLIVIA REYES JIMÉNEZ

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2014

“Satisfacción con las redes de apoyo y sensibilidad a la ansiedad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013”.

AGRADECIMIENTOS

Primero que a nadie le agradezco a Dios por darme la oportunidad de continuar con mis sueños, de darme grandes alegrías así como de ponerme un sin número de pruebas a superar para poder fortalecer mi espíritu y ayudarme a valorar todo lo que soy, lo que tengo y a las personas que están a mi alrededor.

Entre esas grandes personas esta mi esposo, que también es mi gran amigo, compañero de alegrías, penas y angustias, que en ocasiones tuvo que prestarme su hombro para llorar y darme palabras de aliento. Me agunto mis ausencias de casa, mis tardes excluida de la vida familiar, y sobre todo le agradezco por apoyarme con mi papel de madre con mi adorada hija; Dominique la cual también vivió esta etapa con algunas malas noches, donde no podía estar con ella para consolarla y cuidarla, le agradezco mucho su amor incondicional a los dos, los amo mi hermosa familia.

Agradezco a mi madre, a mis hermanas ya que su apoyo fue muy importante para continuar con este objetivo, por sus palabras de aliento y preocupación por el bienestar de mi pequeña Dominique. Gracias.

También agradezco a todos mis compañeros con los que he compartido risas, apuraciones, alegrías y sobre todo metas, con todos ellos aprendí algo, me dejaron aprendizaje de toda clase; ya sea con experiencias malas o buenas todas ellas me fortalecieron como persona y como profesionalista. Gracias a todos.

Gracias también a todas las personas que durante todo el trayecto de la especialidad me brindaron sus enseñanzas, compartió su conocimiento y consejos para ser un buen médico familiar. Gracias.

GRACIAS DE CORAZÓN A TODOS.

ÍNDICE.

Capítulo	Página
I.MARCO TEÓRICO	7
I.1.2.Estadística poblacional de madres solteras Trabajadoras	10
I.1.3.Hogares de madres solteras trabajadora	11
I.2.Sensibilidad a la ansiedad	12
I.3Redes de apoyo	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
II.1.Argumentación	16
II.2.Pregunta de Investigación	17
III. JUSTIFICACIÓN	18
Académica	18
Científica	18
Social	18
Económica	18
IV.HIPÓTESIS	19
Expectativa empírica	19
IV.1.2.Variabes	20
IV.1.2.1.Dependiente	20
IV.1.2.2.Independiente	20
IV.1.2.3.Elementos lógicos de relación	20

V. OBJETIVOS	.....	21
V.1.General	.....	21
V.2.Específicos	.....	21
VI. MÉTODO	.....	22
VI.1Universo de trabajo	.....	22
VI.1.1.Lugar donde se desarrolla el estudio	.....	22
VI.1.2.Descripción del estudio	.....	22
VI.1.3.Procedimientos	.....	22
VI.2.Grupos de estudio	.....	23
VI.2.1.Características de los casos	.....	23
VI.2.1.1.Criterios de inclusión	.....	23
VI.2.1.2.Criterios de exclusión	.....	23
VI.2.1.3.Criterios de eliminación	.....	23
VI.2.3.Tamaño de la muestra	.....	23
VI.2.4.Definición de variables	.....	24
VI.3.Instrumento de investigación	.....	27
VI.3.1.Descripción	.....	27
VI.3.2.Validación	.....	27
VI.3.3.Aplicación	.....	27
VI.4.Análisis de datos	.....	30
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	.....	31
VIII. RECURSOS HUMANOS FÍSICOS Y FINANCIEROS	.....	35
IX. ORGANIZACIÓN	.....	36

X. RESULTADOS	.....37
XI. TABLAS Y GRÁFICOS	.....41
XII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	.....51
XIII. CONCLUSIONES	.....53
XIV. RECOMENDACIONES	.....54
XV. BIBLIOGRAFIA	.....55
XVI. ANEXOS	.....57

I.- MARCO TEÓRICO

La palabra familia deriva de la raíz latina famulus que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul que se origina de la voz tosca famel, esclavo doméstico. (4)

La familia es el ámbito por excelencia para el desenvolvimiento de las relaciones y la interacción de personas emparentadas entre sí, quienes habitualmente conviven en un mismo espacio. La familia es también un ámbito privilegiado del proceso de socialización primaria de los individuos, opera como espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales y adquisición de hábitos, y conforma un ámbito fundamental para la formación de identidades, en particular en lo relativo a los papeles asignados socialmente a mujeres y hombres. (4)

En Medicina Familiar “FAMILIA” se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros.(4)

La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio y necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, entonces apoya la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. La familia como sistema abierto establece nexos constantes con el entorno social y el ambiente biológico. (5)

Desde la conformación de una familia nuclear se considera que este tipo de familia está conformado por ADULTO=ESPOSO=PADRE=PROVEDOR el cual está integrado en el ámbito laboral y por lo tanto es el responsable de la manutención del hogar, y ESPOSA=MADRE la cual es la encargada de la socialización y reproducción del grupo familiar. (4)

En la actualidad, la concepción del hombre como autoridad máxima de la familia es todavía la representación social predominante. Este supuesto orden natural también atribuye una relación unilineal entre autoridad y masculinidad, es decir: “si en la familia hay un hombre, éste es el jefe de hogar”. Pero recordemos que los atributos de género no son algo dado, sino una construcción social o cultural, cotidiana, repetitiva y no un atributo personal, en un tiempo determinado. (6)

La participación laboral de ellas y su aporte al hogar se ha extendido gracias a los cambios en las representaciones de mujer madre, pues ya no sólo se dedica al hogar y al cuidado de los hijos, sino que están construyendo otros papeles de mujer: trabajadora, líder o jefa de familia. (6)

Los cambios político actuales han propiciado que la mujer se involucre en la economía y campo laboral llegando a ser en ocasiones la principal proveedora del hogar. Y aunado a la situación de duelo por la separación, abandono o muerte de la pareja. Teniendo que superar en periodos cortos la pérdida, y en ocasiones sin superarla y cruzando por duelos inconclusos o patológicos acompañados de depresión que afecta globalmente al hogar. (6)

Las mujeres mexicanas suman, en la actualidad, 50.2 millones y representan poco más de 51.2% de los 112.3 millones de habitantes del país. (7)

El segundo punto relevante es el aumento de la participación laboral de las mujeres jóvenes entre 25 y 29 años, que pasó de 46.5 a 54.4 por ciento de 2000 a 2010. Lo anterior confirma el aumento de la participación de las mujeres en la actividad económica, particularmente en las edades jóvenes. (7)

Por lo que es interesante el explorar la relación entre la jefatura femenina y el bienestar del hogar. Investigando si estas mujeres reconstruyen su identidad de género y organizan sus estrategias familiares por convertirse en una etapa en la base económica de su hogar convirtiéndose en jefas de familia, reconstruyéndose como mujeres y además como jefa del hogar. (6)

La condición de jefa de familia y su contexto de crisis del porque se toma ese papel así como la reestructuración económica y de restricciones sociales a la que se enfrenta, como la reestructuración de estrategias familiares con redes de apoyo para poder logra un bienestar en su hogar así como su funcionabilidad con los escasos recursos con los que llega a contar. (8)

La causa principal de la que la mujer se convierta en jefa de familia de niveles económicos bajos/medios puede ser lo más común por la separación o abandono de su pareja, dejándola con hijos y con toda la responsabilidad del hogar. Por lo que se puede decir que la madre soltera es la que se hace responsable del sostén del hogar y de papel de madre en la familia sin apoyo de una pareja. Pero que busca sistemas de apoyo que la puedan ayudar a cumplir con dichos roles. Esto podría incrementar el nivel de ansiedad en estas madres trabajadoras, y si se cuenta con un índice de sensibilidad a la ansiedad elevado puede provocar alteraciones en ella, y por lo tanto puede repercutir en su desempeño tanto de madre como de trabajadora. (9)

El estado civil resulta esencial y determinante en el papel que las mujeres asumen dentro de cada hogar, por ejemplo, las mujeres casadas desempeñan una función que socialmente no les corresponde: proveer de sustento económico a la familia; las madres solteras no tienen una relación de pareja tradicional, porque así lo decidieron y, por ende, asumen la jefatura del hogar; las que deciden divorciarse o separarse dejan de ser esposas de acuerdo con el patrón tradicional, enfrentando muchas veces un fracaso individual y social que, en algunos casos, las limita a iniciar una nueva relación de pareja; por su parte, las viudas cumplieron con su papel de esposas y son reconocidas, pues formaron una familia y no viven el rechazo social que acompaña al estigma de ser madre soltera, separada o divorciada, debido a que su situación conyugal cambia de manera inesperada. Las que viven en unión libre o concubinato, son mujeres que, aunque integran una familia, también no dejan de formar parte de una situación no regular, muchas veces sin aceptación social, aún y cuando así lo han decidido en pareja. (7)

El problema que enfrentan las mujeres casadas al asumir la responsabilidad de su hogar no sólo obedece, como en muchas ocasiones, al desempleo, al empleo insuficientemente remunerado o a una actitud irresponsable de su pareja, sino también, a la discapacidad o la enfermedad del cónyuge, pues tales circunstancias les impiden ser los proveedores de recursos al hogar.

Se llega a manejar el concepto de madre soltera o jefa de familia a la mujer que lleva a cabo la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin la compañía o apoyo de una pareja, que haya estado casada o no, ya por decisión propia o por circunstancias de su entorno”.

