

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43

VILLAHERMOSA TABASCO.

“DISFUNCION FAMILIAR EN HIPERFRECUMENTADORES DE ATENCION PRIMARIA EN EL CONSULTORIO UNO DEL TURNO MATUTINO DE LA UMF No. 32 DE VILLA LA VENTA TAB.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GUSTAVO AMADOR SANCHEZ

VILLAHERMOSA TABASCO

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“DISFUNCION FAMILIAR EN HIPERFRECUENTADORES DE ATENCION PRIMARIA EN EL CONSULTORIO UNO DEL TURNO MATUTINO DE LA UMF No. 32 DE VILLA LA VENTA TAB.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GUSTAVO AMADOR SANCHEZ

AUTORIZACIONES

**DRA. SAHARA DE LEON ALMEIDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS, MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43
VILLAHERMOSA TABASCO.**

**DRA. IVONE BROWN GOMEZ
JEFA DE DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UMF 43
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

**M EN C. SERGIO EDUARDO POSADA AREVALO
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
ASESOR METODOLOGICO**

**M EN C. ROSA ELENA MALDONADO CRUZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
VILLAHERMOSA, TABASCO. 2006**

**“DISFUNCION FAMILIAR EN HIPERFRECUENTADORES DE
ATENCION PRIMARIA EN EL CONSULTORIO UNO DEL TURNO
MATUTINO DE LA UMF No. 32 DE VILLA LA VENTA TAB.”**

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

PRESENTA:

GUSTAVO AMADOR SANCHEZ

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Gracias por todo aquello que me has dado, porque sino creyera en ti nada tendría.

A MIS MAESTRAS(OS)

Por compartir sus conocimientos y enseñanzas y guiarme por el camino para lograr el éxito.

A MIS PADRES.

Gracias por guiarme y enseñarme que con perseverancia y esfuerzo constante se logra el éxito.

A MIS HERMANOS.

Por su apoyo incondicional y estímulo constante, porque se que en cada uno de ustedes hay además un verdadero amigo.

A MI ESPOSA.

Por creer en mí y compartir juntos este maravilloso sueño, por tu amor, apoyo, paciencia y comprensión constante, mil gracias.

A MIS HIJOS.

Perdón por haberles robado de su maravilloso tiempo

A MIS COMPAÑERAS(OS)

Gracias por ese gran equipo y hacernos el camino más ameno porque sin ustedes habría sido monótono y aburrido.

INDICE

Marco teórico

Planteamiento del problema

Justificación

Objetivos

Objetivo general

Objetivos específicos

Hipótesis de trabajo

Hipótesis nula

Hipótesis alterna

Hipótesis nula

Prueba de hipótesis

.

Metodología

Tipo de estudio

Población, lugar y tiempo de estudio

Tipo de la muestra

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Variables

Dependientes e independientes

Definición operacional de las variables

Procedimiento

Procedimiento para capturar la información

Consideración ética

Resultados

Descripción de los resultados

Cuadros y graficas

Discusión

Conclusiones

Referencias bibliográficas

Anexos

RESUMEN

ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL PRIMER NIVEL.

Objetivo.

Conocer la prevalencia de disfunción familiar y su fuerza de asociación con integrantes de esos núcleos familiares hiperfrecuentadores del servicio de Medicina Familiar del IMSS en la UMF No. 32 de Villa la Venta perteneciente el Municipio de Huimanguillo, Tabasco.

Material y métodos.

Estudio observacional, casos y controles. Periodo agosto-septiembre de 2006, derechohabientes del IMSS en Villa La Venta, Huimanguillo, Tabasco. Muestra por conveniencia 25 hiperfrecuentadores de medicina familiar conocidos (7 o más consultas por año sin enfermedad crónica), 50 controles aleatorios. Detección de disfunción familiar con instrumento FACES III (D.H.Olson, versión en español C. Gómez) que combina la cohesión y adaptabilidad familiar. Medición de proporciones y razón de momios. Caso = Hiperfrecuentador, Exposición = disfunción familiar.

Resultados.

Edad de los sujetos 17 a 74 años, 48 femeninos y 27 masculinos, casados el 74%, estudiantes 54%. Prevalencia de disfunción familiar en hiperfrecuentadores 52%, en controles 46%, diferencia no significativa. OR = 1.27 (IC₉₅ 0.79, 2.02). Prevalencia de disfunción familiar en personas en unión libre 25%, en viudos 33%, en casados 50%, en solteros 66% y en divorciados 100%.

Conclusiones.

En este grupo no encontramos evidencia de mayor prevalencia de disfunción familiar en hiperfrecuentadores, ni que la disfunción familiar se asocie con la característica de hiperfrecuentador de atención médica en el primer nivel. Los resultados no están de acuerdo con lo reportado en otras series. Esto puede deberse a la prevalencia elevada de disfunción familiar en ambos grupos, o a una muestra no representativa. Se requieren muestras más grandes estratificadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hiperfrecuentación genera una gran parte de la carga de trabajo en atención primaria, es un fenómeno no bien comprendido por los médicos familiares que puede llegar a generar una relación médico-paciente disfuncional. Además la utilización frecuente de los servicios de salud por iniciativa del paciente parece ser problemática para el médico debido a que en muchas ocasiones las demandas del paciente no pueden ser justificadas por los hallazgos del médico.

Por lo cual es importante un abordaje familiar en el campo de la atención primaria para medir la relación que hay entre disfunción familiar y el uso constante sin causa aparente de los servicios de salud, así como una aproximación al paciente bajo un enfoque biopsicosocial en nuestro medio.

¿La prevalencia de disfunción familiar es mayor en pacientes hiperfrecuentadores que en los no hiperfrecuentadores en la UMF 32 del IMSS en la Venta Tabasco?

MARCO TEORICO

La familia como conglomerado social constituye un grupo primario de fundamental importancia en nuestra sociedad; por lo que debemos dar preferencia al estudio de la disfunción familiar que constituye un verdadero reto para el médico familiar en su precisión diagnóstica. (1)

Este hecho obedece a la carencia de criterios institucionales estandarizados para el estudio de la familia y el de sus funciones.

El médico especialista en medicina familiar cuenta con preparación suficiente como para diagnosticar las disfunciones familiares y tratar aquellas que estén en su área de competencia y capacidad resolutive. La experiencia ha demostrado que la capacidad para reducir el sufrimiento de una familia depende, entre otras variables, de la sistematización de dichas intervenciones. Lo cual significa que debe existir una correlación entre el tipo de familia disfuncional, la disfuncionalidad existente y la estrategia de manejo o tratamiento para corregirla.

Actualmente diversas disciplinas estudian a la familia, sin embargo para los médicos familiares existen tres principios fundamentales a considerar en su estudio como unidad terapéutica, el primero y de mayor importancia es la disfunción de un miembro de la familia ya que esta altera las relaciones con los demás, en segundo lugar el restablecimiento puede ser afectado por las relaciones familiares, así como la dinámica familiar que es el reflejo de su funcionalidad y las crisis del diario vivir y, finalmente la prevención y detección oportuna se realiza mejor con una perspectiva familiar.

La metodología para elaborar el diagnóstico y el plan de manejo de las disfunciones familiares parte de diferentes marcos teóricos de referencia, entre los que se contemplan las siguientes teorías:

- * General de los sistemas
- * Estructura de la familia
- * General de la comunicación humana
- * Dinámica de la familia

La familia debe por tanto ser considerada como un organismo dinámico e integral de la sociedad que está creciendo y cambiando constantemente, dentro de la cual se desarrollan funciones que mantienen un equilibrio interno entre sus miembros manteniendo una dinámica constante entre sus fuerzas positivas y negativas generadas por el comportamiento de cada una de sus integrantes según manifestó Jackson. (2)

Así la familia como un sistema es afectada por cada uno de sus integrantes de tal modo que si alguno de sus miembros presenta un comportamiento anormal todo el sistema familiar y su funcionamiento se ven afectados.

