

**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

**“INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
DEPRESIÓN, EN EL PERSONAL FEMENINO QUE LABORA EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL EN EL PERIODO 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. y P. OLIVIA MORENO ZARAGOZA

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

**“INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
DEPRESIÓN, EN EL PERSONAL FEMENINO QUE LABORA EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”**

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por darme la vida, por todo lo bueno y malo que ha llegado a mi vida, permitiéndome superarme personalmente.

A mi Papá que aunque físicamente ya no está a mi lado, siempre estará en mi corazón. Gracias a ti y a mi Mamá Rufina, he llegado a cumplir una meta más en mi vida, por su cariño, paciencia y apoyo.

A mi hijo Ernesto, que desde que llegó a mi vida, es un motor para seguir superándome. Gracias por tu comprensión por los días y noches de ausencia, por no estar a tu lado. Por todo tu cariño y amor que siempre me demuestras cada vez. Por esa sonrisa que siempre me regalas cuando llego de guardia.

A mis hermanos Ernesto, Marco Antonio, Otoniel, Isidro y Daniel, gracias por todo su apoyo, cariño, por ser unos padres y ejemplo para Ernesto.

A mi amiga Aime, que durante estos tres años de residencia ha llegado a ser como una hermana, por todo su cariño y principalmente por su paciencia que me demostró siempre.

A mis amigos y compañeros de residencia en donde hemos aprendido a tolerarnos, comprendernos y ayudarnos. Que aunque no llegamos al final de esta etapa los 18 que iniciamos, sabemos que desde donde estás nos cuidas Felipe. Pero un especial agradecimiento a mis amigos Michelle, Nash y Paco.

A mi asesora y Profesora titular, por toda su paciencia principalmente en la realización de mi tesis. Y por la enseñanza en este proceso de la residencia.

Al Dr. Luis Rey que ahora es nuestro Coordinador de Enseñanza, por todo el apoyo y enseñanza brindada en esta etapa de mi vida.

A Lulú mi R4MF que siempre me apoyo desde que llegue a este sede, y siempre con una gran sonrisa.

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	
I.1.- Interacción trabajo- familia.....	1
I.2.-Funcionalidad familiar.....	8
I.3.- Depresión.....	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
II.1 Argumentación.....	12
II.2 Pregunta de Investigación.....	12
III. JUSTIFICACIONES.	
III.1 Académica.....	13
III.2 Científica.....	13
III.3 Social.....	13
III.4 Económica.....	14
IV. HIPÓTESIS	
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	15
IV.1.1 Unidades de Observación.....	15
IV.1.2 Variables.....	15
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	16
V. OBJETIVOS	
V.1 General.....	17
V.2.Específicos.....	17
VI. MÉTODO.	
VI.1.Diseño del estudio.....	18
VI.2 Operacionalización de variables.....	18
VI.3 Universo de Trabajo.....	20
VI.3.1 Criterios de inclusión.....	20
VI.3.2 Criterios de exclusión.....	20
VI.3.3 Criterios de eliminación.....	20
VI.4. Instrumento de Investigación.....	20
VI.4.1 Descripción.....	21
VI.4.2 Validación.....	24
VI.4.3 Aplicación.....	25
VI.5 Desarrollo del proyecto.....	26
VI.6 Límite de espacio.....	26
VI.7 Límite de tiempo.....	26
VI.8Diseño de análisis.....	27

VI. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	28
VII. ORGANIZACIÓN.....	30
VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
IX.-CUADROS Y GRÁFICOS.....	35
X.- DISCUSION.....	46
XI.- CONCLUSIONES.....	49
XII.- RECOMENDACIONES.....	51
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	52
XIV. ANEXOS.....	55

I. MARCO TEÓRICO

I.1 INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA:

En las últimas décadas la participación de la mujer en el mercado laboral se ha incrementado sustancialmente. La fuerza de trabajo femenina en el mundo ha subido de 1.1 miles de millones en 1996 a 1.2 miles de millones en 2006, alcanzando una tasa de participación de 67 mujeres por cada 100 hombres.¹

Independientemente del nivel de formación académica, cada vez más mujeres con responsabilidades familiares y con hijos pequeños buscan trabajo fuera del hogar, algunas como estrategia para un mayor crecimiento y aprendizaje y otras para lograr subsistir.² Esta realidad social ha generado la necesidad de compatibilizar el empleo con el cuidado de la familia,³ obligándola a conciliar las demandas asociadas a cada uno de sus roles y a evitar conflictos que puedan influir en su calidad de vida⁴ y en su salud física y mental.

El estudio de la relación trabajo-familia ha recibido gran atención en los últimos 30 años.⁵ Sin embargo, el interés se ha centrado básicamente en el conflicto de roles,⁶⁻⁹ por lo que la investigación en esta área tiene una visión muy reducida y limitada.⁶

Considerar que los roles laborales y familiares pueden beneficiarse mutuamente, permite establecer nuevas direcciones de estudio de la relación trabajo-familia, tal como lo proponen Werbel y Walter,⁶ y romper con la tradición que concibe al trabajo como un agente que interfiere en el sistema familiar, restándole atención, recursos y energía⁶ a este último.

El trabajo y la familia no son esferas independientes de la vida; existe entre ellas una relación muy compleja, que puede ser positiva o negativa. La relación positiva se presenta cuando las actividades y experiencias del rol laboral se compaginan con las de los roles familiares, logrando un balance satisfactorio entre ellas.⁷ En este caso, la interacción es beneficiosa para ambos campos. Por otra parte, la relación es negativa cuando la participación en uno

de estos roles obstaculiza la ejecución del otro, generando tensión y disminuyendo la satisfacción y el bienestar percibido.⁸

El conflicto generado en la relación negativa puede presentarse en ambas direcciones. Por ejemplo, las exigencias laborales pueden minimizar el tiempo dedicado a los familiares, y las dificultades en casa pueden asociarse con disminución de la productividad laboral.⁹

En resumen, el abordaje de las gratificaciones junto a las interferencias que se presenten al desempeñar los roles familiar y laboral representa una visión más comprensiva de la de la relación trabajo-familia y permite un estudio más exhaustivo de su asociación con la calidad de vida y con la salud ¹⁰.

Existen contradicciones en el abordaje de la relación entre el conflicto en la interacción trabajo-familia y la salud. Algunos autores plantean la hipótesis de la escasez de recursos, la cual sostiene que los individuos tienen una cantidad limitada de energía y tiempo que no les permite cumplir con todas las obligaciones y exigencias de cada rol, en contraposición a la hipótesis de suficiencia, la cual propone que la actividad en distintos roles puede aumentar su reservorio de energía.¹¹ Quienes postulan la hipótesis de la escasez de recursos tienden a confirmar que el desempeño de roles múltiples produce efectos negativos sobre la salud física y mental,¹² mientras que los que defienden la hipótesis de la suficiencia de recursos han hallado que el desempeño de roles incrementa el potencial físico, estimula y mejora la autoestima y brinda fuentes de apoyo y de estatus.¹³

Por otra parte, la mayoría de las investigaciones apoyan el planteamiento de que los conflictos en la interacción trabajo-familia están asociados a diferentes niveles de estrés¹⁴ y estatus de salud física y mental.¹⁵ Frone, Russell y Cooper han encontrado que la interferencia trabajo-familia está asociada con altos niveles de depresión, hipertensión y pobre salud física en general. Igualmente, las interferencias trabajo-familia están vinculadas con desórdenes de ansiedad, humor y abusos de sustancias.¹⁶ Estos autores corroboran el lado negativo cuando existen interferencias en la relación.

Visto desde otra perspectiva, Greenhaus y Parasuraman¹⁷ han hallado que el apoyo percibido en el rol laboral por parte de la organización y el recibido por los miembros de la familia, aumentan significativamente la sensación de bienestar y la satisfacción con el trabajo y el hogar.

Finalmente, considerando por un lado que los conflictos generados entre los roles labores y familiares afectan no sólo el bienestar individual, en cuanto a la salud física y mental, sino también el familiar y organizacional,¹⁸ y, por el otro, la necesidad de enfatizar nuevas direcciones de estudio de la relación trabajo-familia, no limitadas a los conflictos generados en este relación.

El trabajo y la familia son dos esferas fundamentales en el desarrollo del ser humano, caracterizadas por ser interdependientes y complementarias entre sí. La influencia de cada una de ellas no se puede estudiar de forma aislada ya que ambos influyen sobre el otro (Debeljuh & Jáuregui, 2004; Jiménez y Moyano, 2008)¹⁹. En México, el panorama laboral ha cambiado considerablemente, ya que en un período de diez años la fuerza de trabajo femenina aumentó en 7.5%, esto solo en los años 1992 al 2002. Asimismo existe un aumento porcentual de la fuerza de trabajo femenino de un 50.1% respecto del año 2002, mientras que la de los hombres solo alcanzó un 17.6 % (INE, 2002)²⁰.

La integración de la mujer al mercado laboral ha sido tema de estudio en el último tiempo, por lo que algunos investigadores se han centrado en la búsqueda de factores asociados a esta situación, los cuales han encontrado cuatro consecuencias principales: baja de la natalidad, disminución de las uniones matrimoniales, tiempo dedicado al cuidado de los hijos (educación de los hijos) y las implicaciones laborales para la mujer²¹. Respecto del la primera de ellas, es posible indicar que las tasas de natalidad han disminuido desde mediados del siglo XX, en los años 1977 al 2002 el promedio de hijos por mujer era de 2 a 3, cifra que se ve disminuida a través del tiempo, en el período del 2003 al 2006 se calcularon un promedio de 1.9 hijos por mujer (INE, 2009). Todo esto ha afectado principalmente a la familia, produciendo así un desequilibrio en la relación trabajo -familia (Jiménez & Moyano, 2008)²².

Dentro de los efectos que se pueden notar en la sociedad se encuentra el conflicto interacción trabajo-familia, el cual se ve reflejado en la prolongada ausencia de los padres en el hogar, en la insuficiencia del salario de uno solo de los progenitores para solventar las necesidades familiares y por la necesidad de adquirir destrezas laborales adicionales a las domésticas.²³⁻²⁴ Este conflicto se ha definido como el resultado de las preocupaciones incompatibles derivadas de roles laborales y familiares (Greenhaus y Beutell, 1985) además el conflicto se estaría dando ya sea porque se dedica más tiempo a una de las dos esferas, o también porque las tensiones generadas en una de ellas afecta el comportamiento en la otra o los comportamientos en la esfera del trabajo son contrarios a los de la familia (Repetti, 1987) ⁽²⁵⁾.

Lo común en las investigaciones en torno a la interacción Trabajo- Familia ha sido el estudio desde la perspectiva del conflicto, asumiendo que al tener distintos roles se generan inevitablemente conflicto y estrés (Barnett, 1998). Sin embargo, actualmente se está incorporando una perspectiva que sin dejar de ver que el conflicto existe, propone investigar la interdependencia positiva de los dominios (Greenhaus et al., 2003; Grzywarck, 2002; Frone, 2003), apareciendo conceptos como enriquecimiento y facilitación, planteamientos teóricos que se dirigen a analizar este fenómeno desde una perspectiva de la psicología positiva (Seligman, 2002). Es así como emerge el concepto de equilibrio Trabajo- Familia, cuya definición tiene elementos comunes que son derivados principalmente de la noción de equilibrio o no equilibrio entre las experiencias del rol laboral y familiar (Marks & MacDermid, 1996; Kirchmeyer, 2000; Clark, 2000; Greenhaus, Collins & Shaw, 2003; Greenhaus & Powell, 2006) ²⁶.