I.1.2. Estadística poblacional de hogares de madres solteras

La proporción de jefas de hogar económicamente activas en México en áreas urbanizadas pasó de 14.8% en 1993 a 17.4% en 2000, mientras que en las rurales pasó de 14.0% a 15.4% en los mismos años; pero también el número de jefas mujeres aumentó en la población total: de 10.0% a 12.5% y de 8.9% a 11.0%, respectivamente, lo que corresponde a tasas de crecimiento de 6.7% en áreas urbanas y 4.8% en rurales. (7)

Según las estadísticas que analiza, la tasa de crecimiento de hombres que se declaran cónyuges de la jefa de familia fue de 12.7% en zonas urbanas y de 5.0% en rurales. (6)

El municipio de Tlalnepantla de Baz posee una extensión territorial de 83.74 km² representando el 0.31% de la superficie del Estado de México. Sus colindancias en la parte oriente son con Ecatepec de Morelos al norte y oriente. (7)

El conteo de población y vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2005, el municipio de Tlalnepantla de Baz contaba hasta ese año con un total de 683.608 habitantes, de los cuales 331.143 eran hombres y 352.665 eran mujeres. El municipio de Tlalnepantla de Baz es uno de los cuarenta municipios del estado de México que forman parte de la zona Metropolitana de la Ciudad de México. (7,8)

I.1.3. Hogares de madres solteras trabajadoras

Los hogares dirigidos por mujeres se han incrementado en los últimos años. En 1997, 19 por ciento de los hogares mexicanos eran dirigidos por una mujer. Estos hogares se calculaban en cerca de cuatro millones en 1997 y en ellos residían alrededor de 14.2 millones de personas. En contraste, 13.5 por ciento de los hogares reunían esta característica en 1976 y 17.3 en 1990. Si se considera el nivel de escolaridad de la mujer, se observa que la mayor proporción de jefas de hogar se concentra en las mujeres con secundaria y más (29.2%), seguidas por las mujeres con primaria incompleta (28.4%). Los hogares encabezados por mujeres sin escolaridad o con primaria completas representan 23.2 y 19.2 por ciento, respectivamente. La jefatura femenina de los hogares se asocia a la ruptura de una unión: 39.9 por ciento de las jefas de hogar son viudas y 27.6 por ciento son separadas o divorciadas. Por otro lado, poco más de ocho de cada diez hogares dirigidos por una mujer se localizan en las zonas urbanas, mientras que esta proporción se reduce a menos de dos de cada diez en las zonas rurales (81.9 y 18.1 por ciento, respectivamente). Asimismo, la jefatura femenina descansa más en las mujeres de mayor edad: 43.8 por ciento de las que son jefas de hogar tienen más de 55 años. (7)

Definiendo a la salud como el equilibrio biológico, psicológico y social que tenga la persona, es importante que sea la familia estudiada por los Médicos Familiares ya que al ser nuestra unidad de análisis la familia, se puede incidir positivamente en esta para poder ayudar al paciente y a sus integrantes de la familia en su calidad de vida y en el proceso de salud enfermedad. (4)

I.2.- Sensibilidad a la ansiedad

La sensibilidad a la ansiedad (SA) ha sido definida como el temor a los síntomas de ansiedad. La SA, aunque parece constituir un marcador importante del trastorno de pánico. También se ha vinculado de forma específica con otros trastornos y manifestaciones de la ansiedad, Incluidos los miedos y las fobias. La SA es la tendencia a experimentar miedo (o ansiedad) a los propios síntomas de ansiedad.

Muchas personas tienen un elevado rasgo de ansiedad, pero no experimentan miedo a las sensaciones de ansiedad. La SA no debería confundirse con el rasgo de ansiedad. (9)

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad [Anxiety Sensitivity Index, ASI] (Peterson y Reiss, 1992 versión española de Sandín y Chorot) (Sandín, Valiente y Chorot, 1999).

La versión original, consta de 16 ítems y mantiene su misma estructura general y el mismo formato de respuesta. El participante debe indicar el grado en que experimenta cada uno de los 16 enunciados según una escala tipo Likert, pudiendo variar entre «Nada en absoluto » que se califica con (0) y «Muchísimo» a lo que se le da la calificación de (4). Los ítems hacen referencia a reacciones de miedo/ ansiedad ante la experiencia de síntomas de tipo somático (por ejemplo: «Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida »), síntomas observables socialmente («Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso»), y síntomas de descontrol cognitivo (p.ej., «Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea»). En anteriores publicaciones sobre la ASI hemos puesto de relieve que esta prueba posee excelentes propiedades psicométricas, tanto con población clínica como no clínica (8).

Los tres componentes de SA son (SA-somática, SA-cognitiva, y SA-social), permite describir este constructo psicopatológico. (10)

Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI) Samuel Jurado Cárdenas (2002) Basado en Donnell y McNally (1989) y Sandín, Chorot y Mc Nally (1996) Evalúa la sensibilidad a la ansiedad, considerada como una serie de síntomas que pueden generar resultados dañinos. Una baja o alta sensibilidad en los individuos puede tener diferentes

consecuencias a partir de los síntomas de ansiedad. Cuenta con 16 afirmaciones tipo likert que parte de “De Nada en absoluto ((0)) a Muchísimo ((4))”

(ASI-3) es una nueva escala de auto-informe de 18 ítems diseñada para la evaluación de las tres facetas más replicadas de la sensibilidad a la ansiedad, las dimensiones físicas, cognitiva y social. Los datos sobre fiabilidad (consistencia interna y test-retest) y validez (convergente y discriminante) sugieren que la ASI-3 posee excelentes propiedades psicométricas. Los resultados sobre datos normativos indican que las mujeres puntúan más alto que los varones en la sub-escala física de la ASI-3 y en la ASI-3 total. Se discuten las implicaciones de estos resultados sobre la psicopatología y la psicología clínica. (9)

Validez: 1345 hombres y mujeres, adultos jóvenes, habitantes de la ciudad de México.

La capacidad discriminativa de los reactivos se probó contrastando el 25% de puntajes altos con el 25% de puntajes bajos. El índice de confiabilidad interna obtenida para la escala completa fue 0.87. (9)

I.3.- Redes de apoyo social

REDES DE APOYO.

Una red es cuando una configuración social en la que algunas de las unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí. Gottlieb (citado por Barrón, Lozano & Chacón 1988) describen el apoyo social como “información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”. (10)

Es un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y el proveedor importantes. Intenta crear en el individuo sensación de cuidado y amor, para que se sientas estimadas y valoradas. (10) Caplan (1974) distingue entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido. El primero

hace referencias a los recursos provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. Dividiéndolo en transacción objetiva (apoyo recibido) y transacción subjetiva (apoyo percibido). (10)

La definición aportada por Lin (1986) concibe el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Pudiendo observar también una división entre objetivas y subjetivas. (11)

Barrera (1988) reformulo una relación entre estrés, apoyo social y salud proponiendo una relación curvilínea. (12)

El apoyo social reduce el estrés cuando la persona se ve respuesta a niveles intensos de estrés. Será en situaciones de estrés moderado cuando se aprecien diferencias de aparición de síntomas dentro aquellas personas que cuentan con un alto apoyo social y las que no. Las medidas de apoyo social en general exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social” o el “apoyo funcional” (percepción del apoyo). Siendo el apoyo funcional el más importante y multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos, feedback), valoración (ayuda a la auto valoración) y compañerismo durante el tiempo libre. (14)

Los modelos operativos internos (MOI) son definidos como una representación mental del sí-mismo, así como una representación del sí mismo interactuando con una figura de apego en un contexto o entorno con carga emocional (Bowlby, 1995). Estas representaciones consideran creencias complementarias y expectativas sobre la disponibilidad física y psicológica del cuidador y su nivel de responsividad, así como si uno mismo es merecedor de atención o cariño. Sarason y sus colegas extendieron esta definición y agregaron el sentido de aceptación, la creencia de que uno es amado, valorado y aceptado por otros significativos. (14)

Para estos autores la relación entre apego y apoyo social es fundamental. Las personas con MOI autónomo tienen la percepción de contar con un alto apoyo social y a la vez con una mayor habilidad de dar apoyo a otros, lo cual mejora las habilidades para desarrollar y mantener relaciones adultas satisfactorias, manejar experiencias estresantes y contar con un mejor ajuste general. (15, 18)

El SSQ, Social Support Questionnaire (Sarason, 1983), evalúa la disponibilidad (Identificación de las personas a las que recurre en situaciones específicas) y la satisfacción con el AS en las distintas áreas: sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación positiva, ayuda física y participación social. La mayoría de los ítems hacen referencia al apoyo emocional. (19, 20)

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.

Factible: Si es factible ya que se cuenta con población en la unidad ya que por ser trabajadoras son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. No es necesaria la realización de estudios complicados o costosos. Se puede realizar con encuestas anónimas.

Interesante: Se me hace interesante ya que la familia de mujeres trabajadoras tiene que adaptarse a sus horarios y ella tiene que cumplir sus funciones en la familia, pero al ser la jefa de familia y contar con alta sensibilidad a la ansiedad modifica aún más estos ajustes y en ocasiones se tiene que poner a prueba los recursos con los que cuenta la familia como lo son las redes de apoyo disponibles.

