



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACION**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80.

**MANUEL ENRIQUE HERRERA AVALOS  
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO  
MATRICULA 99175412  
CURP HEAM791225HMNRVN07**

PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

***IMPACTO DE TERAPIA BREVE GRUPAL EN LA DINAMICA FAMILIAR DE  
PAREJAS CON INFERTILIDAD PRIMARIA. PROCESO PARTICIPATIVO.***

ASESOR:

M.C. LETICIA DUARTE PEDRAZA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MATRICULA: 6947174

COASESOR:

M.C. JAVIER RUIZ GARCIA  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MATRICULA: 3321584

COASESOR ESTADISTICO:  
CARLOS GOMEZ ALONSO  
ANALISTA COORDINADOR "A"  
MATRICULA: 3211878

NUMERO DE REGISTRO DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION  
IMSS: R.2008.1602.007  
MORELIA, MICHOACAN, MEXICO NOVIEMBRE 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO**  
**COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

**DR. BENIGNO FIGUEROA NUÑEZ**  
**COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD**

**DR. JAVIER RUIZ GARCÍA**  
**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 80**

**DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ**  
**PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 80**



COLABORADORES:

EMMA HERNANDEZ ALVAREZ

MAESTRA EN PSICOLOGIA TERAPEUTA FAMILIAR

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 80

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

DRA. GUILLERMINA CORONA VERDUZCO.

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SUBESPECIALIDAD EN BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

HOSPITAL GENERAL REGIONAL N.1 MORELIA MICHOACAN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

## AGRADECIMIENTOS.

### A MI ASESOR DE TESIS.

Dra. Duarte por sus conocimientos, orientación, paciencia, confianza que ha depositado en mí; y sobre todo por su gran calidad humana. Gracias.

### A MIS COASESORES.

Por su disponibilidad, entusiasmo y creer en éste proyecto.

### A MIS MAESTROS.

Dra. Soco por su sencillez y calidez que nos ha acompañado siempre. Dra. Oli por orientarme con su capacidad y asombro por la investigación. Dr. Ruíz por su gran capacidad para la formación de especialistas en Medicina Familiar, Dr. Benigno por sus conocimientos y aportaciones a la Medicina Familiar. Dr. Pastrana por hacer ver a la vida y medicina más fácil.

### A MIS COMPAÑEROS.

Que me han brindado su amistad, su apoyo y gratitud en ésta etapa de formación..... Gracias Rebe, Liz, Liber, Aida, Dulce, Paula, Ale, Hugo, Gómez, Silva, Galo, Talavera, Paco.....sigan soñando.

## DEDICATORIA

## A MIS PADRES

Solo por darme la vida, por crecer conmigo y ser mi ejemplo de vida.

## A GLORIA SUSANA

Por ser la mujer maravillosa y entusiasta, mi apoyo incondicional, demostrarme tu amor día a día; por formar mi propia Familia.

## A DIEGO ENRIQUE

Hijo, luz de mi vida que me impulsas a cada minuto a ser mejor a crecer contigo y encontrar a la vida toda su alegría.

## A MIS HERMANAS

Gaby y Lili, por su cariño y estar siempre conmigo.

## A DIOS

Por sobre todas las cosas, por ser parte de mí.

## ÍNDICE

	<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
I	RESUMEN .....	2
II	ABSTRACT .....	3
III	ABREVIATURA Y GLOSARIO.....	4
IV	RELACION DE CUADROS Y FIGURAS .....	8
V	INTRODUCCION .....	9
VI	ANTECEDENTES .....	10
VII	JUSTIFICACION .....	30
VIII	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	31
IX	OBJETIVOS E HIPOTESIS.....	33
X	MATERIAL Y METODOS .....	34
XI	RESULTADOS .....	41
XII	DISCUSION .....	47
XIII	CONCLUSIONES .....	49
XIV	RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS .....	50
XV	REFERENCIAS .....	51
XVI	RELACION DE ANEXOS .....	55

TOTAL DE PAGINAS: 58

## I. RESUMEN

Impacto de terapia breve grupal en la dinámica familiar de parejas con infertilidad primaria. Proceso participativo.