La relación entre los miembros de una familia está firmemente ligada de tal modo que las variaciones en el comportamiento de sus integrantes desencadena las alteraciones funcionales en los otros y en consecuencia en el funcionamiento familiar.

A veces cada integrante pasa por situaciones disfuncionales dentro del ciclo vital de la familia. Si el médico familiar considera el sitio de cada individuo en su desarrollo individual y familiar y analiza los acontecimientos de su vida externa puede anticipar problemas y ofrecer orientación preventiva lo que se enlaza con el concepto de orientación anticipada que puede considerarse como un instrumento para evitar la presencia del problema, limitando de ésta manera la hiperfrecuentación de los servicios de salud por pacientes con somatización de sus disfunciones familiares.

La hiperfrecuentación genera una gran parte de la carga de trabajo en atención primaria, es un fenómeno no bien comprendido por los médicos familiares que puede llegar a generar una relación médico-paciente disfuncional. Además la utilización frecuente de los servicios de salud por iniciativa del paciente parece ser problemática para el médico debido a que en muchas ocasiones las demandas del paciente no pueden ser justificadas por los hallazgos del médico.(3)

Muchos médicos de atención primaria no comparten ésta opinión justificada de la hiperutilización y defienden que en gran medida éste fenómeno no tiene explicación.

Como sucede en algunos estudios realizados en España en la región Vasca, en los cuales se ha demostrado que hasta en el 50% de todas las visitas realizadas en atención primaria no se identifica la presencia de un problema médico, o una demostrable patología orgánica, que explique las quejas del paciente.(4)

Esto puede ser debido a que el médico se centra exclusivamente en las enfermedades físicas. Si esto es así, los factores psicosociales asociados con la hiperfrecuentación no son detectados. Esto parece estimular a los pacientes cuyos problemas no han sido detectados, a consultar con mucha frecuencia, entrando en un círculo vicioso de visitas realizadas por su propia iniciativa, que no son entendidas como necesarias por el médico. (4)

Es importante conocer la utilización de los servicios médicos para su planificación y evaluación, por ello varios autores han estudiado distintos factores y variables que influyen en el mal uso de los servicios médicos, (5,6), dichos factores se pueden resumir en tres grandes bloques:

- 1.- Individuales
- 2.- Médicos
- 3.- Familiares

Dependientes de la organización de los servicios de salud; cuando se intenta evaluar la utilización de los servicios de salud dentro de los factores individuales la situación de necesidad, desempeña un papel principal entendiéndose como la percepción de malestar o de enfermedad que mueve al paciente a consultar, a veces de forma reiterada.

Por otra parte diversas características sociodemográficas del paciente (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción) actúan como moduladores de dicha necesidad. (7)

Dentro de los factores familiares, muchos de los trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos o síntomas mal definidos en general se deben a alteraciones de la función familiar.(3)

Se ha demostrado según lo explica Ramsey CH. que el estrés psicosocial aumenta la necesidad de acudir a la consulta médica por somatización del estrés o por que el mismo estrés psicosocial facilita por mediación neuroendocrina e inmunológica la aparición de precursores de enfermedad. (8)

En un estudio realizado en Colombia se demostró que la demanda de consulta médica fue cuatro veces mayor entre los miembros de las familias con disfunción familiar en comparación con las familias funcionales, lo que demuestra un empleo excesivo de los servicios de salud por familias con disfunción.(9)

El estudio observó que los pacientes pertenecientes a familias disfuncionales tenían problemas en su cohesión, adaptabilidad y comunicación lo que generaba niveles altos de ansiedad.

Dentro de un modelo de salud familiar es importante realizar acciones multidisciplinarias preventivas con éste grupo de personas, para mejorar su bienestar biosicosocial. Esto tendrá un impacto en la reducción de la demanda de los servicios de salud. (9)

En España en un estudio realizado en el año 2000 se encontró que un 64.8% de los hiperfrecuentadores presentaban disfunción familiar dato que varía de los reportados en Colombia el cual es de 43 a 54 % y en México del 77%.

En Colombia entre 1995 y 1996 se realizaron diversos estudios que medían la funcionalidad familiar encontrando disfunción familiar entre el 43 y 54 % de las familias estudiadas. (9)

En México Huerta y colaboradores encontraron en un estudio realizado en el 2001 una disfunción familiar del 77% el cual tiene una gran variación en relación a los estudios colombianos. (10)

La familia disfuncional se define como aquella que no cumple con sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno. (11)

Otros autores han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de la crisis y la disfunción familiar (12).

El problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos psíquicos subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial. (10)

A veces la falta de conocimiento se puede atribuir a las características y formación del médico de atención primaria, basada en conceptos biomédicos tradicionales; otras se pueden atribuir a la actitud del paciente que no considera adecuado consultar con su médico este tipo de problemas. (13)

Así mismo otro tipo de problema añadido, sería la falta de indicadores que permitan relacionar la consulta con los problemas psicosociales, (14-15)

Por último no debemos olvidar los factores relacionados con la propia organización de los servicios de salud, entre ellos con la accesibilidad, que facilitarían o impedirían el uso de los mismos.

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de las familias, entre los más importantes se encuentran los siguientes: Family Assessment Derice (FAD), Self report Family Inventory (SFI), Family Functioning index (FFI), Family Functioning Questionnaire (FFQ), Family APGAR Y el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES).

El Modelo Circunflejo de Olson es el modelo teórico para la escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES), tiene dos versiones y el FACES III ha sido elaborado recientemente. Por su fácil comprensión y por ser muy utilizado este método fue el más adecuado para la elaboración de nuestro estudio.

El paciente clasifica su propia familia a partir de 20 cuestiones según una escala del 1 al 5. Este instrumento tiene la desventaja de que sólo ve el punto de vista del individuo que realiza el cuestionario.

Con este instrumento evaluamos la funcionalidad familiar mediante la perspectiva de un miembro de la misma. (FACES III. Family adaptability and Cohesion evaluation scales. Descrito por D. H. Olson, J.Portner e Y. (22)

Versión en español de C. Gómez y C. Irigoyen. El cual consta de 20 ítems diez para cada variable, la forma en que reaccionaría la familia ante ciertas circunstancias según los valores de la escala de Likert que integra cinco alternativas que van del total acuerdo al total desacuerdo y que aparecen en la encuesta con el puntaje siguiente: nunca 1, casi nunca 2, algunas veces 3, casi siempre 4, y siempre 5.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la fuerza de asociación entre disfunción familiar e hiperfrecuentador del servicio de medicina familiar en la UMF32 del IMSS en Tabasco en el año 2006.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de disfunciones familiares en hiperfrecuentadores de los servicios de salud de primer nivel de atención.
2. Medir el OR (Razón de posibilidades) de la disfunción familiar al compararlos con no hiperfrecuentadores.
3. Describir las características familiares de los hiperfrecuentadores de los servicios de salud de primer nivel.

HIPOTESIS DE TRABAJO

HIPOTESIS NULA

La proporción de disfunción familiar en el grupo de pacientes hiperfrecuentadores es igual que la que existe en el grupo de no hiperfrecuentadores.