Novedoso: Es novedoso el tomar en cuenta a las mujeres con familia que tienen que laborar y que deben modificar la dinámica y estructura familiar para poder cumplir adecuadamente funciones de proveedora y de madre, así como que redes de apoyo son las más utilizadas en dichas situaciones y si presentan sensibilidad a la ansiedad por dichos ajustes.

Ético: Se solicitara consentimiento informado para la realización de encuestas. No se realizara ningún procedimiento invasivo y se manejara la información de forma confidencial y en caso necesario de manera anónima.

Relevante: Podemos observar que la alta sensibilidad a la ansiedad en mujeres trabajadoras jefas de familia y redes de apoyo y su satisfacción con ellas, dando conocimientos de factores de riesgo en dichas trabajadoras y buscar la manera de aumentar su aprovechamiento laboral evitando ausentismo o permisos frecuentes así como evitar trastornos de ansiedad.

Pregunta de Investigación.

“¿Cómo es la satisfacción con las redes de apoyo y su sensibilidad a la ansiedad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el período de Septiembre y Diciembre 2013?”

III.- JUSTIFICACIÓN:

Académica.

Se realiza el presente estudio como trabajo de tesis para completar estudios de posgrado y obtener el diploma en la especialidad de medicina familiar.

Científica.

Sentar un precedente en la identificación del género femenino como principal pilar de la familia tanto emocional como económica, con utilización constante de redes de apoyo, y que pueden estar predispuestas a presentar ansiedad por la responsabilidad de cumplir funciones de madre, de proveedora económica y además de ser la responsable de la familia.

Social.

Identificar si existe un aumento en la sensibilidad a la ansiedad en las mujeres, que actualmente se han convertido con más frecuencia en encargadas de familia, y cuáles son sus principales redes de apoyo y su satisfacción con las mismas, de esta manera abordar con anticipación medidas que favorezcan su desarrollo como madres y encargadas de familia

Económica.

Reconocer que actualmente la mujer ha incrementado su participación en la economía del hogar que incluso se ha convertido en pilar de la familia, teniendo que cubrir roles de madre y proveedora, recurriendo a redes de apoyo a su alrededor para cumplir con sus funciones, llegando en ocasiones a presentar alteraciones emocionales como la ansiedad provocando ausentismo laboral, aumento en la atención medica tanto para ella como para sus familiares acarreando un desequilibrio económico.

IV.- HIPÓTESIS

No se cuenta con hipótesis por el tipo de estudio pero se cuenta con:

EXPECTATIVA EMPÍRICA

Las madres solteras trabajadoras entre 20 y 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 presentan alta satisfacción con las redes de apoyo recibidas, así como alta sensibilidad a la ansiedad.

IV.1.2 Variables.

Sensibilidad a la ansiedad

La sensibilidad a la ansiedad (SA) ha sido definida como el temor a los síntomas de ansiedad.

Satisfacción con las redes de apoyo social

Es un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y el proveedor importantes. Intenta crear en el individuo sensación de cuidado y amor, para que se sientas estimadas y valoradas.

IV.1.2.1 Dependiente.

No se cuenta con ella por el tipo de estudio, ya que solo es un estudio observacional, transversal no correlacional.

IV.1.2.2 Independientes.

No se cuenta con ella por el tipo de estudio, ya que solo es un estudio observacional, transversal no correlacional.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

Se podrá detectar si es que las mujeres trabajadoras jefas de familia tienen mayor sensibilidad a la ansiedad y por lo tanto necesitan mayores redes de apoyo para poder cumplir con sus funciones de madre y proveedora, y además tener un alto grado de satisfacción en dichas redes.

V. OBJETIVOS.

General

*Identificar la satisfacción con las redes apoyo y la sensibilidad a la ansiedad presentada en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Específicos.

*Describir las variables socio-demográficas de madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*Determinar la satisfacción con las redes de apoyo de madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*Determinar la sensibilidad a la ansiedad presente en madres trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*Observar el estado civil más frecuente según la edad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.- MÉTODO.

VI.1 Universo de trabajo:

Madres solteras trabajadoras entre 20 y 54 años de edad, adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.1.2 Lugar donde se desarrolló el estudio:

La realización del estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar 64 Tequesquihuac, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Delegación 15 Oriente del Estado de México, ubicado en Avenida de los bomberos s/n. Unidad del seguro social, Tequesquihuac, Estado de México.

VI.2 Descripción general del estudio:

Observacional, descriptivo, transversal.

VI. 2.1 Procedimientos:

El presente estudio se realizó en la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en ambos turnos, durante el periodo de Septiembre y Diciembre 2013. A través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se captaron mujeres que acudieron a la unidad de medicina familiar, madres solteras trabajadoras, se les explicó el objetivo del estudio y el formato de consentimiento informado el cual se les pidió leer y firmar en caso de estar de acuerdo en participar en el estudio. Se les aplicó un cuestionario en el cual se incluyó una ficha de identificación y los dos instrumentos de forma impresa, respondiendo en aproximadamente 10 a 15 minutos. Posteriormente se les agradeció su participación al presente estudio y se les informó del resultado obtenido, y orientó sobre el mismo en caso datos sobresalientes.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, se concentró la información en una base de datos electrónica utilizando el programa estadístico SPSS v.19, se analizaron las variables cuantitativas como edad y número de hijos, interpretadas con medidas de tendencia central y esquematizadas con gráfica de barras, así como las variables cualitativas estado civil, religión, ocupación, interpretándolas con proporciones y representadas en gráficas de sectores.

VI.3.- GRUPOS DE ESTUDIO.

VI.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS:

Madres solteras trabajadoras entre 20 y 54 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Madres solteras trabajadoras de entre 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social que acepten participar en el estudio.

VI.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Madres solteras trabajadoras que se encuentren en tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos.

VI.3.4 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Que contesten de forma incompleta las encuestas realizadas.

VI.4- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Con un universo de 66,418 madres solteras trabajadoras con un error máximo aceptable de 5% con un porcentaje estimado de la muestra del 50%, con un índice de confianza del 95% por medio de fórmula para estimar una proporción se obtiene una muestra representativa de 150 madres solteras trabajadoras.

VI.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES: para cada variable se definirá:
Sociodemográficas.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medida.	Unidad de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona en años. (Real academia de la lengua española, 2009)	Tiempo en años que han vivido las pacientes entrevistadas. Unidad de Medicina Familiar No. 64	Cuantitativa	Continua	Edad en años
Estado Civil	Situación jurídica en la familia y sociedad que determina la capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Es indivisible, indisponible, imprescriptible y su asignación corresponde a la ley. (Diario Oficial N.33)	Condición de cada madre entrevistada en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa	Nominal	1.Soltera 2.Divorciada 3.Separada 4.Viuda
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Real academia de la lengua española, 2009)	Conjunto de cursos con los que cuenta la madre entrevistada.	Cualitativa	Ordinal	1.Primaria completa 2.Secundaria completa 3.Preparatoria completa 4.Universidad 5.Posgrado
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en algo diferente (Real academia de la lengua española, 2009).	Trabajo que actualmente desempeña la madre trabajadora.	Cualitativa	Nominal	1)Trabajadora doméstica 2) Empleada 3)Obrera 4)Comerciante 5)Profesionista

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medida.	Unidad de medición
Número de hijos	Número de hijos vivos que se han procreado. (Glosario INEGI 2010)	Número de hijos vivos con los que cuenta la madre encuestada.	Cuantitativa	Discreta	1.Uno 2. Dos 3. Tres 4.Cuatro 5. Más de 4
Religión	Creencia o preferencia espiritual que declare el individuo. (Glosario INEGI 2010)	Creencia o preferencia espiritual que declare la madre encuestada.	Cualitativa	Nominal	1.Ninguna 2.Católica 3.Cristiana 4. Testigo de Jehová 5.Otras

Cuadro de variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Ítems.
Redes de apoyo	Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas o recibidas proporcionadas por terceros hacia un individuo. (Terol y Quiles, 2003)	Es un sistema de sostén primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, ayuda social y emocional considerado importante para el receptor e intenta generar en el la sensación de pertenencia, cuidado, amor, estimación y valor propio. Instrumento: Cuestionario de Apoyo Social (SSQ6). Versión española abreviada de Sahara. (6 ítems) Puntuación media: Nivel de satisfacción. Baja: 1 a 2.99 puntos Media: 2.99 a 3.99 puntos Alta: más de 4 puntos	Cualitativa	Ordinal	1.Baja 2.Media 3.Alta
Sensibilidad a la ansiedad	Temor a los síntomas de ansiedad. (Sandin 2007)	Es el temor a presentar datos físicos y psicológicos de ansiedad en un individuo. Instrumento: Índice de sensibilidad a la ansiedad ASI-3 (18 ítems) Baja:1 a 2.99 Alta:3 a 5	Cualitativa	Ordinal Dicotómica	1. Baja 2. Alta

VI.6 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

VI.6.1 DESCRIPCIÓN.

***Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3)**

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad [Anxiety Sensitivity Index, ASI] (Peterson y Reiss, 1992 versión española de Sandín y Chorot) (Sandín, Valiente y Chorot, 1999). La versión original, consta de 16 ítems y mantiene su misma estructura general y el mismo formato de respuesta. El participante debe indicar el grado en que experimenta cada uno de los 16 enunciados según una escala tipo Likert, pudiendo variar entre «Nada en absoluto » (0) y «Muchísimo» (4). Los ítems hacen referencia a reacciones de miedo/ ansiedad ante la experiencia de síntomas de tipo somático (p.ej., «Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida »), síntomas observables socialmente («Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso»), y síntomas de descontrol cognitivo (p.ej., «Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea»). En anteriores publicaciones sobre la ASI hemos puesto de relieve que esta prueba posee excelentes propiedades psicométricas, tanto con población clínica como no clínica (Sandín et al., 1996, 2001). Los tres componentes de SA son (SA-somática, SA-cognitiva, y SA-social), permite describir este constructo psicopatológico (17)

Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI) de Samuel Jurado Cárdenas (2002) Basado en Donnell y McNally (1989) y Sandín, Chorot y Mc Nally (1996).

Evalúa la sensibilidad a la ansiedad, considerada como una serie de síntomas que pueden generar resultados dañinos. Una baja o alta sensibilidad en los individuos puede tener diferentes consecuencias a partir de los síntomas de ansiedad. Cuenta con 16 afirmaciones tipo likert que parte de “De Nada en absoluto (0) a Muchísimo (4)”

(ASI-3) es una nueva escala de autoinforme de 18 ítems diseñada para la evaluación de las tres facetas más replicadas de la sensibilidad a la ansiedad, i.e., las dimensiones física, cognitiva y social (Taylor et al., 2007). Los datos sobre fiabilidad (consistencia interna y test-retest) y validez (convergente y discriminante) sugieren que la ASI-3 posee

excelentes propiedades psicométricas. Los resultados sobre datos normativos indican que las mujeres puntúan más alto que los varones en la subescala física de la ASI-3 y en la ASI-3 total. Se discuten las implicaciones de estos resultados sobre la psicopatología y la psicología clínica.

La capacidad discriminativa de los reactivos se probó contrastando el 25% de puntajes altos con el 25% de puntajes bajos. El índice de confiabilidad interna obtenida para la escala completa fue $\alpha = 0.87$.

***Cuestionario de apoyo social (SSQ6)**

Cuestionario de Apoyo Social (versión española 6-ítems) (Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, 1987). Instrumento creado para la evaluación de apoyo social. Con un nombre original de Social Support Questionnaire, creado por Irwin G. Sarason, Henry Levine, Robert B. Basham and Barbara R. Sarason, en el año 1983. Con un total de 27 ítems.

Se diseñó una nueva versión más reducida de 6 ítems por Irwin G. Sarason. Disponiéndose de ésta versión en español. Su objetivo es cuantificar la disponibilidad y la satisfacción con el apoyo social.

En este instrumento se explora en cada ítem el número de personas con la que se cuenta y el grado de satisfacción con dicho apoyo. El número de personas se limita en el cuestionario a 9 sujetos. Y se explora la satisfacción mediante una escala de 6 puntos de satisfecho a insatisfecho. Se puede obtener la medida de apoyo ((0-9)) y la medida de satisfacción (rango de 1 a 6).

Criterios de Calidad:

***Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3)**

ASI-3 Escala de evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. Es una nueva escala de auto aplicación de 18 ítems, diseñada para la evaluación de tres facetas, físicas, cognitivas y social. Cuya aplicación ha sido validada en nuestro país. La capacidad discriminativa de los reactivos se probó contrastando el 25% de puntajes altos con el 25% de puntajes bajos. El índice de confiabilidad interna obtenida para la escala completa fue $\alpha = 0.87$.

Fiabilidad: La correlación de cada ítem de apoyo social con la puntuación oscila de 0.51 a 0.79 y la validez interna es elevada (alfa de 0.97). Para los ítems de satisfacción el coeficiente alfa fue de 0.94 y 0.097 para el apoyo. La correlación test-retest tras 4 semanas des de 0.9 para apoyo y de 0.83 para satisfacción.

La consistencia interna de la forma abreviada es alta (0.90-0.93) y correlación con la versión larga es de 0.95.

Correlación e interpretación:

***Cuestionario de apoyo social (SSQ6)**

La puntuación del SSQ se obtiene sumando el número de personas que se colocaron en cada ítem (máximo de 9 por cada uno), las puntuaciones reflejan el número de personas de los que se dispone para otorgar apoyo, y posteriormente calificaran con las letras A, B, C, D, E Y F el nivel de satisfacción con dicho apoyo.

VI.6.2 Validación.

Validez: Del instrumento SSQ, "Cuestionario de Apoyo Social (versión española 6-ítems). El análisis factorial demuestra que ambos tipos de puntuaciones representan distintos aspectos del apoyo social. Las puntuaciones correlacionan inversamente con las escalas que exploran depresión. También lo hace con escalas de acontecimientos vitales y con otras de soledad. Correlaciona positivamente con medida de extraversión. La forma abreviada correlaciona con el inventario de depresión de Beck.

VI.6.3 Aplicación.

***Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3)**

El instrumento de evaluación de sensibilidad a la ansiedad versión ASI-3 cuenta con 18 ítems y es una encuesta auto aplicable.

***Cuestionario de apoyo social (SSQ6)**

El instrumento SSQ, "Cuestionario de Apoyo Social (versión española 6-ítems). Es un cuestionario auto-administrado.

VI.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Se verificó que los instrumentos estuvieran llenados correctamente, se concentró la información de dichos instrumentos en una base de datos electrónica utilizando el programa estadístico SPSS así como el programa Excel 2007. Se analizaron las variables cuantitativas como edad y número de hijos, interpretadas con medidas de tendencia central y esquematizadas con gráfica de barras, así como las variables cualitativas estado civil, religión, ocupación, interpretándolas con proporciones y representadas en gráficas de sectores.

VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente proyecto se desarrolló atendiendo los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinky, la normatividad de la Ley General de Salud y Estatus del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación, los cuales se resumen en: Autonomía, Beneficencia , No Maleficencia.

Se trata de un estudio no experimental, ya que únicamente se realizó la aplicación de cuestionarios, con previo consentimiento o aceptación por parte de la mujer que deseo participar. La información es de carácter confidencial, sin utilizar los nombres propios de los encuestados. La aplicación del instrumento para este estudio, se llevó a cabo en las instalaciones de la unidad de medicina familiar número 64 ubicada en Tequesquahuac, Estado de México. Antes de que los pacientes proporcionaran alguna información se dio a conocer el objetivo del estudio a través de la carta de consentimiento informado, la cual fue autorizada y firmada por cada uno de los pacientes.

Además se les dio la opción de comunicarse con la unidad para la aclaración de dudas y obtención de información acerca del estudio. El consentimiento fue obtenido por el investigador, garantizando la confidencialidad de los datos otorgados por el paciente.

Así mismo la investigación se desarrollara atendiendo a los principios éticos, la normatividad de la Ley General de Salud en cuestión de investigación:

Artículo 96. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y los métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no se expone riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

También es importante la consideración de los criterios establecidos en la decimoctava Asamblea Médica Mundial en Helsinki en 1964, así como por los principios que deben de 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 de ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tiene derecho a ser protegidas. Así el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias 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 bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Beneficencia se debe entender en un sentido más fuerte, como obligación. Existen dos reglas generales: No hacer daño y acrecentar al máximo los 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, simplemente 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 sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

No maleficencia

Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas,

para mejorar los ya existentes con objeto de que sean menos dolorosos y lesivos para los pacientes; avanzar en el tratamiento del dolor; evitar la medicina defensiva y, con ello, la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.

VIII.- RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, FINANCIEROS:

Se realizó dicho estudio con recursos propios del tesista. Ramos Molleda Nashely.

Las entrevistas se realizaron en la sala de espera de consulta externa de la unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el mes de Septiembre a Diciembre 2013.

IX. ORGANIZACIÓN

Tesista:

Ramos Molleda Nashely

Médico residente de 3er año del posgrado de la especialidad de medicina familiar.

Asesor de Tesis.

Dra. Saucedo Martínez María Guadalupe.

Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de posgrado de medicina familiar en la UMF 64, Tequesquihuac, Estado de México.

X. RESULTADOS.

La investigación se realizó en madres solteras trabajadoras de entre 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social encontrando los siguientes resultados.

(TABLA Y GRÁFICO 1.)

En cuanto a las variables sociodemográficas encontradas en las 150 pacientes entrevistadas se encontró la siguiente distribución.

Se dividió en tres rangos las edades de las entrevistadas, presentado el primer rango de edad de 20 a 31 años de edad una frecuencia de entrevistadas de 42, representando el 28% de la muestra. El segundo rango de edad fue de 32 a 43 años de edad presentando una frecuencia de 41 entrevistadas, correspondiente al 27% de la muestra; el tercer y último rango de edad corresponde a edades de 44 a 54 años de edad que fue la mayor parte de las entrevistadas con una frecuencia e 67 sujetos y representando el 45% de la muestra. Con un intervalo de confianza de 95% (2.03 – 2.30) con $p=0$.

(TABLA Y GRÁFICO 2).

Se identificó el estado civil actual de esas madres entrevistadas presentándose los siguientes resultados: Soltera en 32 entrevistadas siendo un 21%, Divorciada en 26 de ellas representando el 17%, Separada en 86 de ellas, representando la mayor proporción del 58% de la muestra y viuda en 6 entrevistadas representando el 4% de la muestra.

(TABLA Y GRÁFICO 3).