INTRODUCCION: la infertilidad afecta por igual a varones y mujeres durante el periodo reproductivo. Se clasifica en primaria y secundaria. Se suma a ello cambios en la dinámica familiar en el subsistema conyugal que afectan de manera negativa la funcionalidad familiar. La terapia breve grupal es un modelo de terapia que trata de solucionar los problemas de manera eficiente y más rápida, establece objetivos definidos, favorece en la pareja la interacción y cambios con resultados importantes y relativamente perdurables.

OBJETIVO: Conocer el impacto de la terapia breve grupal sobre la dinámica familiar en parejas con infertilidad primaria.

MATERIAL Y METODOS.TIPO DE ESTUDIO: cuasi-experimental.

Se realizó en la UMF 80 del IMSS en Morelia Michoacán. Se incluyeron a 12 parejas con diagnóstico de infertilidad primaria. La edad fue de  $30.8 \pm$  años de edad y una desviación estándar de 3.960. Se evaluó la dinámica familiar mediante el instrumento FF-SIL antes y después de la terapia breve Se aplicaron seis sesiones, una vez por semana con una duración aproximada de una hora y cuarenta y cinco minutos.

RESULTADOS: antes del proceso participativo la dinámica familiar fue disfuncional en tres pacientes (12.5%), moderadamente funcional en cuatro pacientes (16.7%) y funcionales en 17 (70.8%). Posterior a la terapia breve fueron de: disfuncionales cero, moderadamente funcionales cuatro (16.7%) y funcionales 20 (83.3%).  $p < 0.0001$ .

CONCLUSIONES: la terapia breve grupal fue una herramienta útil en la atención de parejas con disfunción familiar donde aparentemente el motivo fue la infertilidad primaria.

.

PALABRAS CLAVE: dinámica familiar, terapia breve, infertilidad primaria.

## II. ABSTRACT

Impact of group brief therapy in the familiar dynamics of pairs with primary infertility. Participatory process.

**INTRODUCTION:** the infertility the same affects to men and women during the reproductive period. It is classified in primary and secondary. One adds to it changes in familiar dynamics in the conjugal subsystem that affect of negative way the familiar functionality. The group brief therapy is a therapy model that tries to solve the problems of efficient way and faster, it establishes defined objectives and favors in the pair the interaction and changes with important and relatively lasting results.

**OBJECTIVE:** To know the impact of the group brief therapy on familiar dynamics in pairs with primary infertility.

**MATERIAL AND METHODS.**

**DESIGN:** cuasi-experimental.

It was made in UMF 80 of the IMSS in Morelia Michoacán. They were included to 12 pairs with diagnosis of primary infertility. The age was of  $30,8 \pm$  of years. Familiar dynamics by means of instrument FF-SIL was evaluated before and after the brief therapy six sessions, one time per week with an approximated duration of one hour and forty and five minutes were applied.

**RESULTS:** before the therapy intervention the family dynamics was disfunctional in three patients (12,5%), moderately functional in four patients (16,7%) and functional in 17 (70,8%). Subsequent to the intervention the functionality brief therapy was of: disfunctional zero, moderately functional four (16,7%) and functional 20 (83,3%).  $p < 0,0001$ .

**CONCLUSIONS:** the group brief therapy was a useful tool in the attention of partners with diagnosis of primary infertility.

**KEY WORDS:** familiar dynamics, brief therapy, primary infertility.

### III. ABREVIATURAS.

APGAR: Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve.

FF SIL: prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares.

FSH: Hormona Foliculo Estimulante.

LH: Hormona Luteinizante.

ml : mililitro.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UI: Unidades internacionales.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

## GLOSARIO

**Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

**Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar, mostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

**Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

**Ciclo Vital Familiar:** fases por las que la familia debe atravesar a lo largo de su desarrollo.

**Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

**Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

**Crisis Familiar:** del griego *Krisis*; momento decisivo, se ve perturbada la adaptación (adaptabilidad) interna y externa de un individuo o sistema cuando los mecanismos adaptativos, previamente eficientes, no bastan para mantener la estabilidad o el equilibrio.