La razón de momios (OR) de la fuerza de asociación entre familia disfuncional y paciente hiperfrecuentador no es mayor a la unidad, y en el intervalo de confianza existen valores menores a 1.0

HIPOTESIS ALTERNA

La proporción de disfunción familiar en el grupo de pacientes hiperfrecuentadores es mayor comparada con el grupo de no hiperfrecuentadores.

La razón de momios (OR) de la fuerza de asociación entre familia disfuncional y paciente hiperfrecuentador es mayor a la unidad, y en el intervalo de confianza no existen valores menores a 1.0

HIPOTESIS ESTADISTICA

Ho: $p_A = p_B$

Ha: $p_A > p_B$

Donde:

A = Grupo de hiperfrecuentadores.

B = Grupo control de no hiperfrecuentadores.

P = Proporción de pacientes con disfunción familiar.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Diferencia entre proporciones de grupos no relacionados, mediante el programa

STATS con un 95 % de confianza, z Igual o mayor a 1.96, $p < 0.05$

JUSTIFICACIÓN

Pensamos que ante pacientes que utilizan reiteradamente los servicios de salud de primer nivel por síntomas inespecíficos se deberían estudiar su función familiar, puesto que ésta puede ser uno de los múltiples factores que influya en la hiperutilización de los servicios mediante la somatización de diversos padecimientos.

Al analizar los factores que influyen en el uso de los servicios médicos, “la necesidad de salud” por parte del paciente desempeña un papel muy importante y una persona considerada como hiperutilizadora no siempre significa que haga un uso inadecuado de la consulta.

Así la necesidad de comunicación del paciente de informar sobre sus padecimientos lo mueve a expresarle al Médico Familiar en forma frecuente la mayoría de sus dolencias.

Por otra parte, son las características o el perfil del médico o la organización de los servicios sanitarios los factores que influyen en dicha hiperutilización, que hay que tener en cuenta e intentar detectar una posible disfunción familiar ante pacientes que con frecuencia nos consultan por síntomas banales. Por lo tanto el médico familiar debe tener la capacidad para detectar y manejar familias con disfunción familiar.

Es difícil de predecir las variables que influirán en los servicios de salud pero entendemos que la percepción de la salud juega un papel crucial, (16) así como variables relacionadas con la conducta del profesional médico y con la accesibilidad ya comentada.(17)

Consideramos nuestro estudio de gran trascendencia puesto que nos permitió conocer el grado de disfunción familiar lo que nos facilitará incidir en forma directa sobre los factores que condicionan que un individuo acuda en forma reiterada a solicitar atención médica de primer nivel convirtiéndose en un hiperfrecuentador.

Además del impacto económico beneficio directamente a los servicios de salud de primer nivel, puesto que al disminuir la frecuencia de éstos pacientes debido a la limitación de la somatización de sus padecimientos, los costos derivados del uso frecuente de los servicios de salud disminuirán reflejándose como un ahorro en nuestra Unidad de Medicina Familiar de atención primaria.

Esto contribuirá a que hagamos un manejo correcto de su disfunción familiar lo cual nos permitirá reintegrar a la familia a la sociedad en una forma funcional, su salud como individuo o familia funcional mejorará al limitar los factores que provoquen o faciliten la somatización de sus padecimientos.

La calidad de nuestros servicios mejoro puesto que al tener identificado a un individuo con una familia disfuncional nos permitirá dar un enfoque terapéutico adecuado para mejorar la funcionalidad de la familia, mejorando consecuentemente la salud del individuo afectado.

La factibilidad de la realización de nuestro estudio es posible debido al bajo costo que implicó realizarlo puesto que para ello solo necesitamos de la aplicación de encuestas de forma directa al paciente.

Consideramos nuestro estudio como ético puesto que los resultados fueron confidenciales y que no afectaron los valores morales del individuo ni de su familia puesto que fueron manejados única y exclusivamente para fines terapéuticos y de investigación.

En conclusión consideramos que el estudio beneficia al paciente al determinar cual es la situación disfuncional que lo mueve a acudir en forma reiterada a recibir atención médica como consecuencia de la somatización de sus padecimientos, puesto que esto nos permite estar en un mejor nivel mediante el cual nos será posible darle un manejo adecuado a su disfunción familiar mejorando así su funcionalidad familiar e incorporándolo a la sociedad, además que limitó el costo económico al evitar su desplazamiento hasta la unidad de atención de primer nivel.

Fue importante el abordaje familiar en el campo de la atención primaria y ver la relación entre disfunción familiar y mala utilización de los servicios sanitarios (1) así como una aproximación al paciente bajo un enfoque biopsicosocial. (15)

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de tipo observacional, casos y controles.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

La población objeto de estudio fue la atendida en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en Villa La Venta, Municipio de Huimanguillo, Tabasco. Se trata de una unidad periférica de primer nivel de atención, que cuenta con un total de 578 familias adscritas con un total de 2312 derechohabientes.

Fueron estudiados todos los hiperfrecuentadores detectados en el periodo comprendido del 1° de Agosto del año 2005 al 31 de Septiembre del año 2006.

TIPO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO

Se incluyeron a todos los hiperfrecuentadores detectados durante un año , de los cuales se tienen un total de 25 hiperfrecuentadores identificados, se estudio además un doble grupo control para darle mayor veracidad y confianza; es decir por cada individuo hiperfrecuentador se estudiaron dos Individuos no hiperfrecuentadores para identificar la relación que existe entre disfunción familiar e hiperfrecuentador de los servicios de salud extendiéndose así a un total de 75 individuos estudiados.

Consideramos como hiperfrecuentador aquellos individuos que consultaron un número de veces superior a 6 visitas al año (5, 11, 18,19) (de las visitas realizadas a lo largo del año de estudio)

CRITERIOS DE INCLUSION

- * Mayores de 17 años.
- * Ambos sexos.
- * Sin enfermedad crónico degenerativa.
- * Que hayan acudido más de 6 veces a la consulta en un año.
- * Vigentes en la unidad

CRITERIO DE NO INCLUSION

- * Menores de 17 años
- * Con enfermedad crónico degenerativa
- * Que hayan acudido menos de 7 consultas al año
- * Que no pertenezcan al universo de trabajo

CRITERIOS DE ELIMINACION

- * Que hayan causado baja (sin licencia o derecho al servicio medico.)
- * Que hayan muerto
- * Cambio de adscripción
- * Encuestas mal contestadas

VARIABLES:

INDEPENDIENTES

Disfunción familiar

Cohesión

Adaptabilidad

DEPENDIENTE

Hiperfrecuentador

Estado de no hiperfrecuentador (control)

Estado de hiperfrecuentador (caso)

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

DISFUNCION FAMILIAR

Trastorno o deterioro en el funcionamiento, desarrollo o capacidad adaptativa social de la familia.

Para fines de nuestro estudio consideraremos como disfuncionales a aquellas familias que queden dentro del siguiente puntaje lineal según la tabla de evaluación del FACES III:

1 a 4 Disfunción severa

5 a 12 Disfunción leve

13 a 16 Funcionales

COHESION

Unión de personas o cosas entre sí.

ADAPTABILIDAD

Capacidad de amoldarse a circunstancias o condiciones.

ESTADO DE HIPERFRECUENTADOR

Individuo que acude reiteradamente ha hacer uso de los servicios de salud en un numero mayor de 6 veces al año.

ESTADO DE NO HIPERFRECUENTADOR

Individuo que acude ha hacer uso de los servicios de salud en un número menor de 7 veces al año.

Para que la función familiar sea medible aplicaremos un instrumento que evalúa la funcionalidad familiar mediante la perspectiva de un miembro de la familia denominado FACES III.