Lo ideal en este escenario sería que existiera un equilibrio entre trabajo y familia, es decir, que se lograra un compromiso total en el desempeño de cada papel con una actitud de dedicación para responder de manera óptima en cada uno de ellas (Marks & MacDermid, 1996) lo cual traería beneficios para la calidad de vida de las personas, ya que se estarían evitando las consecuencias del conflicto de roles, como lo son aumento de niveles de estrés laboral,

tensión psicológica, mayor deterioro de salud y un mal desempeño en la función parental (Frone, Russell y Cooper, 1997).

Respecto de este último punto es posible indicar que uno de los aspectos que se ve deteriorado en los padres es la percepción que ellos tienen de su rol como padre o madre cuando deben salir del hogar para trabajar, muchas veces sienten culpa ya que deben, entre otras cosas, delegar el cuidado de los hijos a otras personas. Es posible hablar entonces de Autoeficacia Parental lo cual se define como aquellas creencias personales sobre las propias capacidades para lograr ser un buen padre, por lo que aquellos padres que creen en sus propias habilidades se sentirán generalmente más satisfechos y capaces de hacer lo necesario para perseverar y lograr una tarea determinada. Todo esto trae consigo tener expectativas reales y además ser capaces de percibirse a sí mismos como padres competentes (Farkas, 2008)²⁷.

En este escenario cobra gran importancia el apoyo que recibe el trabajador por parte de su familia, ya que tanto hombres como mujeres deben lidiar con complicaciones en el trabajo, con altos niveles de estrés, jornadas laborales extensas y en ocasiones con ambientes laborales poco favorables. Es en estas situaciones en que el individuo busca apoyo, refugio y comprensión, principalmente en el seno de su familia, esperando a su vez que frente a la presencia de éstas situaciones los miembros de su familia logren implementar estrategias de apoyo efectivas (Cabello y D'Anello, 2001).

King, Mattimore, King & Adams (1995) señalan que el apoyo familiar estaría constituido por conductas verbales y no verbales en las que se produce un intercambio, ya sea de tipo informativo o afectivo, las cuales dan muestra, en el caso de un trabajador, de que su familia valora su esfuerzo y labor en el trabajo e incluso están dispuestos a mostrar su ayuda compartiendo responsabilidades. Por otro lado y con el propósito de poder conciliar la vida personal, familiar y laboral, en hombres y mujeres se ha planteado el compartir las responsabilidades, o que exista corresponsabilidad familiar, lo que es entendido como la distribución de las labores y las responsabilidades domésticas de forma equitativa y que implique por igual a todos los miembros

del grupo familiar (Rodríguez, Peña y Torío, 2010) lo cual sería un aporte para disminuir los niveles de estrés y de conflicto trabajo-familia ²⁸⁻²⁹.

Sin intentar dar una receta simplista a un problema muy controvertido, puede afirmarse que la respuesta sobre cómo equilibrar las demandas del trabajo y de la familia debe provenir de tres frentes: el propio individuo o trabajador, el Estado y la empresa. Es de fundamental importancia darse cuenta de que un equilibrio justo sólo se logrará con la intervención simultánea de estos tres pilares, pues cada uno por sí solo no podrá resolver el problema. ³⁰

En donde los cambios más relevantes en las empresas en los últimos años pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Tendencias en la organización del trabajo: Las prácticas de trabajo han cambiado radicalmente, trayendo como consecuencia el aplanamiento del organigrama, la descentralización de las responsabilidades y la redefinición de las tareas haciéndolas más multifuncionales. Los puestos de trabajo de los empleados con menos habilidades están en riesgo, particularmente para los empleados más antiguos y con menos educación.
2. El cambio en las relaciones laborales: La creciente inestabilidad en el lugar de trabajo ha cambiado la naturaleza de la relación entre la empresa y sus trabajadores. Las empresas ya no ofrecen empleo de por vida. No se puede garantizar la estabilidad laboral en un mundo que necesita contar con un mercado flexible para poder competir.
3. Cambios en las características del trabajador: El individualismo es cada día mayor. A medida que los individuos son más educados y asertivos, se alejan de actitudes más colectivas, buscan trabajos que les den mayor libertad, flexibilidad, empleabilidad y oportunidades de mayor participación en la toma de decisiones.
4. La relación entre los trabajadores: La competencia entre los compañeros es más intensa en la actualidad. Ser distinto es una ventaja en períodos de reducción de personal. La socialización fuera del ámbito laboral es menos atractiva, porque el antiguo lazo emocional es más débil, el trabajo es más demandante y el poco tiempo libre disponible se brinda a la familia.

Todas estas transformaciones afectan profundamente las relaciones laborales³¹⁻³².

Los cambios que hemos descrito plantean un dilema entre la vida familiar y la vida laboral, especialmente para las mujeres. Existe la posibilidad de conflicto porque no se puede seguir equilibrando los roles en el trabajo y en el hogar, incluyendo además que hoy es frecuente que ambos padres están ausentes del hogar en tiempos equivalentes y el trabajo en casa no ha disminuido. Hay evidencia que muestra que cuando los padres pretenden cumplir con las metas familiares y su desarrollo profesional, esto produce mucho estrés y finalmente afecta su rendimiento. Si estas consecuencias se mantienen en el tiempo, los efectos psicológicos impactan directamente en la productividad y en el desempeño de las personas, generando una serie de efectos nocivos en tres áreas fundamentales: salud, satisfacción y desempeño.

Con respecto a la salud, según una encuesta, muestra que el 45 % de las mujeres y 46 % de los hombres opinan que dedican un exceso de tiempo al trabajo. Hombres y mujeres presentan un alto nivel de estrés. En relación a la satisfacción, en una investigación, se evaluó la relación entre flexibilidad, productividad y satisfacción laboral (en mujeres ejecutivas de cuentas bancarias).

Se les dio la posibilidad de trabajar en la oficina hasta las 14 horas y luego seguir haciéndolo desde sus casas. Ésta política influyó en la satisfacción laboral de las encuestadas, expresaron una gran satisfacción con su lugar de trabajo: sintieron que la empresa las tomaba en consideración de manera integral.

Finalmente sobre el desempeño, la investigación demuestra que las personas con conflictos por no poder cumplir debidamente con uno de sus roles empiezan a disminuir su desempeño. El tiempo no es totalmente elástico y distintos estudios demuestran que cuando no alcanza para las dos cosas, las personas se los quitan más bien a la familia que al trabajo, porque ahí es

donde el control es mayor. Eso afecta claramente al mundo personal y no significa necesariamente que el empleador logre un desempeño óptimo en la oficina. Éste incluso puede ser inferior al esperado en la empresa: el estrés genera mayor ausentismo, rotación de personal, mayor insatisfacción laboral y menor productividad.

I.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

La funcionalidad familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.

Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y su filosofía familiar. Minuchin, en su Modelo Estructural (1977), define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”. Estas pautas o reglas establecen cómo, cuándo, y con quién, cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros, a su vez refiere que las dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían la familia, los roles y las expectativas de rol de cada miembro, los límites, los alineamientos y la jerarquía de poder (Minuchin & Fischman, 1984) ³³. El funcionamiento de la familia se sucede a través de una secuencia de etapas con relación de sentido y continuidad iniciándose con la formación de la pareja y terminando con la muerte de ambos miembros de la pareja. Estas sucesivas etapas por las que atraviesa habitualmente una familia ofrecen numerosos momentos en los cuales pueden aparecer tensiones y conflictos entre sus miembros (Duvall, 1988). Cuando la familia como unidad experimenta un estresor, las tensiones previas se exacerban y las familias las identifican de nuevo como exigencias que deben enfrentar. A pesar de que los eventos estresantes se presentan en un momento determinado, las tensiones previas pueden no tener un comienzo específico y afectar más insidiosamente a la familia debido justamente a su incierta iniciación; la resolución de estas

tensiones es también confusa para la familia y por lo tanto más difícil de afrontar. La acumulación de tensiones y estresores familiares está positivamente asociada con el deterioro del funcionamiento familiar y del bienestar de sus miembros. Florenzano(1996) propone hablar de estrés familiar para reconocer que la familia actual se encuentra siempre expuesta a situaciones estresantes, planteando los siguientes indicadores de estrés familiar:

- Incapacidad de los miembros para ejercer los roles y tareas usuales.
- Incapacidad para tomar decisiones y resolver problemas.
- Incapacidades para cuidar a los demás en la forma habitual.
- Cambio de foco de la supervivencia familiar a la supervivencia individual.

El trabajo de turnos es una realidad compleja que posee connotaciones sociales, legales y económicas que afectan al trabajador y a toda su familia (Roger, Michael y Colligan, 1997; López P., 2001) ³⁴. Diversos estudios subrayan los efectos negativos del trabajo en turnos sobre la vida familiar, que en casos extremos puede volverse totalmente desorganizada; como cuando el hombre y la mujer trabajan en turnos diferentes ³⁵. Pero al margen estos casos, es cierto que la alternancia en los horarios perturba especialmente los ritmos de vida y las costumbres domésticas: horarios de comidas, momentos de reposo, y momentos de reunión, en fiestas típicas como: Navidades, Semana Santa y acontecimientos familiares. En todos los casos se perturba la organización de la vida familiar, pues el trabajador en turnos se ve obligado a adaptar las costumbres de su familia a su horario de trabajo o seguir un ritmo independiente del de su familia (Melo J., 2003) ³⁶.

I.3 DEPRESIÓN:

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representa a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes.

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno.

Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del

año 2000, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante. En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses. En México, si bien se cuenta con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico, y tienen una cobertura limitada.

Es particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Como una primera aproximación para conocer la magnitud de la depresión con inicio temprano (aquella que ocurre antes de los 18 años de edad) en la población mexicana, se pretende utilizar los datos retrospectivos de la ENEP para estimar la prevalencia de dicha depresión, el curso natural y el tiempo transcurrido antes de iniciar el tratamiento. La ENEP, realizada bajo la coordinación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, forma parte de la iniciativa internacional de Encuestas Mundiales de Salud Mental, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en diferentes países con diferentes niveles de desarrollo, determinar las necesidades de atención y guiar las políticas de salud pública. ⁽³⁷⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

Una mujer debe equilibrar el trabajo y la familia, el ámbito laboral y el ámbito doméstico, es la lucha diaria de toda persona que debe satisfacer las demandas, a menudo contrapuestas, de ambas esferas de su vida.

Si bien algunas personas logran una satisfactoria interacción entre trabajo y familia por sus propios medios, la mayoría de ellas necesita el apoyo explícito de su familia, para poder lograrlo.

En donde la funcionalidad familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.

II.2 Pregunta de Investigación.

¿Cómo es la Interacción Trabajo-Familia, Funcionalidad Familiar, y grado de Depresión, en el personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo Septiembre a Diciembre 2013?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

Para obtener la autorización para la obtención del Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar, sustentado en el reglamento interno de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

III.2 Científica.

Aquellas personas que sufren una depresión se comportan de una forma no habitual en muchos aspectos de su vida, tanto en casa como en el trabajo. Algunos cambios que pueden llegar a ser particularmente evidentes para los compañeros de trabajo o para sus jefes son:

- La lentitud y los errores frecuentes en el trabajo.
- Dificultades en la concentración con olvidos frecuentes.
- Un inadecuado cumplimiento horario.
- Una mayor frecuencia de ausencias injustificadas o de abandono del puesto de trabajo por enfermedad.
- Frecuentes discusiones y enfrentamientos con los compañeros de trabajo.

III.3 Social.

La depresión puede por tanto tener importantes consecuencias sobre la capacidad del trabajador para desempeñar su actividad laboral de forma efectiva. Algunas personas con depresión tienen incluso que dejar de trabajar por completo durante cierto tiempo a causa de la gravedad de sus síntomas. Muchos, sin embargo, intentarán continuar luchando conscientes de que su rendimiento es peor del habitual. La identificación de una persona que sufre una depresión, posibilitará una ayuda efectiva, acelerará su retorno a un nivel de funcionamiento mejor, y reducirá mucho sufrimiento innecesario.

III.4 Económica.