La escolaridad presentada en las madres solteras trabajadoras entrevistadas se presentó de la siguiente distribución. Nivel de escolaridad primaria en 48 de ellas siendo el 32% de la muestra, nivel secundaria en 45 de ellas, representando el 30% de la muestra, Nivel de escolaridad estuvo presente en 35 entrevistadas, representado el 23% de la muestra. El nivel de universidad o licenciatura lo presentaron 12 entrevistadas, representando el 8% del total de nuestra muestra. Y el nivel de posgrado se obtuvo en 10 mujeres entrevistadas, las cuales representan la minoría de la muestra con un 7%.

(TABLA Y GRÁFICO 4.)

Se observó el número de hijos presentes en las madres entrevistadas. Obteniendo las siguientes cifras. Con un hijo solamente se presentó en la mayor parte de nuestra muestra con una frecuencia de 54 entrevistadas representando el 36% de la muestra. Con dos hijos se presenta en 52 de nuestras entrevistadas lo cual representa el 35%, con tres hijos se presentó en 20 de ellas, lo cual nos representa un 13% de la muestra. Madres con cuatro hijos se presentó en 12 de las entrevistadas, representando el 8%, al igual que las madres con más de cuatro hijos que fueron las mismas cifras, 12 entrevistadas con representación del 8% de la muestra total. Con un intervalo de confianza de 95% (1.97 – 2.37) con $p=0$.

(TABLA Y GRÁFICO 5).

Se observa también que ocupación laboral presentaban las pacientes entrevistadas, obteniendo los siguientes datos: Trabajadora doméstica en 32 de las entrevistadas con una frecuencia de 21% de nuestra muestra. La ocupación de empleada se presenta en 61 mujeres las cuales representan la mayoría de la muestra siendo el 41%. La ocupación de obrera lo refieren 21 entrevistadas, representando el 14%, Comerciante en 20 de ella, siendo el 20% de nuestra muestra, y la ocupación de profesionista se refiere en 16 de las madres entrevistadas, representando el 11% de nuestra muestra total.

(TABLA Y GRÁFICO 6).

Se observó la religión que presentaban las madres solteras trabajadoras con más frecuencia, encontrando que se refieren sin ningún tipo de religión aparente a 6 de las entrevistadas, representando el 4% de la muestra, la religión católica fue la mayoría de la respuesta, presentando una frecuencia de 129 entrevistadas, representando el 86% del total de nuestra muestra. La religión cristiana se presentó en 13 de nuestras entrevistadas representando el 9% y la religión de testigo de Jehová lo refirieron dos de las mujeres entrevistadas, representando el 1% de nuestra población.

(TABLA Y GRÁFICO 7).

La satisfacción con las redes de apoyo de presentadas en las mujeres solteras trabajadoras entrevistadas fue alta en 93 de ellas representando el 63% de la muestra, con una satisfacción media en 44 de ellas correspondiente al 29% y una satisfacción al apoyo recibido baja en 13 de ellas siendo el 9%.

(TABLA Y GRÁFICO 8).

El índice de sensibilidad a la ansiedad que se presentó en las 150 madres solteras trabajadoras entrevistadas fue clasificado en alto índice de sensibilidad a la ansiedad en 18 de ellas correspondiendo a un 12% y bajo índice de sensibilidad a la ansiedad en 132 de ellas siendo la mayor representación de la muestra con un 88% de la muestra.

(TABLA Y GRÁFICO 9).

Observamos la relación que se presentó en nuestro estudio con la edad y el estado civil de las mujeres entrevistadas, encontrando los siguientes resultados:

En el rango de 20 a 31 años de edad se refieren solteras 15 de las entrevistadas, 4 divorciadas y 23 separadas. En el rango de 32 a 43 años de edad se refieren 13 solteras, 5 divorciadas y 23 separadas. Y en el rango de edad de 44 a 54 años de edad se presentan solos 4 solteras, 17 divorciadas y 40 separadas.

(TABLA Y GRÁFICO 10).

Del total de 150 madres solteras trabajadoras entrevistadas, 81 de ellas presento alta satisfacción con las redes de apoyo y bajo índice de sensibilidad a la ansiedad, correspondiendo al 54% de la muestra.

El segundo resultado sobresaliente es el que 40 pacientes entrevistadas presentaron satisfacción media con las redes de apoyo y con índice de sensibilidad a la ansiedad baja. Correspondiendo a un 27%.

En 12 pacientes que presentaron satisfacción alta con redes de apoyo se presenta un alto índice de sensibilidad a la ansiedad, correspondiente a un 8% de la muestra.

Y otro resultado importante para el estudio seria la satisfacción baja con redes de apoyo con alto índice de sensibilidad a la ansiedad que es presentado en 2 pacientes solamente, correspondiente al 1%.

XI. TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1.

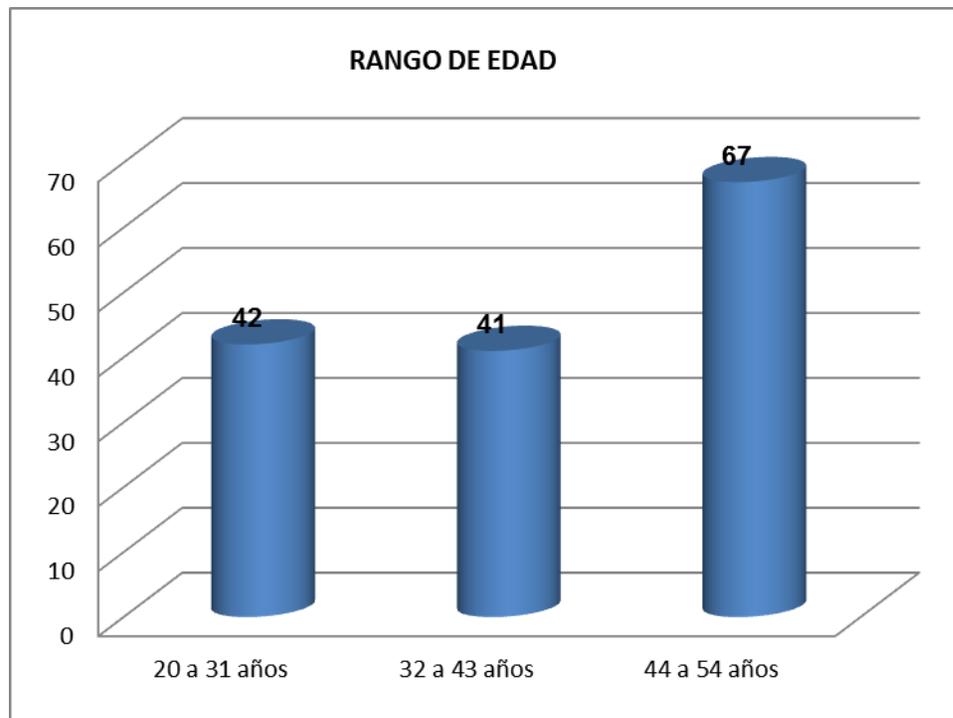
Rango de edad más frecuente en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 31 años	42	28%
32 a 43 años	41	27%
44 a 54 años	67	45%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de identificación.

Gráfico 1.

Rango de edad más frecuente en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 1.

TABLA 2.

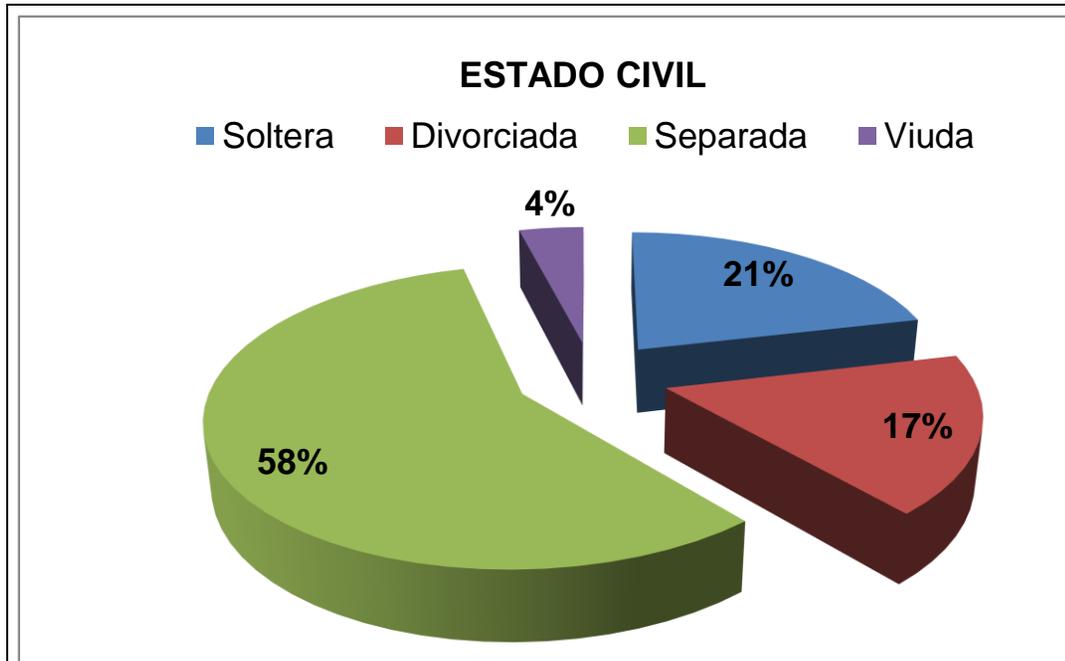
Estado civil que predomina en las madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	32	21%
Divorciada	26	17%
Separada	86	58%
Viuda	6	4%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de identificación.