PROCEDIMIENTO

Se integra una muestra con una significancia del 0.05 y una confianza del 0.95.

Se estudió el total de pacientes hiperfrecuentadores detectados en la Unidad de Medicina Familiar que acudieron a consulta durante un año, que llenaron los criterios de inclusión de la Unidad de Medicina Familiar.

Se tomaron en cuenta las visitas a demanda y las visitas programadas recogidas en las historias clínicas. Se estudiaron un total de 25 individuos considerados como hiperfrecuentadores que fueron detectados en la Unidad de Medicina Familiar Número 32.

Por lo tanto todos los individuos considerados como hiperfrecuentadores así como a los Individuos que integran el doble grupo control se les aplicó el siguiente test de estudio:

El cual consta de 20 ítems diez para cada variable, la forma en que reaccionaría la familia ante ciertas circunstancias según los valores de la escala de Likert que integra cinco alternativas que van del total acuerdo al total desacuerdo y que aparecen en la encuesta con el puntaje siguiente: nunca 1, casi nunca 2, algunas veces 3, casi siempre 4, y siempre 5.

Aplicadas las encuestas se calificaron sumando los ítems noes para cohesión y los pares para adaptabilidad y se buscaron las calificaciones obtenidas en la tabla de puntaje lineal y se ubicaron las familias en uno de los 16 tipos de familia que el Modelo Circunflejo de Olsen califica. (22)

La relación de datos del estudio se hizo mediante entrevistas individuales por un médico residente de medicina familiar, se analizaron las siguientes

Características:

- Universales (edad, sexo, estado civil, ocupación).
- Función familiar mediante el test de FACES III

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se realizó la elaboración de documentos y el proceso de la información empleando el programa de Word 2000. Así mismo los datos fueron recopilados y almacenados en el programa EPI INFO.

CONSIDERACION ETICA

Todos los participantes recibieron información amplia, integral, y satisfactoria sobre el estudio a realizado, firmando por escrito el consentimiento informado, considerando la confidencialidad de la información y el derecho a no participar en el estudio.

RESULTADOS

Para la realización de este estudio se entrevistaron un total de 75 individuos de los cuales 25 fueron hiperfrecuentadores (33 %) detectados en la consulta externa de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 32 del IMSS de la Localidad de Villa la Venta, Tabasco. Se determinó que por cada individuo hiperfrecuentador se estudiara un doble grupo control, por lo tanto se entrevistaron un total de 50 individuos no hiperfrecuentadores a los cuales se les aplicó a cada uno de ellos, tanto hiperfrecuentadores como no hiperfrecuentadores la encuesta del FACES III, siendo un total de 75 individuos entrevistados. Se incluyó a todos los individuos que llenaron los criterios de inclusión; el rango de edad de los individuos entrevistados va de los 17 a los 74 años.

Del total de individuos entrevistados se encontró que en relación al sexo 48 (64 %) fueron del sexo femenino y 27 (36 %) del sexo masculino. Grafica 1



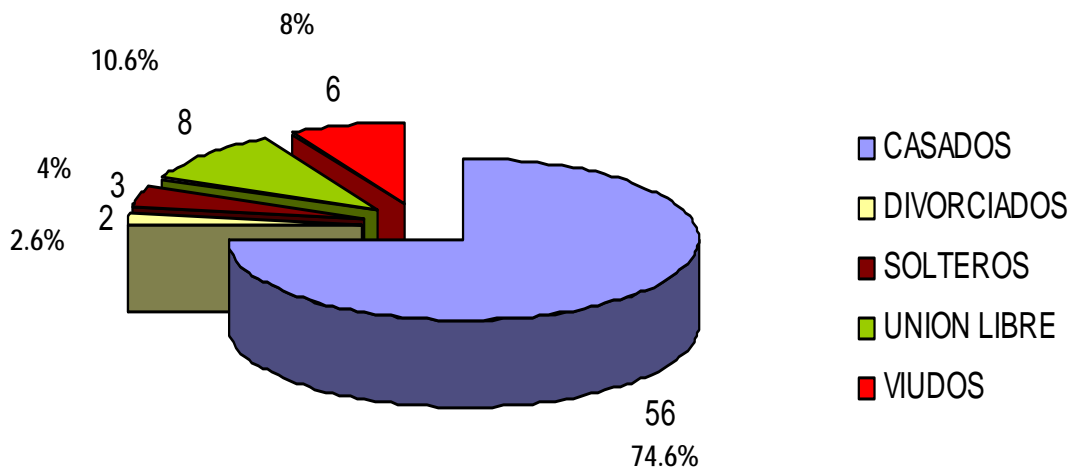
GRAFICA 1

FUENTE: FACES III versión en español aplicados.

En relación al estado civil se encontró que 56 (74.6 %) fueron casados, 2 (2.6 %) divorciados, 3 (4 %) solteros, 8 (10.6 %) en unión libre, 6 (8 %) viudos.

En cuanto a la ocupación 10 (13.3 %) se dedican al campo, 3(4 %) son estudiantes, 43 (57.3 %) se dedican al hogar, 12 (16 %) son obreros y 7 (9.3 %) se dedican a otra actividad. Grafica 2

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL



GRAFICA 2

Total de individuos entrevistados en relación a su estado civil

Fuente: FACES III versión en español aplicados

En relación al estado civil se encontró un total de 56 individuos (100 %) casados de los cuales 28 (50 %) presentan disfunción familiar y 28 (50 %) con familias funcionales. Grafica 3



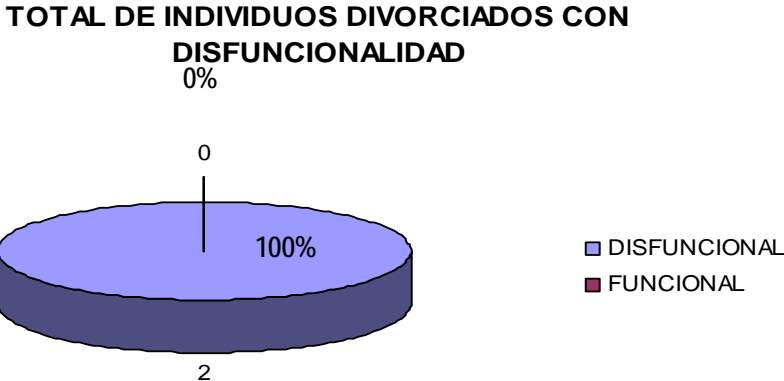
GRAFICA 3

Total de individuos casados según su funcionalidad`

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

En los divorciados se encontraron 2 individuos (100 %) con disfunción familiar.

Grafica 4

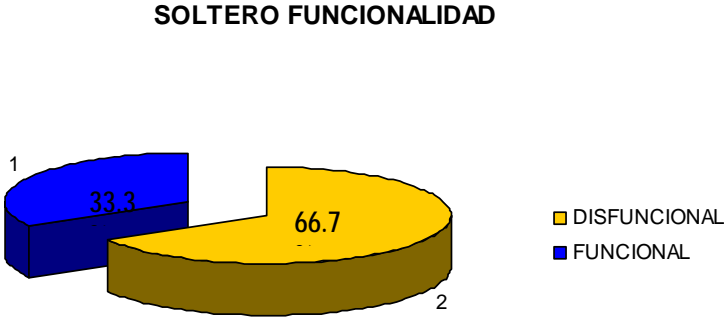


GRAFICA 4

Total de individuos divorciados con disfuncionalidad

Fuente: FACES III versión en español

Mientras que en el grupo de los solteros se encontró un total de 3 individuos (100%) de los cuales 2 (66 %) presentan disfunción familiar y 1 (33 %) presenta familia funcional. Grafica 5



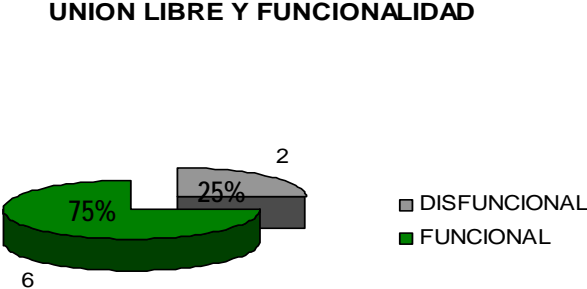
GRAFICA 5

Total de solteros encuestados

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

En el grupo de los que viven en unión libre se tiene un total de 8 individuos (100 %) de los cuales 2 (25 %) tienen disfunción familiar y 6 fueron funcionales (75 %).