La depresión es una enfermedad muy frecuente. Cerca del 20% de las mujeres y del 10% de los varones sufrirán un trastorno depresivo en algún momento de su vida. Se estima que, en cualquier momento dado, uno de cada 20 adultos se encuentra afecto de una depresión. Naturalmente, los problemas presentes en la población general también afectan al colectivo de los trabajadores. Diversos estudios han estimado que entre el 15% y el 30% de los trabajadores experimentará algún tipo de problema de salud mental durante su vida laboral. Del mismo modo que puede causar gran malestar y sufrimiento, la depresión se asocia a un bajo rendimiento y a altas tasas de baja laboral, accidentes, así como a continuas sustituciones en el personal.

IV. HIPÓTESIS

IV.1 Elementos de la hipótesis.

El personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, presentará una interacción negativa trabajo-familia, disfuncionalidad familiar y un grado de depresión moderada.

IV.1.1 Unidades de Observación.

El personal femenino, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64, perteneciente a la Delegación 15 del Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

IV.1.2 Variables.

Es un tipo de estudio transversal, observacional y descriptivo, por lo que no se cuenta con variables.

- a. Transversal: Ya que no se hizo seguimiento, las variables de resultado son medidas de una sola vez, este se llevó a cabo con la toma de datos a través de los cuestionarios en un determinado tiempo sin darle seguimiento.
- b. Observacional: Se presenciaron los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables, ya que únicamente se recabaron los datos del personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.
- c. Descriptivo: Se estudió solo un grupo, no se hacen comparaciones, ya que únicamente se realizó, en personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

Dirección de análisis: Es un estudio transversal ya que sólo se realizó una descripción de la Interacción Trabajo-Familia, Funcionalidad Familiar y Grados de Depresión, en el personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

Conocer la interacción trabajo-familia, funcionalidad familiar, y el grado de depresión, en el personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo Septiembre a Diciembre 2013.

Específicos.

- Describir el perfil socio demográfico del personal femenino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64
- Conocer como es la interacción trabajo-familia, en personal femenino que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No. 64
- Describir la funcionalidad familiar, en personal femenino, que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64
- Identificar la presencia de algún grado de depresión en personal femenino, que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No. 64
- Describir la relación entre la Interacción Trabajo- Familia y el Grado de Depresión, del personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64
- Describir la relación entre la Interacción Trabajo- Familia y Ocupación, del personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64
- Identificar el Grado de Depresión en relación a la Ocupación, del personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64
- Identificar el Grado de Depresión en relación al Estado Civil del personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64

VI. MÉTODO

VI.1. Diseño del estudio.

Se seleccionó al personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, se les explicó el objetivo del estudio, se les informó sobre el consentimiento informado, se solicitó su autorización por medio de la firma, se recolectó a todo el personal femenino, que aceptó participar en el estudio.

Se entrevistó a cada una de manera independiente donde se realizó la aplicación del instrumento de investigación. Se realizó la recolección de los instrumentos de investigación y su posterior análisis, presentación de resultados y conclusiones.

VI.2 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Edad	<p>Tiempo que ha vivido una persona.</p> <p><i>“Diccionario de la Real Academia Española”</i></p>	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa continua	Edad en años
Estado civil	<p>Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, unión libre, matrimonio, o viudez.</p> <p><i>“Diccionario de la Real Academia Española”</i></p>	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez y divorcio.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre 4) Viuda 5) Divorciada o separada
Escolaridad	<p>Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento o docente. Tiempo que duran estos cursos</p> <p><i>“Diccionario de la Real Academia Española”</i></p>	Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo.	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Licenciatura 5) Postgrado
Ocupación	<p>Trabajo o cuidado el cual impide emplear el tiempo en otra cosa. Trabajo, empleo u oficio. Actividad o entretenimiento.</p> <p><i>“Diccionario de la Real Academia Español”</i></p>	Es el conjunto de funciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, empleo u oficio.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Médica 2) Enfermera 3) Asistente médico 4) Trabajadora social 5) Personal administrativo 6) Servicios básicos 7) Auxiliares de diagnóstico

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
Interacción trabajo-familia	<p>Es un proceso en el que el comportamiento de un trabajador en un dominio (por ejemplo, en casa) es influido por determinadas ideas y situaciones (positivas o negativas) que se han construido y vivido en el otro dominio (por ejemplo, en el Trabajo).</p> <p><i>“Bernardo Moreno Jiménez, 2009”.</i></p>	<p>Es el proceso de comportamiento de un trabajador, el cual es influido por determinadas ideas y situaciones en la relación trabajo-familiar el cual la dividirá en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Interacción negativa trabajo-familia 2) Interacción negativa familia-trabajo 3) Interacción positiva trabajo-familia 4) Interacción positiva familia-trabajo 	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Interacción negativa trabajo- familia 2) Interacción negativa familia-trabajo 3) Interacción positiva trabajo-familia 4) Interacción positiva familia-trabajo
Funcionalidad familiar	<p>Es la capacidad del sistema familiar para superar, y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital familiar, contemplando funciones familiares, la estructura familiar, el ciclo vital familiar y las crisis familiares normativas o paranormativas. Como el caso del proceso salud-enfermedad.</p> <p><i>“Anzures 2008”.</i></p>	<p>Es la capacidad de la familia para hacer frente y resolver a cada una de las crisis paranormativas, normativas que se presentan a lo largo del ciclo vital familiar, contemplando sus funciones familiares y estructura familiar.</p> <p>Se clasifica en</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia disfuncional: 29 a 87 puntos • Familia funcional: 88 a 145 puntos 	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Disfuncional 2) Funcional

<p>Depresión</p>	<p>Es un conjunto de síntomas caracterizados por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Se diferencia por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad del paciente existiendo diferentes niveles de severidad en la presentación de estos síntomas.</p> <p><i>"Guía De Practica Clínica, Consejo De Salubridad General"</i></p>	<p>Es un padecimiento caracterizado por conjunto de síntomas como la perdida de interés, incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencia de la vida diaria.</p> <p>Se clasifica en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No deprimido= menor 8 puntos 2) Depresión menor= 8-13 puntos 3) Depresión moderada= 14-18 puntos 4) Depresión severa= 19-22 puntos 5) Depresión muy severa= mayor 23 puntos 	<p>Cualitativa ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) No deprimido 2) Depresión menor 3) Depresión moderada 4) Depresión severa 5) Depresión muy severa
-------------------------	--	--	----------------------------	--

VI.3 Universo de Trabajo.

- Con un número total de la población del personal femenino de 287; que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, del Instituto Mexicano del Seguro Social; donde se invitó a participar, aceptando firmar el consentimiento informado y responder los instrumentos; se obtuvo una muestra de 227, donde se excluyeron 3 participantes, por encontrarse con tratamiento, con antidepresivos. Por lo que la muestra final fue de 224 participantes.

VI.3.1 Criterios de inclusión.

- Personal femenino, que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, que al menos tenga un año en el puesto de trabajo, que aceptó participar en el estudio, y firmaron el consentimiento informado.

VI.3.2 Criterios de exclusión.

- Personal femenino becario.
- Mujeres diagnosticadas con algún grado de depresión, y se encuentren en tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos.

VI.3.3 Criterios de eliminación.

- Que contesten de forma parcial los cuestionarios.
- Trabajadoras que por algún motivo dejaran, de pertenecer al personal de la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

VI.4. Instrumento de Investigación.

VI.4.1 Descripción.

Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos.

La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones.

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

- 0-7 No depresión
- 8-13 depresión menor
- 14-18 depresión moderada
- 19-22 depresión severa
- >23 depresión muy severa

CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN TRABAJO- FAMILIA SWING.

Dada la escasez de este tipo de instrumentos y la falta de escalas desarrolladas fuera de Estados Unidos, Geurts, Taxis, Kompier, Dijkers, van Hooff y Kinnunen (2005) desarrollaron el «Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia» (Survey Work-Home Interaction-Nijmegen, SWING), con el objetivo de adecuar la escala a muestra europea, y superar algunas limitaciones de la escala de Grzywacz y Marks (2000), como el solapamiento de algunos de los ítems con otros constructos relacionados como la fatiga o el apoyo familiar.

Así pues, para el desarrollo de este nuevo instrumento, Geurts et al. (2005) se basan en el concepto de «interacción trabajo-familia», definiéndolo como «un proceso en el que el comportamiento de un trabajador en un dominio (por ejemplo, en casa) es influido por determinadas ideas y situaciones (positivas o negativas) que se han construido y vivido en el otro dominio (por ejemplo, en el Trabajo)».

Esta escala consta de 27 ítems, que se redujeron finalmente a 22, con formato de respuesta tipo Likert, en el que la persona señala la frecuencia con la que experimenta cada una de las situaciones propuestas en una escala de 4 grados (de 0 a 3). El modelo teórico final propone la existencia de cuatro subescalas según la dirección de la interacción (trabajo-familia o familia-trabajo) y según el tipo de relación existente entre ambos dominios (positiva o negativa). Dado que se trata de un instrumento teóricamente elaborado y con adecuadas propiedades psicométricas ha sido validado en otros países europeos como Francia (Lourel, Gana y Wawrzyniak, 2005).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FUNQUI):

Un elemento importante en el estudio de la familia es capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital familiar por lo que para conocer esta capacidad de la familia es necesario medirla y los indicadores más utilizados son las funciones familiares, la estructura familiar, el ciclo vital familiar y las crisis familiares paranormativas o no transitorias como es el caso del proceso salud enfermedad.

Las áreas que se incluyeron en las tres esferas en el instrumento fueron:

- **Esfera biológica** conformada por las siguientes áreas: 1) Cuidados en la Enfermedad, 2) Violencia, 3) Sexualidad y 4) Cuidados de la salud.
- **Esfera psicológica** conformada por las siguientes áreas: 5) Límites, 6) Jerarquías, 7) Tareas en casa y 8) Afecto.
- **Esfera social** conformada por las siguientes áreas: 9) Socialización interna y 10) Socialización externa.

VI.4.2 Validación.

CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA.

La validación de este instrumento se llevó a cabo según los pasos que recomienda la literatura sobre adaptación de tests y escalas (Hambleton, 1994; Hambleton, Merenda y Spielberger, 2005; Muñiz y Bartram, 2007). La primera fase del proceso consistió en la traducción de la escala al castellano a través de un equipo de investigadores expertos en la materia. Posteriormente, se realizó un grupo de discusión constituido por tres expertos que analizaron la formulación de cada uno de los ítems traducidos y reformularon algunos de ellos según criterios consensuados. En esta fase se contó también con la colaboración del equipo de investigación que desarrolló el SWING, con el fin de comprobar si se había comprendido correctamente el sentido de varios de los ítems. A continuación, el instrumento fue traducido de nuevo al inglés (back-translation) y se comprobó la equivalencia entre ambas versiones (Brislin, 1970). Las diferencias encontradas se resolvieron mediante discusión, llegando a una versión final consensuada. El índice alfa de Cronbach los valores obtenidos se situaron entre 0.77 y 0.89, por encima del 0.70 recomendado

La adaptación del «Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia» al castellano muestra propiedades psicométricas satisfactorias, por lo que la consideramos como una medida válida y fiable para la evaluación de las relaciones entre el trabajo y la familia. Se trata de un instrumento amplio, ya que aunque el nombre haga referencia a las conexiones entre la vida laboral y familiar, los ítems están redactados de tal manera que engloban no sólo aspectos relacionados con la pareja o la familia, sino también aspectos más generales de la vida personal del trabajador (ocio y relaciones sociales) que no aparecen recogidos en la misma medida en otros instrumentos.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FUNQUI):

Se obtuvo una consistencia interna adecuada con un Alfa de Cronbach de 0.87 general, siendo por áreas de: cuidados en la enfermedad 0.82; violencia 0.87; sexualidad 0.82; cuidado 0.84; límites 0.86; jerarquías 0.92; tareas en casa 0.88; afecto 0.90; socialización interna 0.90 y socialización externa 0.92 siendo adecuados.