**Dinámica Familiar:** conjunto de pautas que establecen de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado, de acuerdo al ciclo vital de la familia en que se encuentre.

Educación Participativa: es la que considera actividades orientadas a que el alumno deje de ser un espectador para convertirse en el protagonista de la construcción de su conocimiento, mediante el análisis y crítica de documentos, el debate y la confrontación de diferentes opiniones y puntos de vista.

Familia: grupo de filiación primaria, esto indica que comprende la reunión de varios individuos que comparten una vivienda sobre la base de los lazos de parentesco, ya sea por afinidad o por consanguinidad y que mantienen una relación estrecha instrumental y/o afectiva.

Infertilidad: es la incapacidad para concebir después de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes sin medidas anticonceptivas.

Infertilidad primaria: incapacidad para concebir después de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes sin medidas anticonceptivas, sin embarazo previo.

Infertilidad secundaria: incapacidad para concebir después de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes sin medidas anticonceptivas, habiendo embarazo previo.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Psicoterapia: proceso dirigido a la reconstrucción de la persona y a cambios mayores de la estructura de su personalidad. Su objetivo es producir cambios interaccionales importantes y relativamente perdurables, es decir, modificar la dinámica familiar.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Terapia breve: instrumento psicoterapéutico, de tiempo limitado, objetivos muy concretos y limitados.

#### IV. RELACION DE CUADROS Y FIGURAS

	Página
Cuadro I Frecuencia de edades en parejas con infertilidad primaria .....	41
Cuadro II Dinámica familiar en parejas con infertilidad primaria según estado civil ...	43
Cuadro III Dinámica familiar en parejas con infertilidad pre medición / post medición	44
Cuadro IV Dinámica familiar por dominios pre medición y post medición .....	45
Figura 1 Frecuencia de escolaridad por grupos.....	42
Figura 2. Relación de edad con el tiempo de diagnóstico de infertilidad primaria ...	46

## V. INTRODUCCION

En el primer nivel de atención, el médico familiar atiende a la familia sana y/o enferma y los aspectos biológicos tanto como psicosociales. En el caso de parejas con infertilidad, un apoyo importante es la orientación y manejo cuando hay alteración en los roles familiares y lo realizamos de manera multidisciplinaria con un equipo de salud conformado por médico (especialista en medicina familiar, no familiar), psicología y trabajo social.

En nuestro caso se reunió un grupo de parejas en los que se aplicó un instrumento para clasificar la función familiar antes y después de un proceso participativo, el cual arrojó resultados con los que hay mejoría en la cohesión y comunicación lo que mejora la función familiar, utilizando el FF-SIL antes y después de la terapia breve, durante seis sesiones.

Se ha reportado en la literatura trastornos ginecológicos, entre ellos a la infertilidad con trastornos emocionales que van a tener repercusión a nivel del núcleo familiar, específicamente en el subsistema conyugal. Estas alteraciones se ven reflejadas en la dinámica familiar, ya que la pareja con infertilidad primaria experimenta preocupación y alteración en el bienestar como familia, la no procreación y relaciones distantes pueden agravar aún más el grado de funcionamiento familiar. Inclusive puede haber tendencia a culparse a sí mismos de manera individual por la infertilidad. Haciendo de vital importancia la información sobre ésta alteración anatomo-funcional como lo es la infertilidad.

La terapia breve favorece la formación de cambios que son significativos en los patrones disfuncionales de los subsistemas familiares, hay una participación activa y por medio de la utilización de un lenguaje específico, con la finalidad única de llegar a una homeostasis familiar de forma permanente que coadyuve a la terapia farmacológica que llega a ser inclusive por varios años.

## VI ANTECEDENTES.

Sin duda la familia se considera como la mejor forma para vivir en asociación, familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y de cada época <sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud define familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”. La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia, sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella <sup>2</sup>.