Grafica 6



GRAFICA 6

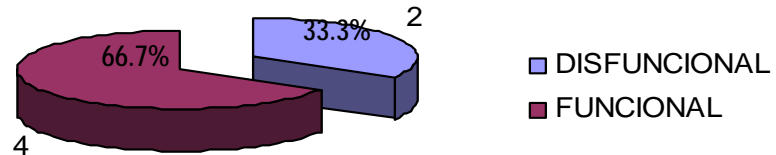
Total de individuos en unión libre encuestados

Fuente: FACES III versión en español

En relación a los viudos se detecto un total de 6 individuos (100 %) de los cuales 2 (33.3 %) presentan disfunción familiar y 4 (66.7 %) tienen familias funcionales.

Grafica 7

VIUDO Y FUNCIONALIDAD

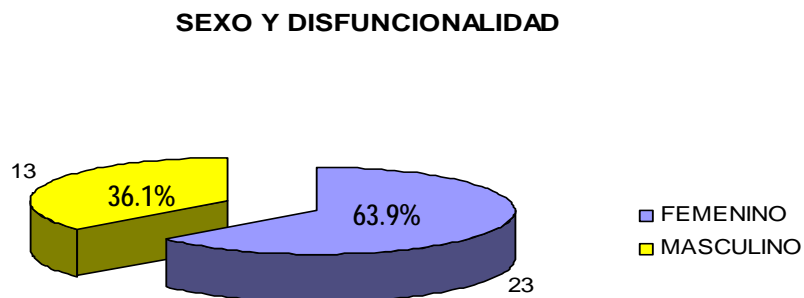


GRAFICA 7

Total de individuos viudos encuestados

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

En relación al sexo en los individuos con familia disfuncional se encontró que 23 fueron mujeres lo que representa el 63.9% y 13 hombres lo que corresponde al 36.1 %. Grafica 8

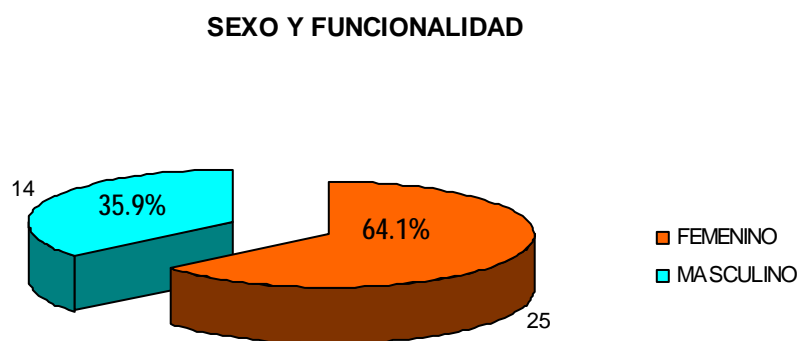


GRAFICA 8

Total de individuos que presentaron disfunción familiar

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

Mientras que en los individuos con familia funcional fueron 25 mujeres lo cual representa el 64.1 % y 14 hombres siendo el 35.9 %. Grafica 9



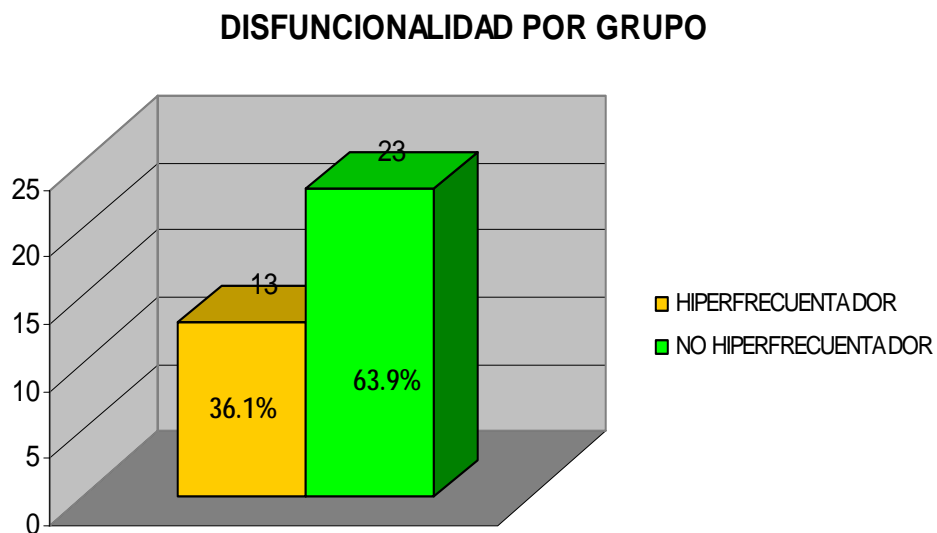
GRAFICA 9

Total de individuos entrevistados con familias funcionales

Fuente: FACES III versión en español aplicadas

En el grupo de los hiperfrecuentadores se encontró un total de 13 individuos con disfunción familiar lo que representa el 52 %; de los cuales 8 fueron mujeres (32 %) todas con familias con disfunción leve y 5 hombres (20 %) de los cuales 3 (12 %) con familias con disfunción leve y 2 (8 %) con disfunción familiar severa.

Mientras que en el doble grupo control de los no hiperfrecuentadores se encontró un total de 23 individuos con disfunción familiar lo que representa el 46 %. De los cuales 15 fueron mujeres (30 %) de estas 14 (28 %) presentaron disfunción familiar leve y 1 (2 %) disfunción familiar severa y un total de 8 hombres (16 %) de los cuales 5 (10 %) presentaron disfunción familiar leve y 3 (6%) disfunción familiar severa. Grafica 10

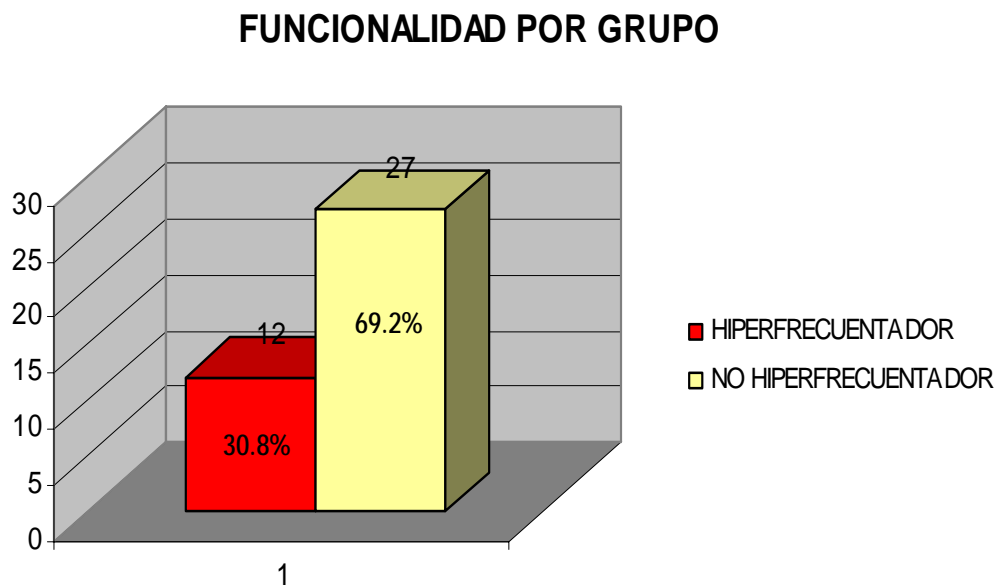


GRAFICA 10

Total de individuos con disfunción familiar pertenecientes a ambos grupos tanto hiperfrecuentadores como no hiperfrecuentadores.