TEST DE DEPRESION DE HAMILTON

Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana.

VI.4.3 Aplicación.

La familia es parte importante en el desarrollo de las personas, ya que en ella se llevan a cabo las funciones básicas como el cuidado, afecto, status, socialización y reproducción. Es por ello que es importante utilizar instrumentos para medir la funcionalidad familiar, y aunque ya existen algunos, los resultados obtenidos se contrastan con los mismos.

Por lo que es importante como médicos familiares, conocer como es también la relación trabajo-familia, para evita la sobrecarga de trabajo, el cual repercute de manera negativa en el tiempo brindado a la familia.

VI.5 Desarrollo del proyecto.

Se solicito la participación del personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, que cumplieron con los criterios de inclusión; se les explico el objetivo del estudio, así como se les explico el consentimiento informado, se solicito su autorización por medio de la firma, que se les tomó a todas las participantes Para realizar la aplicación del instrumento de investigación, se entrevisto a cada una de manera independiente y posteriormente se realizo la recolección de los instrumentos de investigación para su análisis, y posterior presentación de resultados y conclusiones.

VI.6 Límite de espacio.

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, la cual se encuentra ubicada en Avenida Bomberos sin número, en la Colonia Unidad del Seguro Social en Tequesquihuac, en el Municipio de Tlalnepantla; en el personal femenino que labora en el mismo.

VI.7 Límite de tiempo.

El presente estudio se llevo a cabo entre los meses de Septiembre del 2013 a Diciembre del 2013.

VI.8 Diseño de análisis.

Con los cuestionarios previamente impresos, se solicitó la participación, del personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64. Se realizó una amplia explicación, de cómo responder los cuestionarios. Así como se realizó la revisión y recolección de la información, posteriormente se clasificó y tabularon los datos; donde finalmente se realizó la elaboración de cuadros estadísticos descriptivos y la elaboración de gráficas.

VI. IMPLICACIONES ÉTICAS

Los procedimientos del presente estudio se encuentran de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica.

Este estudio se llevara a cabo de acuerdo con: Los principios éticos establecidos en la 18th Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), la enmienda de Tokio, el informe Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos; la información será de carácter confidencial, sin utilizar los nombres propios de los encuestados. La aplicación del instrumento para este estudio, se llevara a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 64, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los cuales se resumen en:

- Autonomía
- Beneficencia
- No maleficencia

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto de todos los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación para proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar su integridad e 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. Por lo que se solicita el consentimiento informado donde se explica sobre los riesgos y beneficios que con lleva aceptar participar en este estudio.

El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y

segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida.

En cuanto al *respeto* a las personas en este estudio todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les informó de forma precisa y suficiente de lo que trata este trabajo de investigación favoreciendo de esta manera su participación libre y voluntaria, se realizó una entrevista con la cual se busca conocer como es su Interacción Trabajo-Familia, Funcionalidad Familiar y Grado de Depresión.

VII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

M.C. Moreno Zaragoza Olivia

Director de tesis:

E. en M.F. María Guadalupe Saucedo Martínez

VIII. RESULTADOS

De un total de 224 que aceptaron participar, del personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo de Septiembre a Diciembre del 2013.

Con respecto a la edad del rango fue de 31 a 40 años, donde se ve implicado el 51.3% de la muestra, seguido los del intervalo de 41-50 con un 25%, posterior el intervalo de 20-30 con un 17%, y por último el intervalo de 51-60 con un 6.7%. **(Tabla y Gráfica 1).**

El estado civil más frecuente presentado en el personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo de Septiembre a Diciembre del 2013, incluidas en el presente estudio con un porcentaje de 48% casadas, seguidas en un 38% solteras, posterior 7% divorciada o separadas, en un 6% unión libre y finalmente en un 1% viudas. **(Tabla y Gráfica 2).**

La categoría del puesto más frecuente presentado en el personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo de Septiembre a Diciembre del 2013, incluidas en el presente estudio con un porcentaje de 35% las Asistentes Médicas, seguidas de un 25% de Médicas, posterior con un 16% el Personal Administrativo, con un 12% el personal de Enfermería, con un 5% Personal de Auxiliares de Diagnostico, posterior con un 4% Personal de Trabajo Social, y al último encontramos al Personal de Servicios Básicos con un 3%. **(Tabla y Gráfica 3).**

El nivel de escolaridad más frecuente presentado en el personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo de Septiembre a Diciembre del 2013, incluidas en el presente estudio con un porcentaje de 44% Preparatoria, en el segundo lugar Licenciatura en 32%, en tercer lugar Postgrado y en último lugar secundaria con un 8%. **(Tabla y Gráfica 4).**

La Interacción Trabajo-Familia la más frecuente fue positiva con un 51%, encontrándose posteriormente, la Interacción Positiva Familia-Trabajo con un 26%, de acuerdo al instrumento utilizado, seguida de una Interacción Negativa Trabajo-Familia en un 20%, posteriormente Interacción Negativa Familia-Trabajo en un 3%,. **(Tabla y gráfica 5).**

En cuanto a la Funcionalidad Familiar fue del 100% Funcional de acuerdo al instrumento FUNQUI, con un 0% de Disfuncionalidad Familiar **(Tabla y gráfica 6)**. Donde un elemento importante en este estudio es ver la capacidad de la familia para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital, donde en todas las familias de las participantes fueron funcionales.

En cuanto al Grado de Depresión más frecuente, fue No Deprimido en un 73%, seguida de una depresión leve en 15%, seguida de depresión moderada en un 8%, así como depresión severa y muy severa con un 2% cada una. **(Tabla y gráfica 7)**. Por lo que a través del instrumento utilizado evalúa una monitorización sintomática, evaluando la gravedad de la depresión.

En la **tabla y gráfica 8**, el cual evalúa la relación entre la Interacción Trabajo-Familia y el Grado de Depresión, en el personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

Donde se observa que predomina la Interacción Positiva Trabajo-Familia, en 114 mujeres, 94 no presentaron ningún grado de depresión, 13 tuvieron depresión leve, 4 presentaron depresión moderada y 3 presentaron depresión severa.

De 45 mujeres que presentaron una Interacción Positiva Familia- Trabajo 34 no presentaron ningún grado de depresión, 10 tuvieron depresión leve, 1 presentaron depresión moderada.

De 50 mujeres con Interacción Negativa Trabajo-Familia se encontraron 30 no presentaron ningún grado de depresión, 8 tuvieron depresión leve, 8 presentaron depresión moderada y 4 presentaron depresión muy severa.

De 15 mujeres que presentaron Interacción Negativa Familia-Trabajo se encontraron 6 no presentaron ningún grado de depresión, 2 tuvieron depresión leve, 6 presentaron depresión moderada y 1 presentó depresión severa.

Con respecto a la **Tabla y Grafica 9**, de relación de Interacción Trabajo-Familia y Ocupación, del Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

De un total de 57 Médicas, se obtuvo que 30 presentaron una Interacción Trabajo-Familia Positiva, 18 presentaron una Interacción Familia-Trabajo positiva y 9 presentaron un Interacción Negativa Trabajo-Familia.

De un total de 28 Enfermeras, se obtuvo que 18 presentaron una Interacción Trabajo-Familia Positiva, 2 presentaron una Interacción Familia-Trabajo positiva y 8 presentaron un Interacción Negativa Trabajo-Familia.

De un total de 78 Asistentes Médicas, se obtuvo que 43 presentaron una Interacción Trabajo-Familia Positiva, 15 presentaron una Interacción Familia-Trabajo positiva, 16 presentaron un Interacción Negativa Trabajo-Familia y 4 presentaron una Interacción Negativa Familia-Trabajo.

De un total de 8 Trabajadoras Sociales, se obtuvo que 3 presentaron una Interacción Trabajo-Familia Positiva, 2 presentaron una Interacción Familia-Trabajo positiva, 2 presentaron un Interacción Negativa Trabajo-Familia y 1 presentaron Interacción Negativa Familia-Trabajo.

De un total de 36 Personal Administrativo, se obtuvo que 16 presentaron una Interacción Trabajo-Familia Positiva, 14 presentaron una Interacción Familia-Trabajo positiva, 5 presentaron un Interacción Negativa Trabajo-Familia y 1 presentaron Interacción Negativa Familia-Trabajo.

De un total de 6 Servicios Básicos, se obtuvo que 3 presentaron una Interacción Trabajo-Familia Positiva, 1 presentaron una Interacción Familia-Trabajo positiva, 2 presentaron un Interacción Negativa Trabajo-Familia.

De un total de 11 de Auxiliares de Diagnostico, se obtuvo que 1 presentaron una Interacción Trabajo-Familia Positiva, 6 presentaron una Interacción Familia-Trabajo positiva, 4 presentaron un Interacción Negativa Trabajo-Familia.

Con respecto a la **tabla y gráfica 10** en relación con el Grado de Depresión y Ocupación, en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

Se encontraron con respecto a la categoría de Médica con No Depresión 45, con Depresión Leve 7, con Depresión Moderada 4, con Depresión Severa ninguna, con Depresión Muy Severa 1.

Con respecto al personal de Enfermería con No Depresión 23, con Depresión Leve 3, con Depresión Moderada 1, con Depresión Severa 1 y ninguna en Depresión Muy Severa.

En referencia al personal de Asistentes Médicas se encontraron con No Deprimidas en un número de 55, con Depresión Leve 14, con Depresión Moderada 7, con Depresión Severa 1, con Depresión Muy severa 1.

En la categoría de Trabajadoras Sociales, se encontraron No Deprimidas 4, con Depresión Leve 3, con Depresión Moderada 1 y ninguna sin Depresión Severa o Depresión Muy Severa.

En cuanto al Personal Administrativo, No Deprimidas 26, con Depresión Leve 2, con Depresión Moderada 5, con Depresión Severa 1 y con Depresión Muy Severa 2.

En referencia al personal de Servicios Básicos, se encontraron con No Deprimidas en un número de 5, con Depresión Leve 1, con Depresión Moderada, Depresión Severa, con Depresión Muy severa no se encontraron ninguna.

En categoría al personal de Auxiliares de Diagnostico, se encontraron con No Deprimidas en un número de 6, con Depresión Leve 3, con Depresión Moderada 1, con Depresión Severa 1, y con Depresión Muy severa ninguna.

Con respecto a la **tabla y gráfica 11**, en relación al Grado de Depresión y Estado Civil, del Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

Se encontró que con respecto a estado civil de Solteras, con No Depresión en un número de 64, Depresión Leve 11, Depresión Moderada 9, Depresión Severa ninguna, y con Depresión Muy Severa 1.

En cuanto a las Casadas se encontraron con No Depresión en un número de 75, Depresión Leve 19, Depresión Moderada 8, Depresión Severa 3, y con Depresión Muy Severa 3.

Con respecto a las que se encuentran en Unión Libre, con No Depresión en un número de 10, Depresión Leve 1, Depresión Moderada ninguna, Depresión Severa 1, y con Depresión Muy Severa ninguna.

Las que se encuentran Divorciadas o Separadas con No Depresión en un número de 14, Depresión Leve 1, Depresión Moderada 1, Depresión Severa y con Depresión Muy Severa ninguna.