Gráfico 2.

Estado civil de madres trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 2.

TABLA 3

Nivel de escolaridad que predomina en las madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	48	32%
Secundaria	45	30%
Preparatoria	35	23%
Universidad	12	8%
Posgrado	10	7%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de identificación.

Gráfico 3.

Escolaridad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

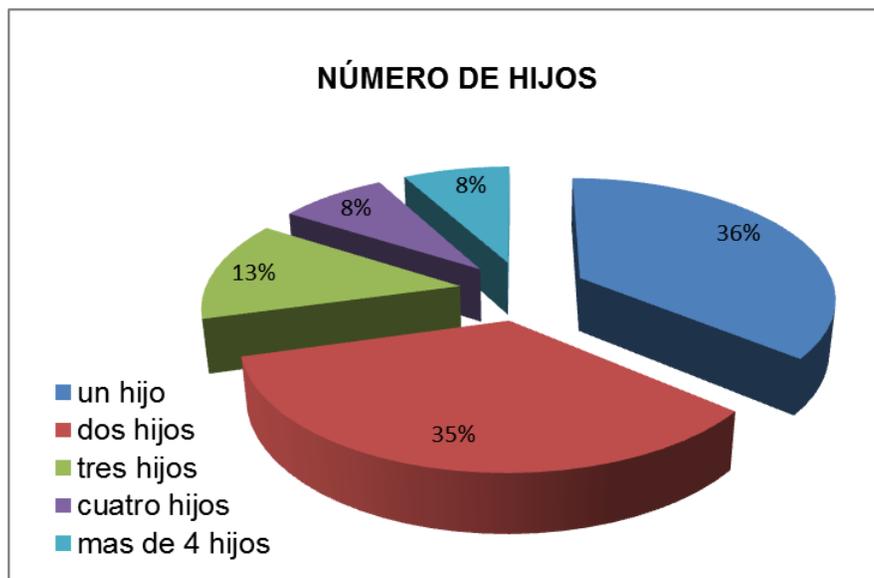
Número de hijos en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
un hijo	54	36%
dos hijos	52	35%
tres hijos	20	13%
cuatro hijos	12	8%
más de 4 hijos	12	8%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de identificación.

Gráfica 4.

Número de hijos de madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

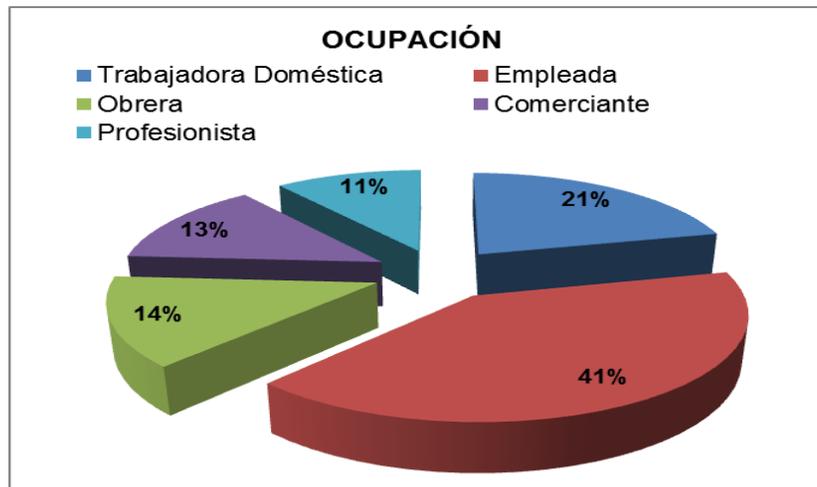
Ocupación laboral en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajadora Doméstica	32	21%
Empleada	61	41%
Obrera	21	14%
Comerciante	20	13%
Profesionista	16	11%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de identificación.

Gráfico 5.

Ocupación en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

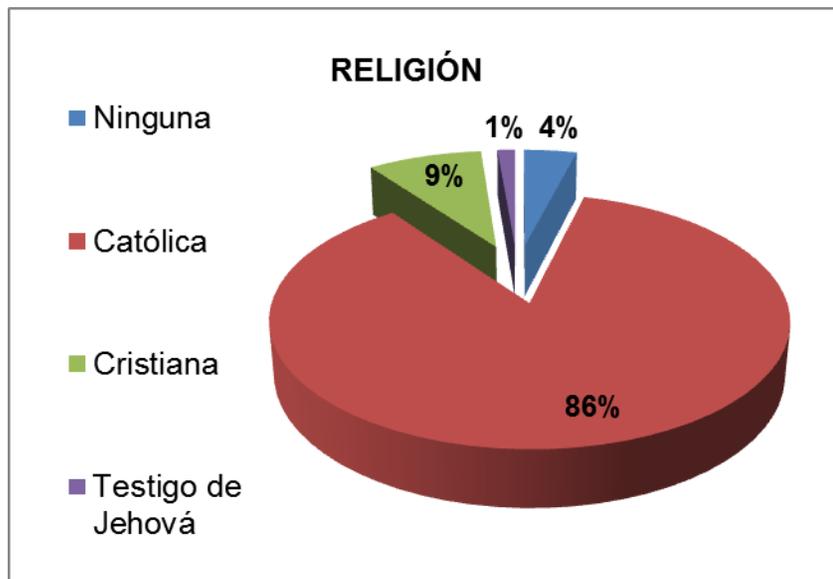
Religión más frecuente en las madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
ninguna	6	4%
católica	129	86%
cristiana	13	9%
testigo de Jehová	2	1%
Total	150	100%

Fuente: Ficha de identificación.

Gráfico 6.

Religión en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 6

TABLA 7.

Satisfacción con las redes de apoyo de madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

Satisfacción con las redes de apoyo	Frecuencia	Porcentaje
ALTA	93	62%
MEDIA	44	29%
BAJA	13	9%
TOTAL	150	100%

Fuente: Instrumento SSQ6

Gráfico 7.

Satisfacción con redes de apoyo en madres trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 7.

TABLA 8.

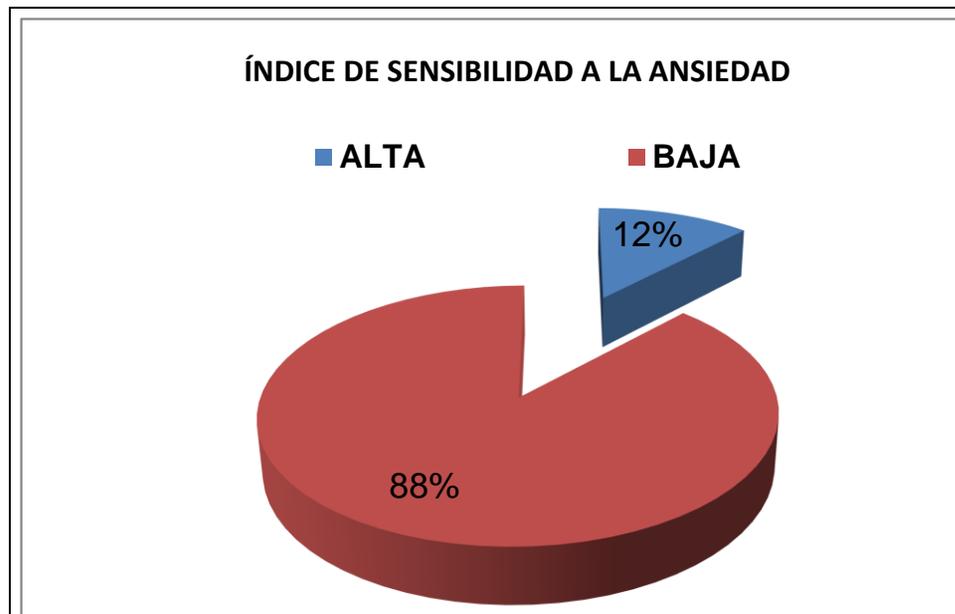
Índice de sensibilidad a la ansiedad presente en madres trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

Índice de sensibilidad a la ansiedad	Madres	Porcentaje
ALTA	18	12%
BAJA	132	88%
Total	150	100%

Fuente: Instrumento ASI-3

Gráfico 8.

Índice de sensibilidad a la ansiedad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 8.