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

En relación a la funcionalidad en ambos grupos; se encontraron que 12 (30.8 %) pertenecen al grupo de hiperfrecuentadores y tenían familias funcionales, en tanto que en los no hiperfrecuentadores 27 (69.2 %) individuos tienen familias funcionales. Grafica 11



GRAFICA 11

Total de individuos con familias funcionales pertenecientes a ambos grupos

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

En relación a la ocupación el grupo de mayor incidencia fue el de las mujeres dedicadas al hogar, de las cuales se encontraron 43 (57.3%) mujeres dedicadas a ello, de estas 21 (48.8 %) presentaron disfunción familiar. Mientras que 22 (51.2 %) fueron funcionales.

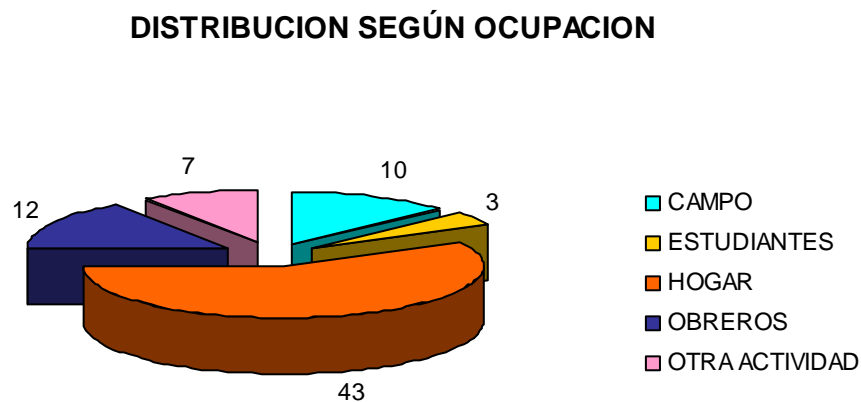
En el grupo de los obreros se encontró un total 12 (16 %) individuos

En el grupo de los dedicados al campo se encontró un total de 10 (13.3 %) individuos.

En los que se dedican a otra actividad se detectaron un total de 7 (9.3 %) individuos.

Finalmente en el grupo de los estudiantes se encontró un total de 3 (4 %) individuos.

Grafica 12



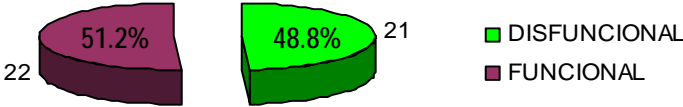
GRAFICA 12

Total de individuos encuestados según su ocupación.

Fuente: FACES III versión en español aplicadas

En relación a la ocupación y la funcionalidad se encontró en total 43 (100 %) mujeres dedicadas al hogar de las cuales 21 (48.8 %) mujeres con familia disfuncional Y 22 (51.2 %) mujeres con familias funcionales. Grafica 13

HOGAR Y FUNCIONALIDAD



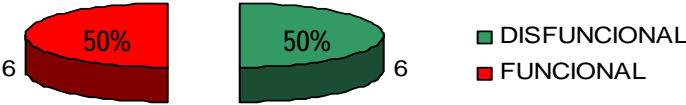
GRAFICA 13

Total de mujeres encuestadas dedicadas al hogar.

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

En relación a la ocupación se encontró un total de 12 (100 %) individuos de ocupación obreros, de los cuales 6 (50 %) tenían disfunción familiar y 6 (50 %) con familias funcionales. Grafica 14

OBRERO Y FUNCIONALIDAD



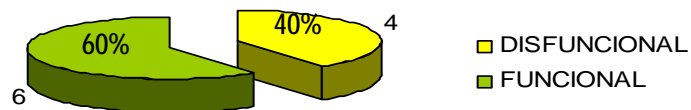
GRAFICA 14

Total de obreros según su funcionalidad

Fuente: FACES III versión en español aplicadas

En relación al total de individuos dedicados al campo fueron 10 (100 %) de los cuales 6 (60 %) presentaron disfunción familiar y 4 (40 %) presentaron familias funcionales. Grafica 15

CAMPESINO Y FUNCIONALIDAD



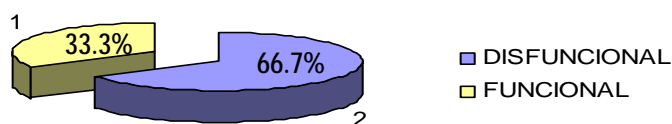
GRAFICA 15

Total de individuos dedicados al campo según su funcionalidad

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

En relación a los individuos que se dedican al estudio se detecto un total de 3 (100 %) de los cuales 1 (33.3 %) presentó familia funcional y 2 (66.7 %) tienen familias disfuncionales. Grafica 16

ESTUDIANTE Y FUNCIONALIDAD

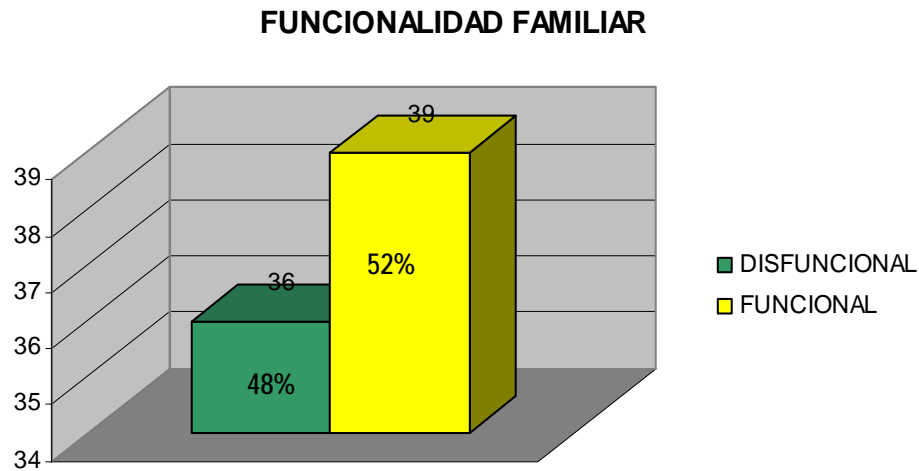


GRAFICA 16

Total de estudiantes entrevistados según su funcionalidad

Fuente: FACES III versión en español aplicadas.

En relación a la funcionalidad se encontró que 36 de los individuos encuestados pertenecen a una familia disfuncional lo que representa el 48 % y 39 tienen una familia funcional lo que corresponde al 52 %. Grafica 17



GRAFICA 17

Total de individuos encuestados con familias disfuncionales y funcionales.