IX. CUADROS Y GRÁFICOS

TABLA 1

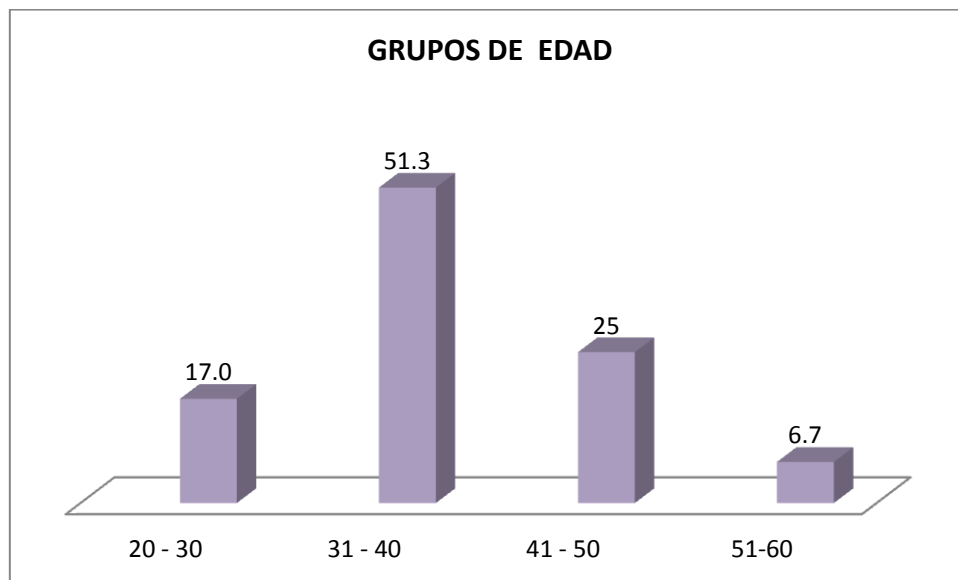
Grupos de edad del Personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64, del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2013.

Edad en Años	Frecuencia	Porcentaje
20 - 30	38	17
31 - 40	115	51.3
41 - 50	55	25
51-60	15	6.7
Total	224	100

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos.

GRÁFICA 1

Porcentaje de los grupos de edad del Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64, del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2013.



Fuente: Tabla 1

TABLA 2.

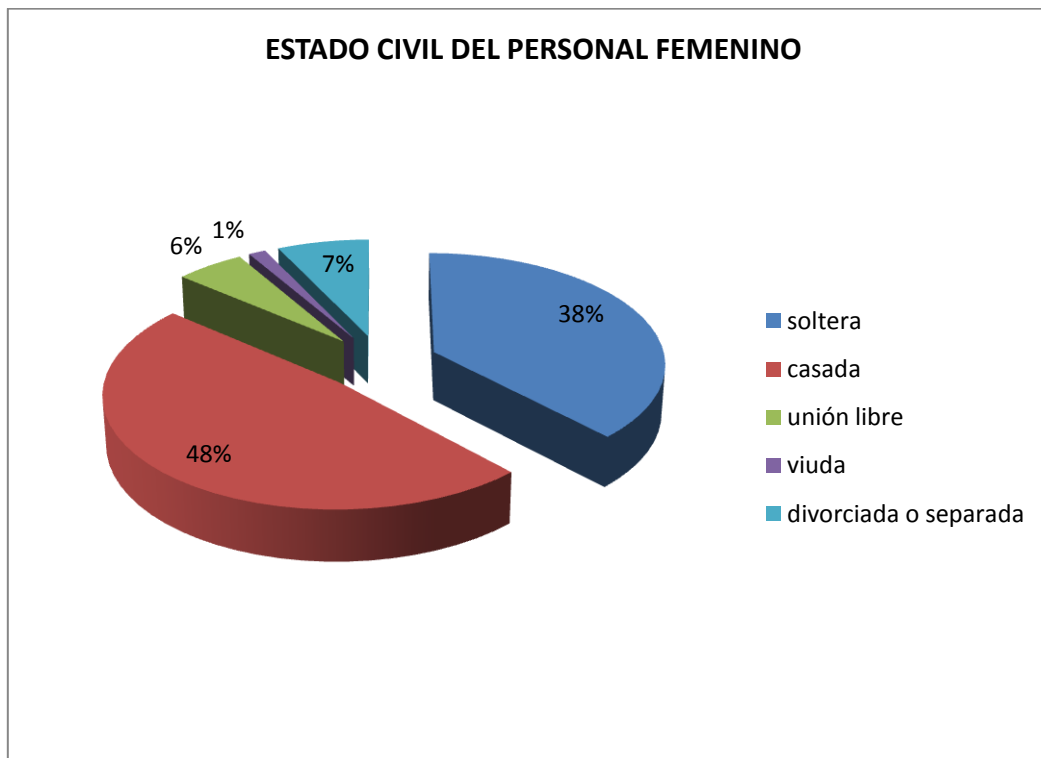
Estado Civil del Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64, del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	85	38
Casada	108	48
Unión libre	12	6
Viuda	3	1
Divorciada o separada	16	7
Total	224	100

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos.

GRÁFICA 2

Estado Civil del Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64, del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.



Fuente: Tabla 2

TABLA 3.

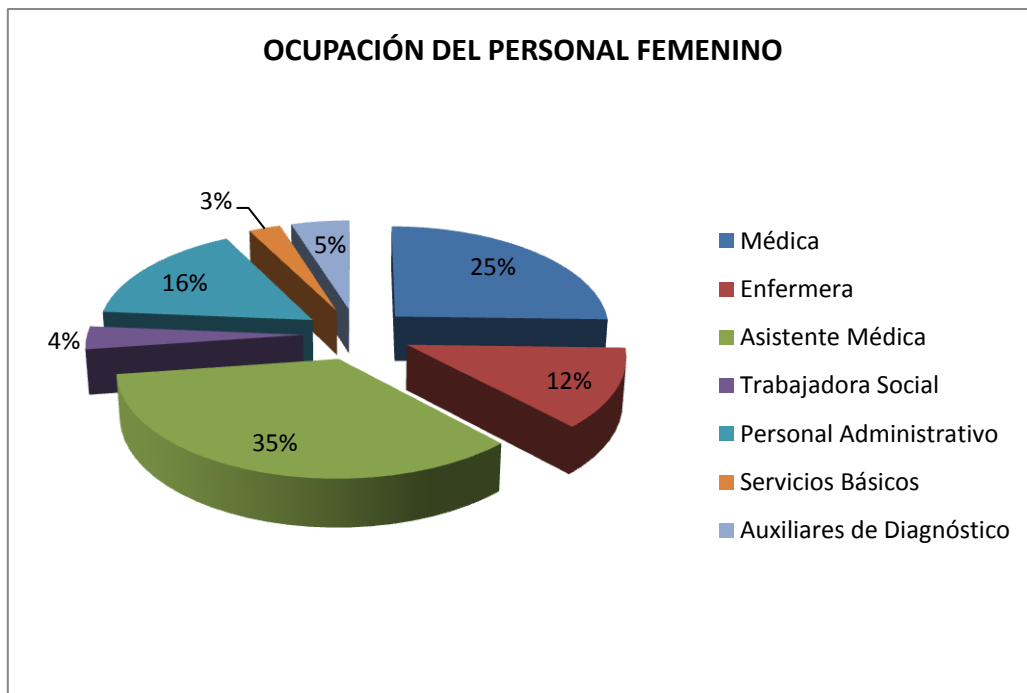
Categoría del Personal Femenino que labora en la Unidad De Medicina Familiar No.64, del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

CATEGORIA DEL PERSONAL FEMENINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médica	57	25
Enfermera	28	12
Asistente médico	78	35
Trabajadora social	8	4
Personal administrativo	36	16
Servicios básicos	6	3
Auxiliares de diagnostico	11	5
Total	224	100

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos.

GRÁFICA 3.

Categoría del Personal Femenino que Labora en la Unidad De Medicina Familiar No.64, del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.



Fuente: Tabla 3

TABLA 4.

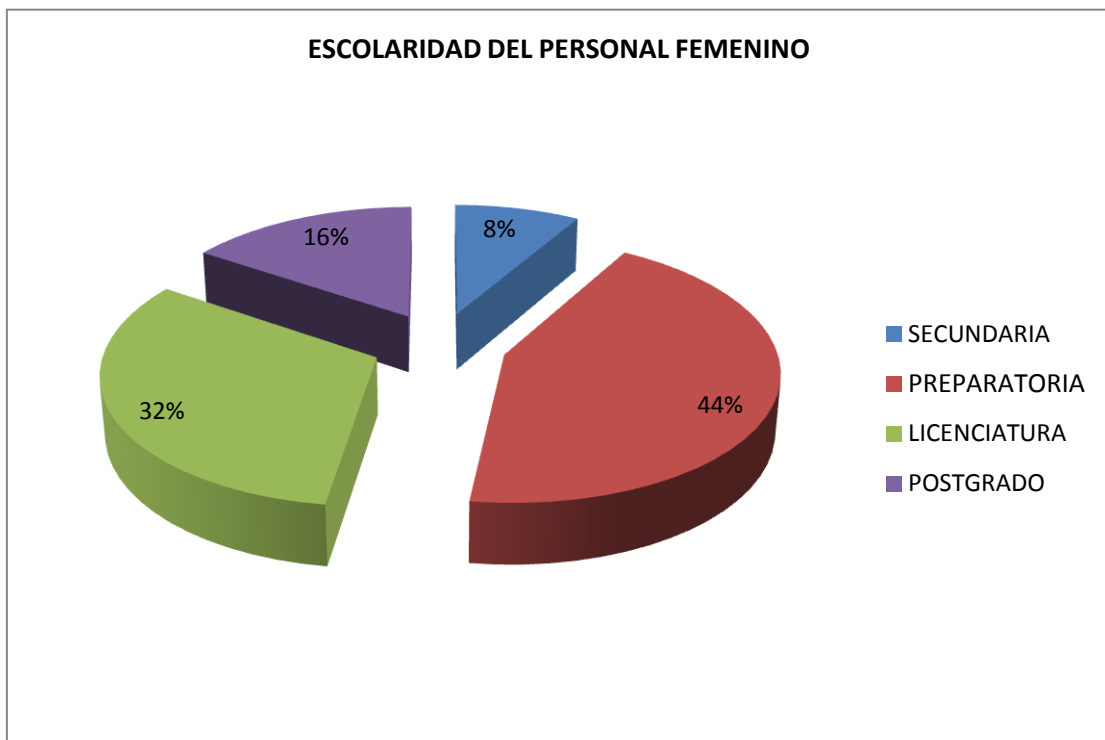
Escolaridad en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SECUNDARIA	19	8
PREPARATORIA	98	44
LICENCIATURA	72	32
POSTGRADO	35	16
TOTAL	224	100

Fuente: Ficha de datos socio-demográficos.

GRÁFICA 4

Escolaridad en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.



Fuente: Tabla 4

TABLA 5.

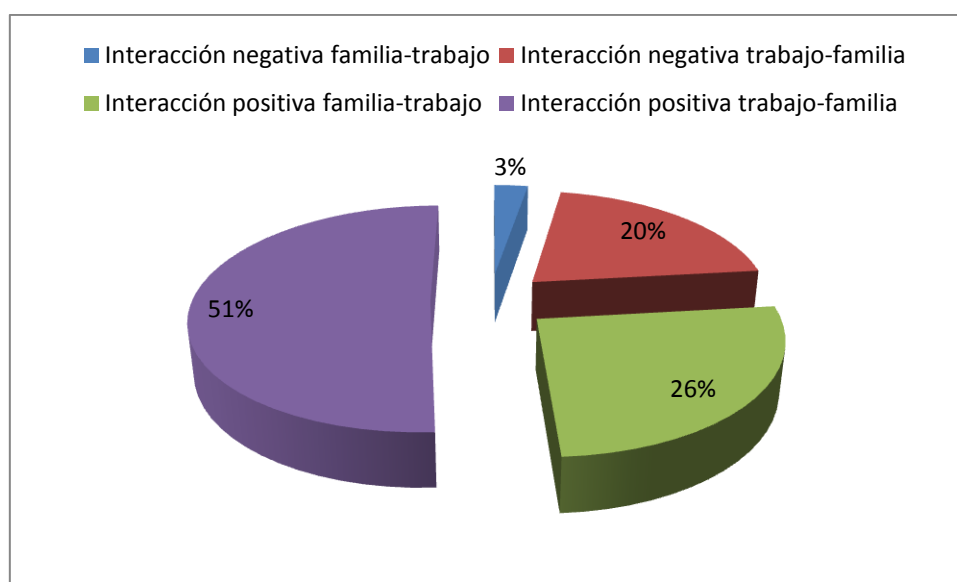
Interacción Trabajo-Familia en el Personal Femenino, que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64, 2013

TIPO DE INTERACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Interacción negativa familia-trabajo	6	3
Interacción negativa trabajo-familia	46	20
Interacción positiva familia-trabajo	58	26
Interacción positiva trabajo-familia	114	51
Total	224	100

Fuente: Ficha de Instrumento de Interacción Trabajo-Familia

GRÁFICA 5

Interacción Trabajo-Familia en el Personal Femenino, que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64, 2013



Fuente: Tabla 5

TABLA 6.