Como describe Minuchin, en 1982, el sistema familiar lo constituye el subsistema conyugal, parental y filial; desde esta concepción todos se ven afectados en el caso de enfermedad y hospitalización de uno de sus miembros. Fuera de los subsistemas clásicos señala Aylwin 2002, existen otros subsistemas constituidos por diferentes factores como sexo, interés, edades o funciones. La salud familiar es un proceso único e irrepetible que no se caracteriza por la suma de problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, biopsicosociales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de sus miembros. Se encuentra en continua transformación donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia <sup>3</sup>.

Las familias funcionan por medio de acciones y transacciones las que constituyen el proceso familiar, incluye el estado particular que cada familia tiene

que interactuar consigo misma y cumplir sus funciones. Al interior de la familia se desarrollan ciertos procesos que determinan la dinámica familiar y el grado de funcionalidad que posee la familia <sup>4</sup>. La familia moderna ha variado con respecto a su forma más tradicional en cuanto a sus funciones, composición, ciclo de vida y rol de padres. Prácticamente, la única función que ha sobrevivido a todos los cambios es la de ser fuente de afecto y apoyo emocional para todos sus miembros, especialmente para sus hijos. Otras funciones que antes desempeñaba la familia fueron el trabajo, educación, formación religiosa, actividades de recreo y socialización de los hijos; actualmente se deja a manos de instituciones escolarizadas. El trabajo se realiza normalmente fuera del grupo familiar y sus miembros suelen tener ocupaciones diferentes lejos del hogar. La educación formal, por lo general, la proporciona el estado o grupos privados. Finalmente, la familia todavía es la responsable de la socialización de los hijos, aunque en ésta actividad los amigos y los medios de comunicación han asumido un papel muy importante.

Por la dinámica familiar se entiende al conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares. Por ello a la familia se considera el primer laboratorio de las relaciones humanas <sup>5</sup>.

Al hablar de dinámica familiar, nos referimos al conjunto de pautas transaccionales (fuerzas positivas y negativas) que establecen de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado, de acuerdo al ciclo vital de la familia en que se encuentre <sup>6</sup>.

Una enfermedad en una familia tiene consecuencias emocionales: es de esperarse que una enfermedad seria o prolongada cause depresión situacional en uno o más de sus miembros <sup>7</sup>.

Dentro de las funciones de la familia tenemos las siguientes:

1.- Función de adaptación social; la familia tiene la responsabilidad primaria de transformar al lactante durante los años en un individuo capaz de participar por completo en la sociedad; es decir, la familia tiene que capacitar primariamente al individuo para ser apto y creativo con la sociedad.

2.- Función de cuidado y atención que significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de la familia; las probabilidades de buena salud y vida prolongada, se relacionan de manera directa con el estado socioeconómico de la familia, la atención que se da a los miembros de la familia debe corresponder a las demandas que éstas exigen, el cuidado no va únicamente enfocado a los hijos, sino que es una obligación de cada uno de los miembros de la familia, hijos, padres y cónyuges debe tenerse atención y cuidados mutuos y recíprocos.

3.- Función de afecto; la familia debe llenar las necesidades afectivas a sus miembros, porque las respuestas afectivas de un individuo a otro proporciona las recompensas básicas de la vida familiar. Las necesidades de afecto de los niños.

4.- Función de reproducción es la única de la familia que consiste en reproducirse y producir reemplazos por la sociedad, matrimonio y familia tienen por objeto regular y controlar la conducta sexual.

12

5.- Función de otorgamiento de estado o estatus es fundamental en la socialización. En el estudio de la estratificación social, las diferencias sociales, tienen que ver con los modos de vida y en las oportunidades. Determinantes importantes de la vida social son etnicidad y clase social <sup>8</sup>.

Hay diferentes instrumentos para medir la dinámica familiar. 1.- APGAR uno de los más conocidos <sup>9</sup>, que ha demostrado resultados contradictorios, conviene hacer algunas consideraciones en cuanto al uso de ésta prueba, que si bien es breve y de fácil aplicación, su mayor utilidad se aprecia cuando se toma parte de lo que debe ser una amplia gama de información para la evaluación de la familia, más que como un instrumento aislado para medir la funcionalidad familiar <sup>10</sup>. La brevedad de éste instrumento limita la cantidad de datos que puede capturar. Su baja sensibilidad y especificidad hace que el APGAR Familiar disminuya su calidad como evaluador cuantitativo de la funcionalidad familiar <sup>11</sup>.