Fuente: FACES III versión en español aplicadas

Se encontró además que el rango de edad de los individuos con familias disfuncionales se encuentran entre los 20 y los 74 años, con una edad promedio de 44 años, mientras que en el grupo de individuos con familias funcionales el rango de edad se amplía de los 17 a los 74 años con una edad promedio de 44 años similar a la de individuos con familia disfuncional.

En los tres grupos estudiados se encontró un total de 36 individuos con disfunción familiar de los cuales 13 (36.1 %) que pertenecen al grupo de los hiperfrecuentadores y 23 (63.9 %) que pertenecen al grupo de los no hiperfrecuentadores.

RESULTADOS DE PRUEBA DE HIPOTESIS

Diferencia entre proporciones de dos grupos no relacionados.

Con el programa Stats se encontró que no hay diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de disfunción familiar en el grupo de hiperfrecuentadores y el de no hiperfrecuentadores. Tabla 1

Grupo	Con disfunción familiar	Proporción
Hiperfrecuentadores n = 25	13	.52
No hiperfrecuentadores n = 50	23	.46

Probabilidad de que esta diferencia sea significativa 37.63 %, $z = 0.49$

La razón de momios encontrada fue la siguiente: Tabla 2

Funcionalidad	Hiperfrecuentador		Suma
	Si	No	
Si	13	23	36
No	12	27	39
Suma	25	50	75

$$OR = (13 \cdot 27) / (23 \cdot 12) = 1.27$$

Intervalo de confianza al 95% = Exp. (LognOR +- 1.96 (Error estándar)

Intervalo de confianza = 0.79, 2.02

$$OR = 1.27 (IC_{95} \ 0.79, 2.02)$$

La razón de momios obtenida en este grupo y con 95% de confianza no muestra evidencia de que la familia disfuncional del paciente se asocie a que sea hiperfrecuentador.

Se requiere de muestras más grandes y/o investigar otros factores asociados.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1.- En nuestro estudio se encontró que el 36.1% fueron hiperfrecuentadores con disfunción familiar a diferencia de los resultados obtenidos en los estudios realizados en España en los que se encontró que un 64.8% de los hiperfrecuentadores presentaban disfunción familiar dato que varía de los reportados en Colombia los cuales son de 43 a 54 % y en México del 77%.

2.-Se encontró además que no hay diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de disfunción familiar en el grupo de hiperfrecuentadores y el de no hiperfrecuentadores.

3.-En nuestro estudio no se encontró relación estadística de que la disfunción familiar influya en el uso frecuente de nuestro servicio de salud de primer nivel de nuestra Unidad de Medicina Familiar dado que los no hiperfrecuentadores también desarrollaron disfunción familiar en un 63.9 %

CONCLUSION

1.-La hiperfrecuentación genera una gran parte de la carga de trabajo en atención primaria, es un fenómeno no bien comprendido por los médicos familiares que puede llegar a generar una relación médico-paciente disfuncional. Además la utilización frecuente de los servicios de salud por iniciativa del paciente parece ser problemática para el médico debido a que en muchas ocasiones las demandas del paciente no pueden ser justificadas por los hallazgos del médico.

Por lo tanto sugerimos que el Médico Familiar identifique a los hiperfrecuentadores y que dentro del modelo de salud familiar realice acciones multidisciplinarias preventivas con éste grupo de personas, integrándolas además a grupos de apoyo para mejorar su bienestar biopsicosocial; esto tendrá un impacto en la reducción de la demanda de los servicios de salud.

2.- Algunos estudios realizados en diferentes partes del mundo han demostrado la presencia de disfunción familiar en pacientes frecuentadores de los servicios de salud. En nuestro estudio no existe evidencia estadística en este grupo de que la disfunción familiar se asocie con el estado de hiperfrecuentador, por lo cual se considera necesario ampliar la muestra o investigar otros factores que puedan relacionarse con dicha hiperutilización, o bien aplicar además del FACES III otros instrumentos de evaluación familiar puesto que el FACES III a pesar de ser un instrumento confiable registra únicamente la evaluación de un sólo miembro de la familia.

3.-Finalmente es necesario que el médico familiar aplique un instrumento que evalúe la disfunción familiar ante pacientes hiperfrecuentadores pero que además investigue otros factores que puedan estar relacionados con este hecho.

ANEXOS

FACES III VERSION FAMILIAR

Nombre _____ Edad _____ Sexo M o F _____

Domicilio _____

Estado civil _____ Ocupación _____

INSTRUCCIONES: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

DESCRIBA A SU FAMILIA	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las gerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. La familia cambia de modo de hacer las cosas					
9. Nos gusta pasar tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear las actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