Funcionalidad Familiar en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, del Instituto Mexicano Del Seguro Social, 2013.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	224	100
NO FUNCIONAL	0	0

Fuente: Ficha de Instrumento de Funcionalidad Familiar

GRÁFICA 6

Funcionalidad Familiar en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, del Instituto Mexicano Del Seguro Social, 2013.



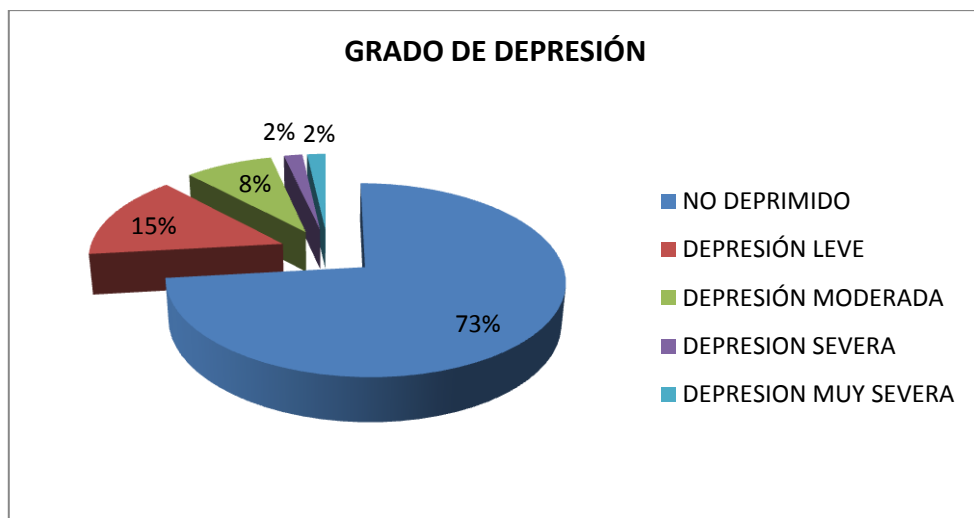
Fuente: Tabla 6

TABLA 7.

Grados de Depresión presentado en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.

GRADOS DE DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEPRIMIDO	164	73
DEPRESIÓN LEVE	33	15
DEPRESIÓN MODERADA	19	8
DEPRESION SEVERA	4	2
DEPRESION MUY SEVERA	4	2
TOTAL	224	100

Fuente: Ficha de Instrumento de Depresión



Fuente: Tabla 7

TABLA 8.

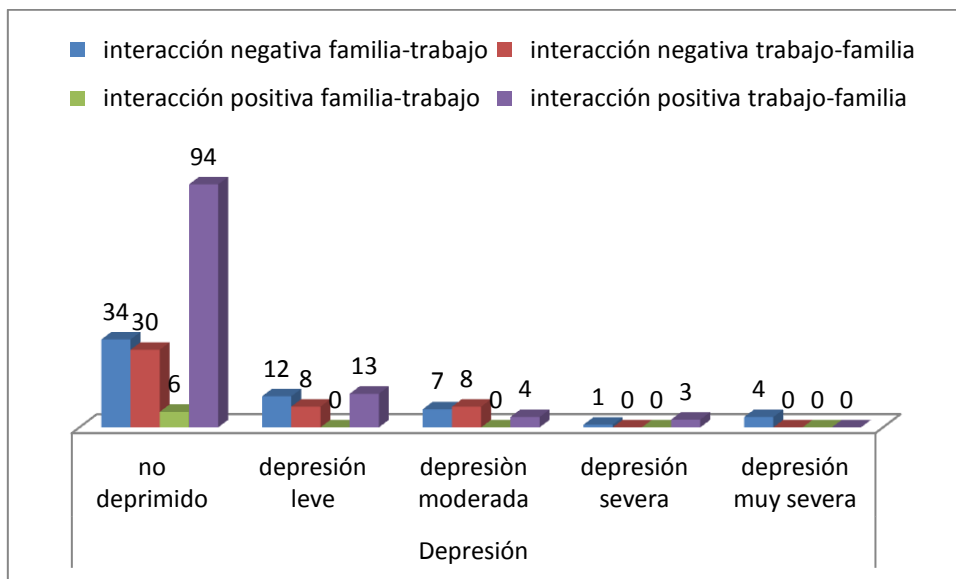
Relación entre Interacción Trabajo-Familia y Grado de Depresión, en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64

Interacción Familia-Trabajo	Depresión				
	No Deprimido	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	Depresión Muy Severa
Interacción Negativa Familia-Trabajo	34	12	7	1	4
Interacción Negativa Trabajo-Familia	30	8	8	0	0
Interacción Positiva Familia-Trabajo	6	0	0	0	0
Interacción Positiva Trabajo-Familia	94	13	4	3	0
Total	164	33	19	4	4

Fuente: Ficha de Instrumentos Interacción Trabajo-Familia y Depresión

GRÁFICA 8

Gráfica de relación de Interacción Trabajo-Familia y Grado de Depresión, en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

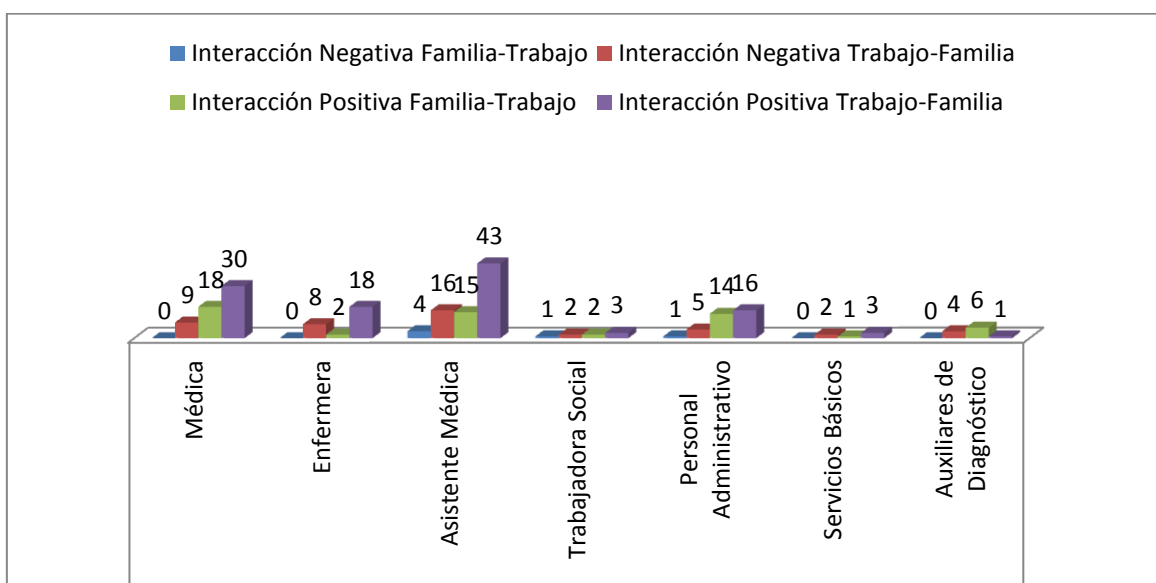
Grado de Depresión en relación a la Ocupación en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64

Grado de Interacción	Ocupación						
	Médica	Enfermera	Asistente Médica	Trabajadora Social	Personal Administrativo	Servicios Básicos	Auxiliares de Diagnóstico
Interacción Negativa Familia-Trabajo	0	0	4	1	1	0	0
Interacción Negativa Trabajo-Familia	9	8	16	2	5	2	4
Interacción Positiva Familia-Trabajo	18	2	15	2	14	1	6
Interacción Positiva Trabajo-Familia	30	18	43	3	16	3	1
Total	57	28	78	8	36	6	11

Fuente: Ficha de Instrumentos Interacción Trabajo-Familia y Ocupación

GRÁFICA 9

Gráfica, Grado de Depresión en relación a la Ocupación en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64



Fuente: Tabla 9

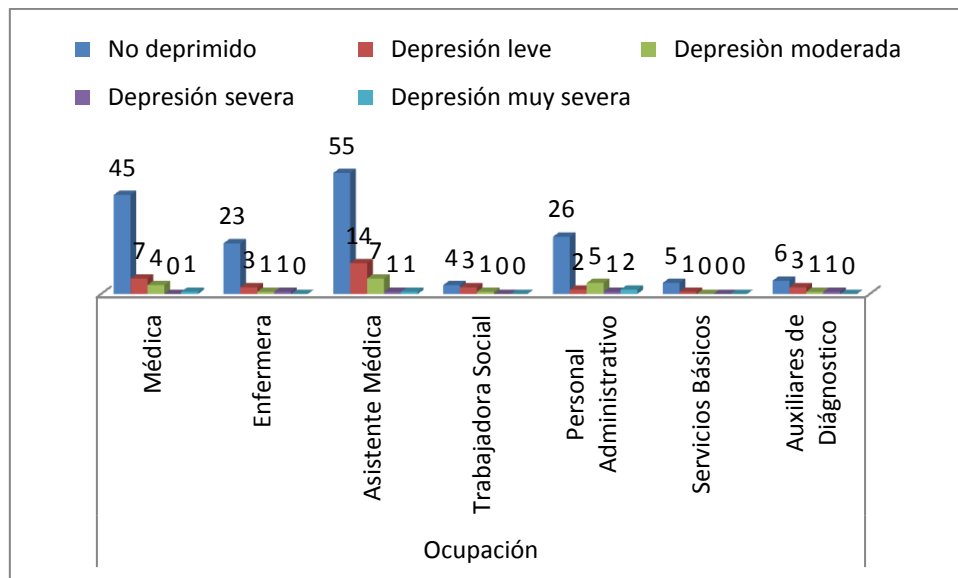
TABLA 10

Grado de Depresión		Ocupación						
		Médica	Enfermera	Asistente Médica	Trabajadora Social	Personal Administrativo	Servicios Básicos	Auxiliares de Diagnóstico
No deprimido		45	23	55	4	26	5	6
Depresión leve		7	3	14	3	2	1	3
Depresión moderada		4	1	7	1	5	0	1
Depresión severa		0	1	1	0	1	0	1
Depresión muy severa		1	0	1	0	2	0	0
Total		57	28	78	8	36	6	11

Fuente: Ficha de Instrumentos Depresión y Ocupación

GRÁFICA 10

Gráfica de Relación entre el Grado de Depresión y Ocupación, en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