El APGAR familiar evalúa la funcionalidad familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, compuesto por cinco preguntas: Adaptabilidad (adaptation), capacidad de usar recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis. Participación (partnership) capacidad de compartir los problemas y comunicarse para la toma de decisiones. Crecimiento (growth) capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. Afecto (affection) capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia. Resolución (resolve) capacidad de aplicar elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de familia <sup>12</sup>.

### 13

Las características de una familia representan algo más que la suma de las personalidades individuales. Para entender su “funcionamiento” es necesario explorar la manera como se relacionan entre sí. Ahora, si la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan a las diferentes formas en que interactúan los miembros de una familia, entonces, su “dinámica” se desarrolla a partir de patrones únicos de interacción entre sí en el interior del núcleo familiar <sup>13</sup>.

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, pero se torna compleja e inoperante dada la amplia gama de aspectos que afectan la salud familiar y el vacío conceptual y metodológico existente. Impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de ésta medición.

## 2.- Prueba de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (FF-SIL).

Construido y validado en 1994 por De la Cuesta D; Pérez E. Louro I. y Bayarre H. para evaluar la percepción del funcionamiento familiar a través de las categorías:

Cohesión

Armonía

Comunicación

Adaptabilidad  
Afectividad  
Rol  
Permeabilidad.

La prueba fue sometida en el año 1994 y en 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez (López Sutil V. Validación de la prueba de funcionamiento familiar a nivel comunitario. Tesis en ocupación al grado de especialista en psicología de la salud. 2000. Facultad "Calixto García").

La cohesión se evalúa mediante la pregunta 1 y 8. La armonía con las preguntas 2 y 13, la comunicación con las pregunta 5 y 11, la permeabilidad con las preguntas 7 y 12, la afectividad con las preguntas 4 y 14, los roles con las preguntas 3 y 9, y la adaptabilidad mediante las preguntas 6 y 10.

La prueba consiste en presentarle a los miembros de la familia un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia y se evalúa de acuerdo a la escala siguiente: casi nunca, a veces, muchas veces, casi siempre.

15

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada a: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado:

Categorías	Puntaje
Casi siempre	5

Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Según los puntajes obtenidos en la prueba de funcionamiento familiar, las familias se clasifican en:

Clasificación	Puntaje
Funcional	70 - 57
Moderadamente Funcional	56 – 43
Disfuncional	42 - 28
Severamente Disfuncional	27 - 14

#### 16

La psicoterapia es un proceso dirigido a la reconstrucción de la persona y a cambios mayores en la estructura de la personalidad, actúa directamente sobre aquellos aspectos inconscientes de la persona, trata de relacionar su vida psíquica actual con los hechos de su pasado. Su objetivo es producir cambios interaccionales importantes y relativamente perdurables, modifica así la dinámica familiar <sup>14</sup>.

La terapia breve grupal se basa en: a) La no omisión en donde está implícita la libertad de expresión. B) La abstinencia en donde está implícita la ausencia de comentarios y discreción de los participantes fuera de las sesiones en todo cuanto concierne al contenido de las terapias. El tiempo de cada sesión oscila entre 60 y 90 minutos, una vez por semana. El terapeuta se encarga de garantizar las reglas,

permite que la transferencia se desarrolle sobre él y el grupo, comunica a todos lo que comprende <sup>15</sup>.

Es “por necesidad”, uno de los modelos más empleados; se estima entre 2 y 10 sesiones; el terapeuta se centra en el problema actual en lugar de examinar sus antecedentes <sup>16</sup>. La indicación de éste tratamiento es identificada por el médico de familia cuando existen un conflicto conyugal y/o familiar actual, relativamente focalizado (necesidad de separarse de la familia de origen, establecimiento de compromiso conyugal, cuando hay separación o divorcio). Evidencia de que los miembros de la familia están contribuyendo al conjunto de problemas, o a un síntoma concreto del paciente identificado. Cuando la situación familiar es frustrante, se escoge como una alternativa de terapia. La tarea de terapia breve consiste en ayudar al paciente a hacer algo diferente, cambiando su comportamiento interactivo y/o su interpretación de tal comportamiento. Es preciso un objetivo pequeño y razonable <sup>17</sup>.