INSTRUMENTO DE CALIFICACION DEL FACES III

COHESION

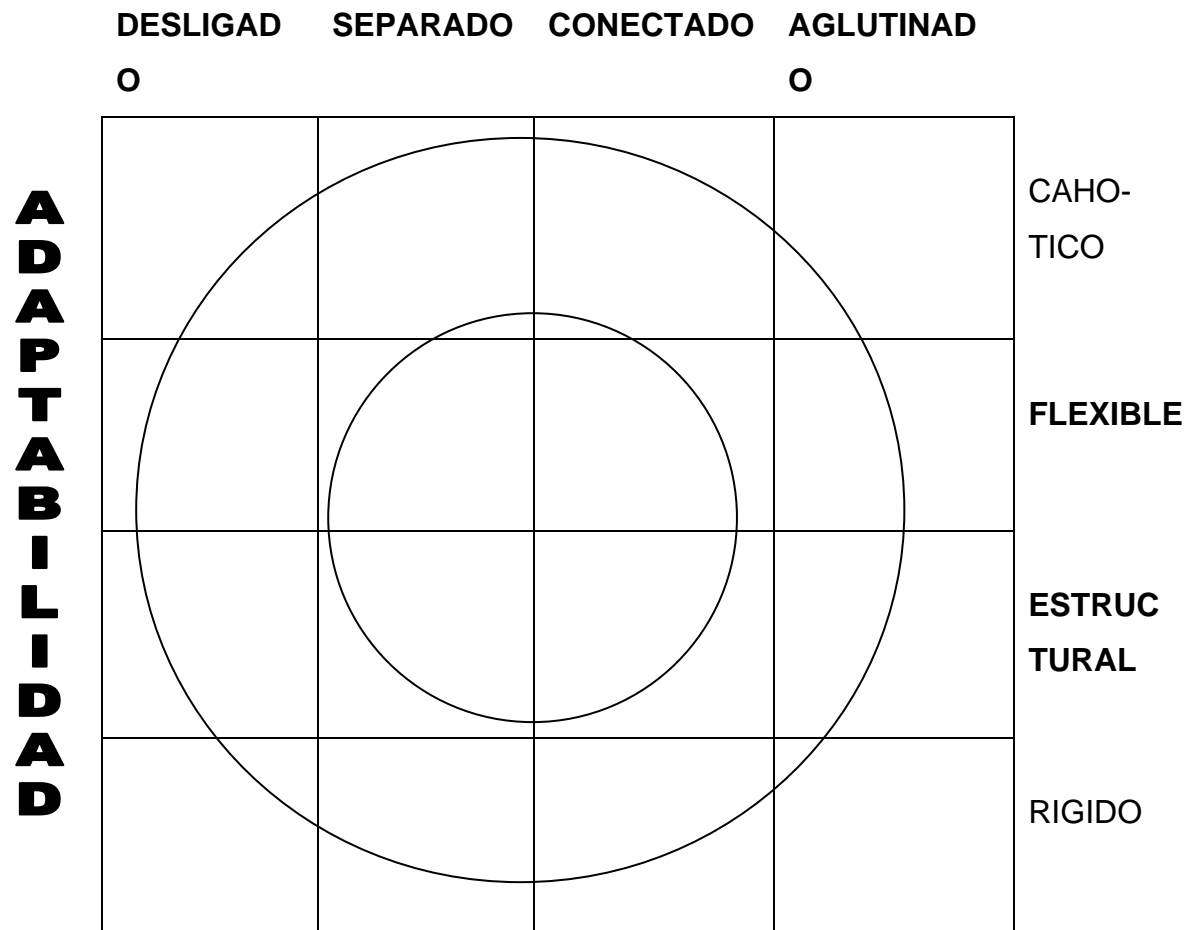


TABLA DE CALIFICACION FACES III

COALICIÓN			ADAPTABILIDAD				
8	50	AGLUTINADO	8	50	CAÓTICO		
	48			41			
7	47		7	40			
	46			30			
6	45		CONECTADO	6		29	FLEXIBLE
	43					27	
5	42	5		26			
	41			25			
4	40	SEPARADO		4	24	ESTRUCTURADO	
	38				23		
3	37		3	22			
	35			20			
2	34		DESLIGADO	2	19		RÍGIDO
	25				15		
1	24	1		14			
	10			10			

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto conciente y por la voluntad propia participar en el proyecto de investigación titulado:

DISFUNCION FAMILIAR EN HIPERFRECUENTADORES DE ATENCION PRIMARIA EN EL CONSULTORIO UNO DE LA UMF.NO.32.

El objetivo del estudio es determinar la frecuencia de disfunciones familiares en frecuentadores de la consulta en el consultorio uno de la UMF.32.

Acepto que se me ha informado a mí plena satisfacción que mi participación consistirá en contestar un formato de 20 preguntas denominado FACES III versión familiar y declaro además que se me ha informado sobre los beneficios e inconvenientes morales derivados de mi participación en el estudio:

- a.- Que pueda traerme problemas familiares
- b.- Que algún miembro de la familia no este de acuerdo con mi participación
- c.- Que el Medico Familiar se entere de la funcionalidad de mi familia
- d.- Que la información obtenida como resultado del estudio mi familia será para uso exclusivo con fines de investigación.

El investigador responsable del estudio se compromete a proporcionarme información amplia, oportuna y veraz sobre el uso de la respuesta de la FACES III versión familiar instrumento de la evaluación de la funcionalidad familiar y que los resultados obtenidos solo podrán ser usados por mi médico familiar.

En el entendido que me reservo el derecho de retirarme del estudio si se afectara mis valores morales sin que esto afecte mi relación, ni la atención médica que recibo del Instituto Mexicano del Seguro Social por conducto de mi Médico Familiar.

Además se me ha informado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones derivadas del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Se me ha informado además que el resultado del estudio de mi familia podrán ser utilizadas por mi Médico Familiar para ofrecernos orientación preventiva en los eventos que tienen probabilidad de existir u ocurrir en la funcionalidad de mi familia además de reservarme el derecho de aceptar o no las medidas preventivas que se me ofrezcan.

UMF.32 VILLA LA VENTA TAB.

A _____ DE _____ DEL _____

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma de un testigo

Nombre y firma de un testigo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.
AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO	X											
REALIZACIÓN DE ESCUESTAS		X	X	X	X	X	X					
VALIDACIÓN DE RESULTADOS								X				
ANÁLISIS DE RESULTADOS									X			
ELABORACIÓN DE REPORTE PRELIMINAR										X		
ENTREGA DE REPORTE PRELIMINAR											X	
IMPRESIÓN												X

GLOSARIO

FAMILIA. Es la unidad primaria de la sociedad

DISFUNCION FAMILIAR

Trastorno o deterioro en el funcionamiento, desarrollo o capacidad adaptativa social de la familia.

COHESION

Unión de personas o cosas entre sí.

ADAPTABILIDAD

Capacidad de amoldarse a circunstancias o condiciones.

ESTADO DE HIPERFRECUENTADOR

Individuo que acude reiteradamente a hacer uso de los servicios de salud en un número de 7 o más veces al año.

ESTADO DE NO HIPERFRECUENTADOR

Individuo que acude a hacer uso de los servicios de salud en un número menor de 7 veces al año.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ruiz RG. La Familia y Concepto. Rev. Cubana Med. Gral. Integral. 1990; 6 (1): 58-73.
2. - Jackson DD. The study of family process. 1995; 4: 9-16.
- 3.- Neal RD, Heywood PI, Morley S, Clayden AD, Dowel AC. Frecuency of patients consulting in general practice and workload generated by frecuent attenders; comparson between practices, Br. Gen. Prac. 1998; 48: 895-898.
- 4.- Barsky AJ, Borus JF. Somatization y medicalization in the era of managed care. JAMA 1995; 274: 1931-4.
- 5.- Gervas JJ, Pérez MM, García P, Abraira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. Atención primaria 199; 7:346-348.
- 6.- Orueta SR, Viguera F, Orgaz P, Torres C. Características familiares de los hipertualizadores de los servicios sanitarios de atención primaria 193; 12:92-94.
- 7.- Segovia MA, Pérez FCC, Torio DJ, García TMC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. Atención Primaria 1998; 22:562-569.
- 8.- Ramsey CH. The relationship between family functioning live events, family structure and the outcome of pregnancy J. Fam. Prac. 1986; 521-25.
- 9.- Viviana CdeF, Yolanda C, Julián AH. Una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. <http://colombiamedia.univalle.edu.col>. Vol. 26 No. 2/index.html.

- 10.- Huerta-Martínez N, Valdez-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar. Archivos de MF. 2001; 3 (4): 95-98.
- 11.- García LLJ, Alfonso FM, Salvadores RJ, Alonso APS, Muñoz BP, Blanco SAM. Estudio comparativo entre la población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud de atención primaria 1996; 18: 484-489.
- 12.- De la Revilla L, Aviar R, De los Ríos A, Castro JA, un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del medico de familia. Atención primaria 1997; 19: 133-137.
- 13.- De la Revilla L. La disfunción familiar. Atención primaria 1992; 10: 7-8.
- 14.- De la Revilla L, De los Ríos AM. La utilización de los servicio de salud y de los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención primaria 1994; 13: 73-76.
- 15.- Cortes JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A, Gonzalvez L. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria 1993; 11: 459-460.
- 16.- De la Revilla L, Fleitas L. La familia como subsistema social regulador en: De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en atención primaria No. 7 ediciones Doyma SA. Barcelona 1991: 21-27.
- 17.- Rubio MP, Fernández PD, Rafols CA, Hiperfrecuentación en atención primaria: Estudio de los factores psicosociales. Atención Primaria 1998; 22: 627-638.
- 18.- Llorete AS, López RT, García LLJ, Alosa FM, Alonso AP, Muñoz BP, Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud de atención primaria 1996; 17: 20-26.

19.- Smilkstein G, The Family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. J Fam. Pract. 1978; 6: 1231.

20.- Bellon SJA, Delgado SA, Luna del Castillo JD, Lardeli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR. Atención primaria 1996; 18:289-296.

21.- Rodríguez FE, Gea SA, Gómez MA, García GJM. Cuestionario APGAR en el estudio de la función familiar. Atención primaria 1996; 17: 338-341.

22.- Ponce RER, Gómez CF, Terán TM, Irigoyen CAE, Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México) atención primaria 2002, Diciembre 30 (10):624-630.