TABLA 9

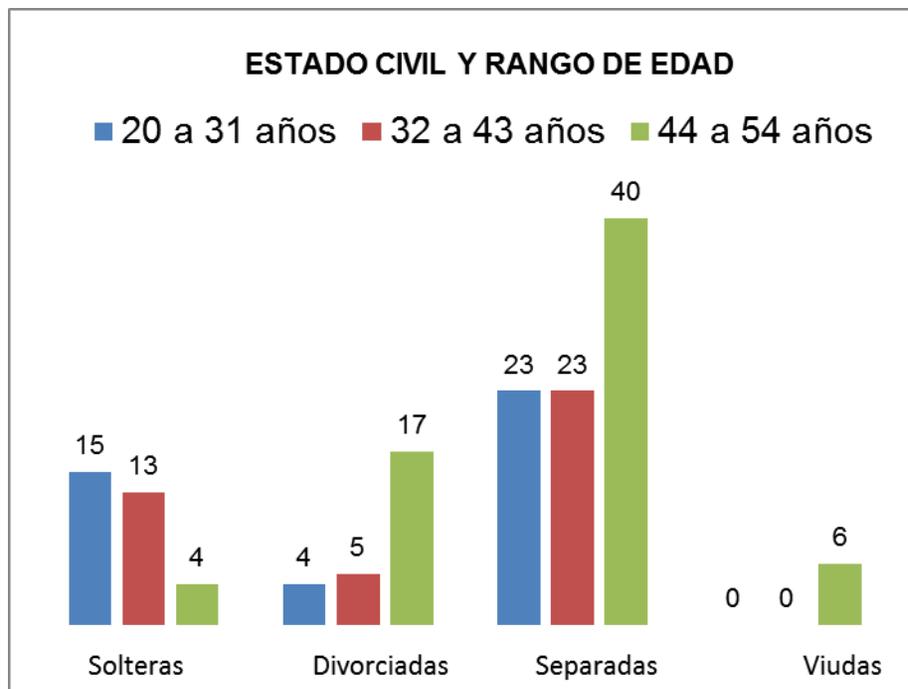
Estado civil y edad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

	Estado Civil	Soltera	Divorciada	Separada	Viuda
Rango de edad	20 a 31 años	15	4	23	0
	32 a 43 años	13	5	23	0
	44 a 54 años	4	17	40	6
Total		32	26	86	6

Fuente: Ficha de identificación.

Gráfico 9.

Estado civil y edad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

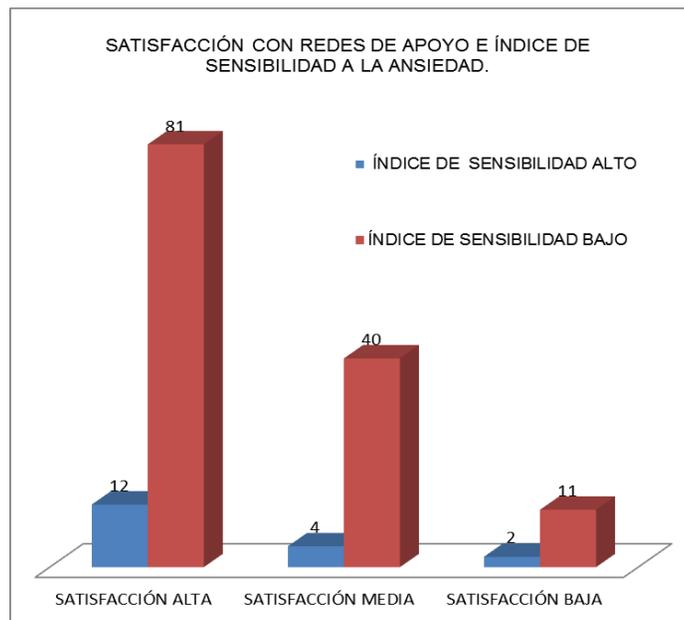
Satisfacción con las redes apoyo y la sensibilidad a la ansiedad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

	SATISFACCIÓN ALTA	SATISFACCIÓN MEDIA	SATISFACCIÓN BAJA
ÍNDICE DE SENSIBILIDAD ALTO	12	4	2
ÍNDICE DE SENSIBILIDAD BAJO	81	40	11
TOTAL	93	44	13

Fuente: Instrumento ASI-3 Y SSQ-6.

Gráfico 10.

Satisfacción con las redes apoyo y la sensibilidad a la ansiedad en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla 10.

XII.DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Se captaron 150 pacientes que acudieron a la unidad de medicina familiar 64 y encontramos que conforme a nuestra expectativa empírica se encuentra alta satisfacción con las redes de apoyo y alta sensibilidad a la ansiedad no se cumplió y por el contrario la alta satisfacción con las redes de apoyo y el bajo índice de sensibilidad a la ansiedad predominó, seguido por una satisfacción media con las redes de apoyo y un bajo índice de sensibilidad a la ansiedad.

Según estudios comentados se comenta el género femenino presenta alto índice de sensibilidad a la ansiedad (16) en comparación con el hombre, al ser nuestro estudio exclusivamente del género femenino no podemos confirmar esta afirmación pero el porcentaje presentado en este estudio fue relativamente bajo. (17)

Siendo esto interpretado como una buena percepción por parte de las madres trabajadoras con el apoyo recibido de sus redes de apoyo. Ya que previamente comentamos que las redes familiares son las que predominaron en nuestra muestra en su totalidad. (20)

Se presente además un bajo índice de sensibilidad a la ansiedad en las madres solteras trabajadoras siendo esto interpretado como alta tolerancia a la ansiedad a pesar de la situación laboral y papel de madre sola. (6)

También observamos en los aspectos sociodemográficos que en las edades de las madres coinciden con lo mencionado con aumento de madres jóvenes que se convierten en trabajadoras y responsables del sostén de familia.

La situación civil de las madres trabajadoras predominante es la de separada, seguida por soltera como se ha reportado en censos de población (7, 6).

Lo que nos habla de la independencia que ha tomado la mujer para sobre llevar los gastos familiares en edades tempranas, debido a embarazos no planeados o fracasos en primeras relaciones sentimentales, y que como es observado en los resultados la viudez solo se presenta en edades más avanzadas, así como el grado de escolaridad básico.

Como se comenta en la referencia del consejo nacional de población, las familias se van reduciendo de tamaño, dejando de ser ya madres con numerosos hijos, debido a la economía como a la situación laboral que llega a presentar la madre por tratar de hacerse cargo de la familia en cuestión.

La situación laboral puede llegar a ser precaria en la gran mayoría de las madres ya que un gran porcentaje depende de su empleo para su sustento. Y por el nivel educativo básico que predomina es escaso el porcentaje de madres que llega a tener un empleo mejor remunerado.

La religión más frecuente a nivel mundial es la católica de predominio en países latinoamericanos, aunque se encuentra pacientes que negaron contar con alguna ideología religiosa en específico.

Podemos deducir que entre más jóvenes predominan las madres solteras y en cambio las madres con estado civil de separadas se presenta a edad más avanzada. Siendo la mayor proporción de las madres trabajadoras entrevistadas.

Aunque la satisfacción con redes de apoyo es alta en la mayoría de la muestra encuestada, y no confirmamos nuestra expectativa empírica de que se encontraría alto índice de sensibilidad a la ansiedad y alta satisfacción percibida con sus redes de apoyo no se cumple ya que se encontró una alta satisfacción con redes de apoyo del 62% pero un bajo índice de sensibilidad a la ansiedad en un 88%.

XIII.CONCLUSIONES

El papel de la mujer en la economía de la familia ha tomado gran importancia sobresaliendo en algunas ocasiones más que el papel del padre como jefe o encargado de familia, esto por la gran apertura de empleos y aceptación de la mujer en el ámbito laboral, siendo capaz de sobre llevar los gastos de la familia y además de cumplir con sus obligaciones como madre de familia.

Las madres solteras trabajadoras cuentan con redes de apoyo suficientes y que la satisfacen para poder desempeñar su papel de trabajadora y de madre de familia, además de presentar un índice bajo de sensibilidad a la ansiedad.

Observamos que el nivel de escolaridad de la madre soltera trabajadora se presenta con mayor frecuencia la primaria y que la jefatura femenina de los hogares se asocia comúnmente a la ruptura de una unión: como ya se ha mencionado encontrando que el principal estado es el de la separación.

En cuanto a las redes de apoyo percibidas encontramos que se encuentra en gran porcentaje alto de nuestra muestra entrevistada, y que el índice de sensibilidad a la ansiedad se encuentra bajo, demostrando estos resultados, que el contar con redes de apoyo con alta satisfacción puede contribuir a presentar un índice bajo a la sensibilidad de la ansiedad y no encontramos relación relevante de una baja satisfacción de con redes de apoyo y alto índice de sensibilidad a la ansiedad.

La madre soltera trabajadora puede hacerse cargo de la familia tanto en su papel de madre de familia como de proveedora económica de la misma, siempre y cuando pueda contar con las redes de apoyo que la ayuden a cumplir dichos roles, y no se encuentra relación con el que este esfuerzo la predisponga a elevar el índice de ansiedad en ella.

XIV. RECOMENDACIONES

De acuerdo al análisis de resultados se recomienda fomentar a las madres la unión familiar, fomentar y promover programas de planificación familiar en adolescentes, favorecer y fortalecer redes de apoyo tanto familiares como institucionales, el aprovechar los recursos institucionales como el servicio de trabajo social ya que estos programas fortalecen la salud demostrando interés en el bienestar de la familia, disminuyendo los gastos o crisis para normativas que se pueden llegar a presentarse. Los programas de prevención deben de promoverse en estas pacientes ya que favorecen el diagnóstico temprano, así como la terapéutica necesaria. Ayudando a la madre a depender menos de redes de apoyo secundarias o invertir en gastos en terapéuticas excepcionales lo cual puede llegar a ser desgastante para la madre trabajadora.

Por las características del diseño del estudio al ser transversal, los resultados no se pueden considerar como predictivos, sin embargo pueden ser de utilidad para futuras líneas de investigación y predicción de algunos padecimientos relacionados tanto a las madres como a los miembros de la familia. Ya que como hemos mencionado el género femenino sigue incrementando su participación laboral, y que lo están haciendo en edad más tempranas por lo que nuevamente hago énfasis en programas de planificación y de educación sexual en la adolescentes para que su papel de futura mama sea de lo más placentera y decidirla en qué etapa de su vida realizarla.