## 17

La entrevista inicial puede utilizarse para crear un marco para el tratamiento familiar breve. El terapeuta con la familia puede centrarse en temas específicos, clarificar los objetivos y expectativas y canalizar las interacciones de un modo adecuado al trabajo focalizado a corto plazo.

La terapia habrá establecido un contrato con la familia, delineando los objetivos y la duración del tratamiento. Será el conductor utilizando su conocimiento sobre la dinámica individual y de grupo recordará la familia de naturaleza limitada del tratamiento.

Técnicas: establecer objetivos limitados y un punto final definido: el concepto del terapeuta debe centrarse en lo mínimo que tiene hacer para ayudar a la familia

a continuar por sí misma, en lugar de centrarse en una noción más ambiciosa del potencial de la familia.

Se puede pedir a la familia que especifique en términos concretos como podría ser la vida familiar 6 o 10 semanas después si las interacciones en el área problemática fueran mejores.

La introducción al proceso varía de acuerdo con cada momento descrito, en los de larga duración se puede hacer algún intento por establecer los objetivos en una o dos áreas cruciales para abrir a la familia nuevas posibilidades de crecer y desarrollarse por sí mismas.

Enfoque activo: refuerzo de las fortalezas familiares; el terapeuta estará alerta ante la necesidad de actuar y continuamente ayudará a la familia a ceñirse a uno o dos objetivos principales acordados. El terapeuta aportará un refuerzo positivo e implícito siempre que sea posible.

## 18

Explotación activa de alternativas: ensayo conductual y emocional; algunas veces las familias necesitan que se les de permiso y se les estimule para considerar patrones alternativos a aquellos con los que han estado viviendo, puede ser una experiencia liberadora. Durante las sesiones se debería apoyar a los miembros de la familia a que expresaran entre sí más abiertamente.

Tareas para casa y tareas familiares: para que la terapia sea efectiva se deben observar los cambios fuera de las sesiones terapéuticas. Se puede pedir a los miembros de la familia que realicen tareas para la casa. Estas tareas deberían ser relativamente simples y accesibles, y deberían estar relacionadas con los problemas básicos en los que está centrado el tratamiento. Deberían incluir por ejemplo varios tipos de ejercicio de comunicación conyugal o familiar. Se puede pedir a los cónyuges que practiquen en casa la negociación de diferencias.

También se les puede pedir que expongan explícitamente el uno al otro su posición con respecto a un tema concreto.

Los ejercicios interaccionales y conductuales suelen ser útiles. Por ejemplo se puede pedir a dos miembros de la familia que estén alejados que, de forma conjunta, planifiquen y realicen una actividad diádica de la que puedan disfrutar y hablar en la siguiente sesión terapéutica. El terapeuta puede hacer peticiones negativas, como prohibir a los miembros de la familia que saquen a la luz recriminaciones del pasado.

Para promover cambios transaccionales rápidos el terapeuta puede negociar contratos explícitos entre los miembros de la familia. Por ejemplo se puede pedir a una madre que deje a su hija adolescente salir hasta las doce de la noche los fines de semana en compensación por haber terminado la tarea para entonces <sup>18</sup>.

#### 19

En años recientes, el significado en castellano de la palabra infertilidad, ha venido a unificarse con el concepto anglosajón. Anteriormente el término “esterilidad” se empleaba para definir la incapacidad de una pareja para lograr la concepción e “infertilidad” se reservaba para la incapacidad de llevar a un buen término un embarazo. Actualmente, el concepto de infertilidad, se refiere simplemente a la “ineficacia reproductiva”, independientemente de su etiología y abarcando incluso, el periodo neonatal temprano y es el que actualmente se reconoce de manera oficial por el consejo nacional mexicano de Ginecología para denominar a ésta patología. Para el correcto estudio de la infertilidad, tiene que tomarse en cuenta diversas circunstancias. En primer lugar, es imperativo el estudio integral de ambos miembros de la pareja, ya que la estadística muestra que la frecuencia de alteraciones del varón y la mujer es prácticamente al 50%, además, en un 30% de las ocasiones, es posible identificar problemas de infertilidad en ambos miembros de la pareja <sup>19</sup>.