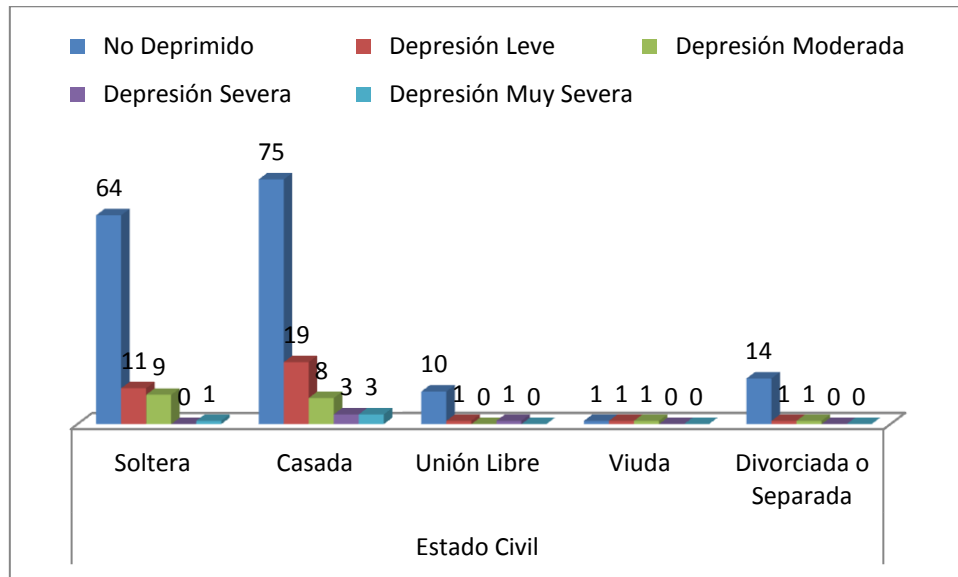
Tabla de Relación entre Depresión y Estado Civil, en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64

Grado de Depresión	Estado Civil					Total
	Soltera	Casada	Unión Libre	Viuda	Divorciada o Separada	
No deprimido	64	75	10	1	14	164
Depresión leve	11	19	1	1	1	33
Depresión moderada	9	8	0	1	1	19
Depresión severa	0	3	1	0	0	4
Depresión muy severa	1	3	0	0	0	4
Total	85	108	12	3	16	224

Fuente: Ficha de Instrumentos Depresión y Estado Civil

GRÁFICA 11

Gráfica de Relación entre Depresión y Estado Civil, en el Personal Femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.64



Fuente: Tabla 11

X. DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue explorar la interacción trabajo-familia, funcionalidad familiar y grado de depresión, en el personal femenino que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64; en donde los resultados mostraron una Interacción positiva trabajo-familia en un mayor porcentaje, lo que refleja el saludable balance entre trabajo y vida personal-familiar el cual ha cobrado gran interés en la investigación en el área de la salud ocupacional, como se han observado en diferentes investigaciones a través del mundo, como en España, Argentina, Japón y México. Donde la relación positiva se presenta cuando las actividades y experiencias del rol laboral se compaginan con las de los roles familiares, logrando un balance satisfactorio entre ellas. En este caso, la interacción es beneficiosa para ambos campos.

Estudiar la Interacción Trabajo-Familia es relevante porque afectan a las decisiones sobre la vida personal, profesional y se relacionan con resultados como el estrés y otros indicadores de salud, como por ejemplo la depresión.

El binomio Trabajo-Familia se relaciona con diversos aspectos que van desde la necesidad de formular políticas que la protejan, hasta las diversas repercusiones que ésta tiene en los ámbitos económicos y de productividad de las organizaciones cuando se presentan conflictos en esta diada. Los vertiginosos cambios en el mundo del trabajo como aquellos que afectan la vida privada y familiar van generando distintas demandas que en muchas ocasiones generan tensiones en su interacción.

En Canadá por ejemplo, se estudió una muestra de 168 médicos, encontrándose que quienes perciben una positiva relación trabajo familia presentan una buena calidad del sueño, luego de controlarse esta asociación por edad, estado físico, depresión y número de hijos (Williams, Franche, Ibrahim, Mustard, & Layton, 2006). También un estudio realizado en una muestra de 12,095 trabajadores con régimen de trabajo por turno, reveló la necesidad de aumentar los días de descanso para garantizar la recuperación de altos niveles de fatiga, mala calidad del sueño, alteración del estado de

salud general, la falta de tiempo libre y el conflicto Familia -Trabajo (van Amelsvoort, Jansen, Swaen, van den Brandt, & Kant, 2004).

Pero no se había observado un estudio abarcando un solo género, y este caso el femenino, donde el total de la muestra fue de 224, donde también se refleja que todas las familias fueron funcionales de acuerdo al instrumento utilizado. Donde también se refleja en el grado de depresión el cual en un 73%, fueron No Deprimidos. Siendo una de las manifestaciones de esta tensión en la Interacción Trabajo-Familia pueden expresarse de diversos modos afectando al trabajador en su bienestar, los miembros de su núcleo familiar, a las empresas en sus dinámicas internas, a la productividad personal y colectiva. De otro modo podrían generar estrés, fatiga, insatisfacción hasta problemas de salud física y mental de mayor peso social y económico.

Las mujeres están accediendo en gran medida a la educación superior y al trabajo remunerado sin que se redistribuyan las tareas y responsabilidades domésticas.

Esto significa que el efecto del trabajo en la familia es más importante y más complejo en el caso de las mujeres, posiblemente porque eluden con mayor dificultad que los hombres el desempeño de esas funciones.

Donde en diferentes estudios se ha observado que las amas de casa se preocupan por el cuidado de su familia, las mujeres estudiantes desean alcanzar una buena realización académica y aquéllas que trabajan se interesan por su cumplimiento en el trabajo y gozar de un cierto tiempo en sus pasatiempos.

A pesar de este últimos estudios se ha corroborado que tanto hombres como mujeres experimentan este conflicto, aunque es de mayor intensidad en las mujeres debido a que son ellas las que más tiempo necesitan para compaginar ambos roles y perciben que el control sobre las cuestiones domésticas y familiares decrece. Las mujeres tienden a percibir menor control que los hombres en relación a sus relaciones interpersonales y ciertos eventos de su vida, sobre todo conforme aumenta su dedicación en el trabajo fuera de casa. Y esto se observa al ver que en este estudio el mayor porcentaje se obtuvo

inclinado hacia una interacción trabajo-familia positivo, predominantemente en todas las categorías. En donde la Interacción Negativa predomina principalmente en Asistente Médicas, seguidas de las Médicas, y Personal Administrativo, por último el Personal Administrativo, esto podría relacionarse a la carga de trabajo, y/o interacción con personas durante la jornada de trabajo, lo que puede ser un factor de estrés; de donde generalmente provienen las quejas de estos respectivamente.

En donde otro dato importante el encontrar de acuerdo al estado civil, que en el mayor porcentaje se encuentran No Deprimidas son las Casadas y Solteras respectivamente, pero a su vez son las que presentan un grado de depresión. Donde se ubican el personal con Depresión Severa y Muy Severa, son la que se encuentran casadas, por lo que probablemente se encuentran otros factores, que en este estudio no fueron abarcados de acuerdo a los objetivos planteados.

Donde también se encontró un grado de No Deprimido de acuerdo a la ocupación, en donde este fue en mayor porcentaje de cada categoría. Aunque el mayor número donde, se encontraron con depresión fueron las Asistentes Médicas, esto tendría relación a que son el mayor porcentaje de participantes. Llama la atención que en el grupo con depresión muy severa se observó en el Personal Administrativo, seguido de Médicas y Asistentes Médica

XI. CONCLUSIONES

El resultado principal de este estudio, es que el personal femenino de la Unidad de Medicina Familiar No.64, presentan una Interacción Trabajo-Familia Positiva, por lo tanto no se cumplió la hipótesis planteada para este trabajo de investigación, demostrando que las mujeres plantean sus perspectivas de futuro dependiendo de sus vivencias y situaciones actuales. Se identifica que todas las familias de la muestra estudiada son funcionales, por lo que se descarta la hipótesis de encontrar familias disfuncionales.

El trabajo y la familia son dos esferas fundamentales en el desarrollo del ser humano, caracterizadas por ser interdependientes y complementarias entre sí, por lo que es importante como es esta relación en el personal que labora en la Unidad de Medicina Familiar, por la sobrecarga de trabajo, que en ocasiones se presenta.

En cuanto al estado civil el predominante de acuerdo al grupo de edad, es casadas, seguidas de solteras, donde esto también influye de forma importante, para valorar la distribución de roles, el cual se reflejó igualmente en la funcionalidad familiar.

El estudio de las relaciones familia-trabajo se produce por el aumento de mujeres con trabajo remunerado y por la existencia de interacciones trabajo-familia. Para explicar ambas relaciones se usan teorías centradas en la naturaleza de las mismas.

Como hemos mencionado, las mujeres se responsabilizan de la mayoría del trabajo doméstico, realizando un mayor esfuerzo total de trabajo, esta doble jornada es una doble presencia debido al desempeño sincrónico de roles. La doble presencia puede verse como la inversa del apoyo familiar, al disminuir éste la carga total de trabajo aumenta, el cual se ha observado en la mayoría de estas una interacción positiva trabajo-familia, donde se traduce que la mujer en su mayoría ha podido establecer un equilibrio, a favor de una funcionalidad familiar.

En este estudio se observa que si se presenta algún grado de depresión el cual podría estar afectando el rendimiento laboral, y/o bajo autoestima personal, el cual en este estudio únicamente se trato de relación en la Interacción Trabajo-Familia, en donde de acuerdo a la hipótesis planteada está no se cumplió ya que se esperaba encontrar una depresión moderada en su mayor porcentaje. En donde en algún Grado de Depresión se relacionaba a la Interacción Negativa Trabajo-Familia.

XII. RECOMENDACIONES

En los últimos años los estudios sobre trabajo y familia han tenido un amplio desarrollo. Dentro de éstos la variable compromiso de rol ha sido analizada como uno de los antecedentes más importantes de la compatibilización trabajo-familia.

Por lo que se deberían abordar temas de superación personal en las sesiones generales, de manera semestral, para evitar algún grado de depresión, así como valorar autoestima en el personal que resultó afectado. Podría elaborarse una intervención para valorar estas variables, y observar si esto ayudaría para mejorar el rendimiento laboral, y por consecuencia menos quejas de los derechohabientes, un mejor ambiente laboral y de convivencia entre compañeros trabajadores.

Así como también se debería brindar apoyo psicológico, al personal que labora para el Instituto, al presentar crisis paranormativas, de gran impacto como por ejemplo: la pérdida del conyugue, pérdida de un hijo, la presencia de una enfermedad.

Sería recomendable hacer un estudio comparativo entre los dos géneros, del personal que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64. Ya que sólo en este estudio solo se abordó al género femenino.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. OIT. Tendencias Mundiales del Empleo de las Mujeres. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial del Trabajo 2007 [consultado 2007 marzo 7].
2. Monteverde GG. ¿Por qué trabajan las mujeres? Revista El Colegio de Sonora [Revista en línea] 1996; 7(12): [161-167] [consultado 2007 mayo 10] Disponible en:http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/12/12_6.pdf
3. Martínez C. Antecedentes del conflicto interrol y su relación con el autoesquema de género. *An Psicol* 2002; 18(2): 305-317.
4. Grennhaus JH. The relation between work-family balance and quality of life. *J Vocat Behav* 2003; 63: 510-531.
5. Mesmer-Magnus JR. Convergence between measures of work-to-family and family-to-work conflict: A metanalytic examination life. *J Vocat Behav* 2005; 67: 215-232.
6. Werbel J, Walter MH. Changing views of work and family roles. A symbiotic perspective. *Hum Resour Manage Rev* 2002; 12: 293-298.
7. Byron K. A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *J Vocat Behav* 2005; 67:169-198.
8. Grennhaus JH. When work and family collide: deciding between competing role demands. *Organ Behav Hum Decis Process* 2003; 90: 291-303.
9. Stoeva AZ. Negative affectivity, role stress, and work-family conflict. *J Vocat Behav* 2002; 60:1-16.
10. Eckenrode J, Gore S. Stress between work and family. New York: Plenum Press, 1990.
11. Burke RJ, Greenglass ER. Work-family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring. *J Occup Health Psychol* 1999; 4(4): 327-336.
12. Frone MR. Antecedent and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *J Appl Psychol* 1991; 77: 65-78.
13. Hochschild A. The time bind: when work becomes home and home becomes work. New York: Metropolitan Books, 1997.
14. Eby LT. Work and family research in IO/OB. Content analysis and review of the literature (1980-2002). *J Vocat Behav* 2005; 8:124-197.
15. Marks SR. Multiple roles and role strain: some notes on human energy, time and commitment. *Am Sociol Rev* 1977; 42: 921-936.
16. Baruch GK. Role quality, multiple role involvement, and psychological well-being in midlife women. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51(3): 983-992.
17. Burke RJ, Greenglass ER. Work-family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring. *J Occup Health Psychol* 1999; 4(4): 327-336.