Así como el énfasis por parte de la prevención de parte el personal de salud de la institución para evitar complicaciones de salud que provoque crisis para-normativas en una familia con escasos recursos para resolverlas.

XV.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Guía para la elaboración de protocolos de investigación clínica. IMSS delegación del Estado de México oriente, jefatura de prestaciones médicas. Coordinación de investigación en Salud. 2009; p 1:11.
2. Gua ejecutiva para la elaboración de protocolos de tesis y parte de una investigación en proceso. Departamento de titulación. Segunda Edición, Universidad Autónoma del estado de México. 2004.
3. Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed., McGraw-Hill. México, D.F. 2001
4. Anzures R. et al. Medicina Familiar. Editorial Corporativo Intermédica. México; 2008: 205-224, 255-261.
5. Minuchin S., Fishman H. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. México; 2011: 63-67, 89-104, 242-244, 259-262.
6. Consejo Nacional de Población. CONAPO "Situación actual de la mujer en México". Diagnostico socio demográfico. Primera Edición. Noviembre 2010.
7. Consejo Nacional de Población. CONAPO. "La situación demográfica en México." 2011. www.conapo.gob.mx última modificación 23 de Agosto 2012.
8. Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A., y Lostao, L. "Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica". Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2004; 9 (1), p 19-33.
9. Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Santed, M.A."ASI-3 Nuevas escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad" Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2007;12,(2), p 91-104
10. Rodríguez Espindola "Validación Argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido". *psicodebate psicología, cultura y sociedad*. 2007; 155-168.
11. Chamarrita Farkas, María Pía Santelices, Marcela Aracena y José Pinedo "Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas" Pontificia Universidad Católica de Chile, *PSYKHE* 2008;17,(1), p65:80

12. Ponce Rosas, E; Gómez Clavelina, F; Terán Trillo, M; Irigoyen Coria, A; Landgrave Ibáñez, S. Validez de constructor del Cuestionario FACES III en español (México). Revista Atención Primaria 2002; p 624:630.
13. Montesano Delfín Rafael, Manual del protocolo de investigación. Primera edición México, D.F. Distribuidora Intersistemas, S.A de C.V. 2006.
14. Bonifacio Sandín, Rosa M. Valiente, Paloma Chorot, M. Ángel Santed , “Sensibilidad a la ansiedad versus rango de ansiedad en la Predicción del nivel de miedos”; Análisis y Modificación de Conducta, 2007;33 (148)
15. Jurado Cárdenas S; Jurado Cárdenas D, Campos Coy P, “sensibilidad a la ansiedad y conducta de fumar en pacientes con ansiedad y depresión” Revista electrónica de psicología Iztacala; Diciembre 2008; 11, (04), p 111:127.
16. Bonifacio Sandín, Rosa M. Valiente, Paloma Chorot y Miguel A. Santed “Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad” Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España. 2004
17. Martínez Z.; Paramo F.; Tinajero Carolina, “Adaptación española de Evaluación del soporte social percibido en estudiantes universitarios de primer año.” Departamento de psicología Evolutiva y de la educación.” Actas de Documento Ibérico.
18. Domínguez A.C, “Evaluación de las cualidades psicométricas de la versión mexicana de las escalas PSS-Fa y PSS-Fr utilizando un modelo Rasch” Universidad Iberoamericana, Prolongación Paseo del a Reforma 880, Lomas de Santa Fe, C. P. 01219, México. D.F. RIDEP - 2011; 1, (29)
19. Cienfuegos Y. “Red social y apoyo percibido de la pareja y otros significativos: una validación psicométrica” Enseñanza e Investigación en Psicología Enero-Junio, 2011;16, (1) p 27-39
20. Valdez E, Lira J. “Asociación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco” Enseñanza e investigación en psicología julio-diciembre, 2013; 18, (2) p 343-358.

X.- 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 PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Satisfacción con las redes de apoyo y sensibilidad a la ansiedad en madres solteras trabajadoras de 20 a 59 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del instituto mexicano del seguro social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013".
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA.
Lugar y fecha:	TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO, OCTUBRE Y NOVIEMBRE 2013
Número de registro:	R-2013-1408-43
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la satisfacción con las redes apoyo y la sensibilidad a la ansiedad presentada en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social
Procedimientos:	AUTO-APLICACION DEL TEST ASI-3 Y SATISFACCION REDES DE APOYO
Posibles riesgos y molestias:	RIESGO: NINGUNO. MOLESTIAS: INVERTIR APROXIMADAMENTE 15 MINUTOS.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los participantes conocerán que sensibilidad a la ansiedad y satisfacción con sus redes de apoyo, lo que colaborará a ofrecer opciones de apoyo adicional y asistencia médica en caso requerido.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará a conocer la puntuación obtenida a los participantes y se le enviara al servicio requerido.
Participación o retiro:	La participación es voluntaria, teniendo la opción de retirarse del estudio en cuanto lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	EL CUESTIONARIO ES ANONIMO. SE GARANTIZA LA AUTONOMIA Y PRIVACIDAD DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS ETICO-MEDICOS.

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):	Envío a médico familiar para revisión y evitar complicaciones
Beneficios al término del estudio:	Los participantes conocerán que sensibilidad a la ansiedad y satisfacción con sus redes de apoyo, lo que colaborará a ofrecer opciones de apoyo adicional y asistencia médica en caso requerido.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dra. Nashely Ramos Molleda Residente de tercer año de Medicina Familiar matricula 98155637 correo electrónico: o0nash_76@hotmail.com
----------------------------------	---

Colaboradores:	
-----------------------	--

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ M.C RAMOS MOLLEDA NASHELY Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación 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



“SATISFACCIÓN CON LAS REDES DE APOYO Y SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD EN MADRES SOLTERAS TRABAJADORAS DE 20 A 54 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”

FECHA: _____

FOLIO: _____

“El Objetivo principal de este estudio es identificar la satisfacción con las redes apoyo y la sensibilidad a la ansiedad presentada en madres solteras trabajadoras de 20 a 54 años de edad adscritas a la unidad de medicina familiar 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de Septiembre a Diciembre 2013”

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente la pregunta y responda marcando con una “X” en el recuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que no ha vivido o experimentado nunca, conteste en base a lo que piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia.

Agradecemos de antemano su cooperación. ¡GRACIAS!

FICHA DE IDENTIFICACION

1.- EDAD: _____ años

2.- ESTADO CIVIL:

- 1). Soltera.....
- 2) Divorciada.....
- 3) Separada.....
- 4) Viuda.....

3.- ESCOLARIDAD:

- 1) Primaria.....
- 2) Secundaria.....
- 3) Preparatoria.....
- 4) Universidad.....
- 5) Posgrado.....

4. OCUPACIÓN:

- 1) Trabajadora Doméstica...
- 2) Empleada.....
- 3) Obrera.....
- 4) Comerciante.....
- 5) Profesionista.....

5.- NÚMERO DE HIJOS:

- 1) Un hijo.....
- 2) Dos hijos....
- 3) Tres hijos...
- 4) Cuatro hijos.
- 5) Mas de 4 hijos.

6.- RELIGIÓN:

- 1) Ninguna.....
- 2) Católico.....
- 3) Cristiana.....
- 4) Testigo de Jehová....
- 5) Otras: _____



“SATISFACCIÓN CON LAS REDES DE APOYO Y SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD EN MADRES SOLTERAS TRABAJADORAS DE 20 A 54 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN CON REDES DE APOYO SSQ6.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente la pregunta y responda marcando con una “X” en el recuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta. Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que no ha vivido o experimentado nunca, conteste en base a lo que piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia.

Agradecemos de antemano su cooperación. ¡GRACIAS!

	Pregunta ¿Qué tan satisfecho se siente?	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Algo Satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
7	Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado					
8	Contar para ayudarle a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión					
9	Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades					
10	Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo					
11	Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido					
12	Alguien que le consuele cuando está muy disgustado					
	PUNTUACION:					



“SATISFACCIÓN CON LAS REDES DE APOYO Y SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD EN MADRES SOLTERAS TRABAJADORAS DE 20 A 54 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”

Instrumento de medición de índice de sensibilidad a la ansiedad ASI-3.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente la pregunta y responda marcando con una “X” en el recuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que no ha vivido o experimentado nunca, conteste en base a lo que piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia.

Agradecemos de antemano su cooperación. ¡GRACIAS!

	Pregunta	Nada	Poco	Algo	Bastante	Muchísimo
13	Para mí es importante no dar la impresión de estar nerviosa.					
14	Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loca.					
15	Me asusto cuando siento que tiemblo					
16	Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo					
17	Es importante para mí mantener el control de mis emociones					
18	Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida.					
19	Me resulta embarazoso o molesto cuando mi estómago hace ruidos.					
20	Me asusto cuando tengo náuseas (sensación de vómito)					
21	Cuando noto que mi corazón está latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco					
22	Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad					
23	Cuando me molesta el estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enferma					
24	Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea					

25	Cuando siento que tiemblo la gente suele darse cuenta					
26	Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan					
27	Cuando estoy nervioso/a me preocupa que pueda estar mentalmente enferma					
28	Me asusto cuando estoy nerviosa					
29	pienso que me resultaría horrible si me desmayase en público					
30	Cuando mi mente se queda en blanco, me preocupa que me esté ocurriendo algo terriblemente malo					
	PUNTUACION					

GRACIAS POR SU COOPERACION EN ESTE ESTUDIO.