18. Barnett RC. Fit as a mediator of the relationship between work hours and burnout. *J Occup Health Psychol* 1999; 4(4): 307-317.
19. Bedeian AG. Outcomes of work-family conflict among married male and female professionals. *J Manage* 1988; 14: 475-491.
20. Frone MR. Relation of work-family conflict to health outcomes: a four year longitudinal study of employed parents. *J Organ Behav* 1997; 70: 325-335.
21. Frone MR. Interpersonal conflict at work and psychological outcomes: Testing a model among young workers. *J Occup Health Psychol* 2000; 5(2): 246-255.
22. Greenhaus JH. Work-family conflict, social support and well-being. En: Davidson MJ, Burke RJ, eds. *Women in management; current research issues*. London: Paul Chapman, 1994:213-229.
23. Allen TD, Herst DE, Bruck CS, Sutton M. Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *J Occup Health Psychol* 2000; 5: 278-308.
23. Kinnunen A. Work family conflict and its relations to well-being. The role of personality as a moderating factor. *Pers Individ Dif* 2003; 35: 1669-1683.
24. Almanza-Muñoz, J. Depresión: Prevención y manejo en el primer nivel de atención. *Revista de Sanidad Militar*. 2004; 58, 209-222.
25. Boschetti-Fentanes, B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2004; 6, 61-63.
26. Fusté-Escolano, A. Comportamiento y Salud. En L.A. Oblitas (Coord.) *Psicología de la Salud y calidad de vida* (pp. 23-56). México: Thomson; 2004.
27. García, J.M. y Berrios, M. El significado del trabajo en personas con Patrón de Conducta Tipo A. *Psicothema*. 1999; 11, 357-366.
28. Guadarrama, L., Escobar, A., y Zhang, L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2006; 49, 66-72.
29. Lazarus y Folkman "Estrés y procesos cognitivos", Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España; 1986.
30. Luca P., Sánchez, A., Pérez G. y Leija, L. Medición integral del estrés crónico. *Revista Mexicana De Ingeniería Biomédica*. 2004; XXV, 60 – 66.
31. Martínez, R. *Psicometría: Teoría de los Tests Psicológicos y Educativos*. Madrid, España: Editorial Síntesis; 1996
32. Monroy-Caballero. El estrés ¿Un problema en la práctica del médico familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2001; 3, 91-93.
33. Laura Chioda. *Trabajo y Familia Mujeres América Latina y el Caribe en busca de un equilibrio*. Banco Mundial oportunidades para todos. 2011
34. Minuchin S. (1977). *Familias y terapia familiar*. España. Ed. Gedisa.
35. Minuchin S. Fischman H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

36. Parsons, Talcott (1967). Ensayos de teoría sociológica. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós
37. Benjet C. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública Mex. 2004; 46:417-424.

XIV. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**(ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	INTERACCION TRABAJO-FAMILIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN, EN EL PERSONAL FEMENINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	SEPTIEMBRE –OCTUBRE DEL 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la interacción trabajo-familia, funcionalidad familiar, y el grado de depresión, en el personal femenino, que labora en la Unidad de Medicina Familiar No. 64, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo Septiembre a Diciembre 2013.
Procedimientos:	Encuesta
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se notificara sus resultados de forma personal acerca de la Interacción trabajo familia, funcionalidad familiar y grado de depresión que se encontrara, en caso de encontrarse alguno de estos, poder en un futuro crear estrategias, para evitar alguna de las variantes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará la interpretación de los resultados de forma personal y se proporcionara estrategias a futuro.
Participación o retiro:	La paciente se puede retirar del estudio cuando ella lo desee
Privacidad y confidencialidad:	Las respuestas de esta investigación son confidenciales, con el objeto de explorar y describir, la interacción trabajo-familia, funcionalidad familiar y grado de depresión en el personal femenino que labora en la UMF-64
Beneficios al término del estudio:	Se dara el resultado del test de forma privada y confidencial.

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

Investigador Responsable: M.C y P. Olivia Moreno Zaragoza
UMF 64 teléfono 53-10-20-18 correo electrónico oli.dit@gmail.com

Colaboradores: E. EN M.F. MARIA GUADALUPE SAUCEDO MARTINEZ

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

FICHA DE IDENTIFICACION PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

“INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN, EN EL PERSONAL FEMENINO QUE LABORA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL PERIODO SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”

Folio: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Marque en el recuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

Por su atención, tiempo y aceptar en esté investigación ¡Gracias!

A.NOMBRE: _____

TURNO: MATUTINO VESPERTINO

B.- EDAD: _____

C.- ESTADO CIVIL:

1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre
4. Viuda 5. Separada o divorciada

D.- ESCOLARIDAD:

1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria
4. Universidad 5. Posgrado o maestría

E.- OCUPACIÓN:

1. Médica 2. Enfermera 3. Asistente médica
4. Trabajadora social 5. Personal administrativo 6. Servicios básicos
7. Auxiliares de diagnostico

F.- TIEMPO LABORANDO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR:

- 1.- Menos de un año 2.- Más de un año

INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FUNQUI) PARA EL ESTUDIO

“INTERACCION TRABAJO-FAMILIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN, EN EL PERSONAL FEMENINO QUE LABORA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”

INSTRUCCIONES: Coloque una “X” en la casilla en donde usted considere que se encuentre su familia en el último mes.

1. Respetamos las cosas de todos los integrantes de la familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

2. Acudimos a consulta médica por lo menos una vez cada 6 meses.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

3. Se siente tenso al cuidar a algún familiar enfermo.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

4. Se respeta a las personas de mayor edad en la familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

5. Nos apoyamos entre los integrantes de la familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

6. En la familia tratamos de que la casa se encuentre ordenada.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

7. Resolvemos nuestros problemas hablando entre nosotros.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

8. Acudimos a fiestas de familia o amigos

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

9. Siente que la enfermedad de un familiar afecta la relación entre los integrantes en la casa.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

10. Existe información en la familia sobre cómo evitar embarazos.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

11. Tratamos de que los integrantes de la familia puedan tener ropa y calzado en buenas condiciones.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

12. Antes de entrar a un cuarto tocamos la puerta.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

13. Las reglas en casa las hace papá, mamá o la persona de mayor edad.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

14. Realizamos las tareas de casa entre todos los integrantes de la familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

15. Celebramos logros alcanzados de algún miembro de la familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

16. Se habla con groserías o malas palabras en nuestra casa.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

17. Salimos a compartir o convivir con amigos.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

18. Siente que el cuidar a algún familiar enfermo ha afectado su salud.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

19. En nuestra familia hablamos sobre sexualidad.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

20. Se apoya para que los integrantes de la familia acudan a la escuela.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

21. Se respetan las decisiones que se toman en la familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

22. Se respetan y se cumplen las reglas establecidas en la casa.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

23. Nos gritamos entre los miembros de la familia cuando discutimos.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

24. Cuando alguien de la familia se encuentra decaído se le dan palabras de ánimo.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

25. Nuestra familia realiza actividades en conjunto en la calle, colonia o sector en donde vivimos.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

26. Han habido golpes entre los miembros de nuestra familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

27. Acostumbramos a hablar entre los integrantes de la familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

28. Las labores en el hogar se tratan de hacer de forma igualitaria.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

29. Tratamos de que las comidas las realicemos todos juntos en familia.

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA (SWING) PARA EL ESTUDIO:

“INTERACCION TRABAJO-FAMILIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN, EN EL PERSONAL FEMENINO QUE LABORA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”

A continuación encontrará una serie de situaciones acerca de cómo se relacionan los ámbitos laboral y personal. Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado cada una de las siguientes situaciones durante los últimos seis meses. Marque con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

		0 NUNCA	1 A VECES	2 A MENUDO	3 SIEMPRE
1	Estás irritable en casa porque tú trabajo es muy agotador				
2	Te resulta complicado atender a tus obligaciones domésticas porque estás constantemente pensando en tú trabajo				
3	Tienes que cancelar planes con tú pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales				
4	Tú horario de trabajo hace que resulte complicado para ti atender a tus obligaciones domésticas				
5	No tienes energía suficiente para realizar actividades de ocio con tú pareja/familia/amigos debido a tú trabajo				
6	Tienes que trabajar tanto que no tienes tiempo para tus hobbies				
7	Tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en casa				
8	Tú trabajo te quita tiempo que te hubiera gustado pasar con tú pareja/familia/amigos				
9	La situación en casa te hace estar tan irritable que descargas tú frustración en tus compañeros de trabajo				
10	Te resulta difícil concentrarte en tú trabajo porque estás preocupado por asuntos domésticos				
11	Los problemas con tú pareja/familia/amigos afectan tú rendimiento laboral				
12	Los problemas que tienes con tú pareja/familia/amigos hacen que no tengas ganas de trabajar				

		0 NUNCA	1 A VECES	2 A MENUDO	3 SIEMPRE
13	Después de un día o una semana de trabajo agradable, te sientes de mejor humor para realizar actividades con tú pareja/familia/amigos				
14	Desempeñas mejor tus obligaciones domésticas gracias a habilidades que has aprendido en tú trabajo				
15	Cumples debidamente con tus responsabilidades en casa porque en tú trabajo has adquirido la capacidad de comprometerte con las cosas				
16	El tener que organizar tú tiempo en el trabajo ha hecho que aprendas a organizar mejor tú tiempo en casa				
17	Eres capaz de interactuar mejor con tu pareja/familia/amigos gracias a las habilidades que has aprendido en el trabajo				
18	Después de pasar un fin de semana divertido con tú pareja/familia/amigos, tú trabajo te resulta más agradable				
19	Te tomas las responsabilidades laborales muy seriamente porque en casa debes hacer lo mismo				
20	Cumples debidamente con tus responsabilidades laborales porque en casa has adquirido la capacidad de comprometerte con las cosas				
21	El tener que organizar tú tiempo en casa ha hecho que aprendas a organizar mejor tú tiempo en el trabajo				
22	Tienes más autoconfianza en el trabajo porque tú vida en casa está bien organizada				

TEST DE DEPRESION DE HAMILTON EN EL ESTUDIO:
“INTERACCION TRABAJO-FAMILIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN, EN EL
PERSONAL FEMENINO QUE LABOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64, DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”

A continuación encontrará una serie de situaciones acerca de cómo se relacionan los ámbitos laboral y personal. Por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado cada una de las siguientes situaciones durante los últimos seis meses. Marque con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
2. Sentimientos de culpa	
Ausente	0
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
3. Suicidio	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
4. Insomnio precoz	
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
5. Insomnio intermedio	
No hay dificultad	0
Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2

6. Insomnio tardío	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
7. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
8. Agitación psicomotora	
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
9. Ansiedad psíquica	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4
10. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc. cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
11. Síntomas somáticos gastrointestinales	
Ninguno	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
Sensación de pesadez en el abdomen	2
Dificultad en comer si no se le insiste.	3
Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4

12. Síntomas somáticos generales	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
13. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
14. Hipocondría	
Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
15. Pérdida de peso	
No hay pérdida de peso	0
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	2
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	3
16. Introspección (insight) conciencia de enfermedad	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2