Para considerar que un protocolo de un estudio es completo, debe incluir la totalidad de las causas o factores conocidos. Sin embargo, aun habiendo estudiado todos los factores, existe por lo menos un 5% de casos en los cuales, no es posible determinar una causa de infertilidad. Solo entonces, cuando hallamos agotado exhaustivamente el estudio de todos los factores, podremos establecer que nos encontramos frente a una infertilidad de causa desconocida o no determinada.

Factores de infertilidad:

1. Factor masculino: se puede encontrar alterado, en porcentajes que oscilan entre el 25 a 50% de los casos. El estudio inicial del varón, lo representa el seminograma, el cual para ser confiable debe observar ciertas condiciones: debe realizarse con una abstinencia sexual mínima de 3 días y máxima de 6 días. Se ha considerado que la cuenta espermática no se modifica, independientemente del número y la periodicidad de las eyaculaciones, pero las características del líquido seminal se empobrecen con eyaculaciones repetidas, por ello para que el estudio del semen sea confiable debe realizarse con 3 días de reposo. Por otro lado se ha demostrado que los espermatozoides almacenados por más de seis días en el epidídimo, tienden a degenerar, por lo que una abstinencia sexual mayor, también es causal de un estudio con resultados posiblemente alterados. La muestra debe ser estudiada con mucho, entre 30 y 60 minutos después de haber sido emitida, pues es susceptible de presentar alteraciones sobre todo en la motilidad, por la baja de su temperatura, por efectos del ambiente. Para

establecer un diagnóstico confiable de cualquier alteración seminal es conveniente realizar, cuando menos, 2 seminogramas con un intervalo mínimo de 15 a 30 días entre uno y otro ya que una sola determinación, no es suficiente para establecer un diagnóstico con adecuada certidumbre<sup>20</sup>.

## 21

1.1 Así mismo, es indispensable realizar de manera simultánea al seminograma, un espermocultivo que de manera obligada, deberá incluir investigación de *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma*, debido a que éstos gérmenes son responsables de un porcentaje no despreciable de infertilidad.

1.2 Dependiendo de los resultados arrojados por el seminograma, la exploración física del varón y los datos consignados en la historia clínica podrá hacerse necesaria la realización de otros estudios, como pueden ser determinaciones hormonales: hormona Folículo estimulante, hormona Luteinizante, andrógenos, prolactina, TSH, colesterol sérico, ultrasonido testicular e inclusive biopsias testiculares.

2. Factor femenino : hay diversos factores que podemos considerar, entre ellos:

2.1 Factor coital

2.2 Factor vaginal

2.3 Factor cervical

2.4 Factor uterino

2.5 Factor tubo-peritoneal

2.6 Factor endócrino-ovárico

2.7 Factor inmunológico

2.8 Factor infeccioso

## 22

2.1 Factor coital: si recurrimos a la estadística, el índice de fecundabilidad (la posibilidad de una pareja de quedar embarazada en un mes), es del 20 al 25%. Si realizamos un análisis progresivo, a los 3 meses, las posibilidades se incrementan al 60 – 65%; a los 9 meses llegan al 75% y al año al 80 – 90%. Coincidentalmente con esto, la frecuencia de la infertilidad mundialmente reportada, es del 10 al 15%, por lo tanto una pareja que tiene una adecuada exposición al embarazo durante un año y no ha logrado la concepción, deja de manifiesto su incapacidad reproductiva y es por ello, candidata para ingresar a los diversos protocolos de la infertilidad.

Algunas veces, aunque la pareja observe relaciones orientadas hacia los días de mayor posibilidad ovulatoria, la falta de información sobre la fisiología del coito, desalienta la posibilidad de embarazo. Cabe recordar que durante la etapa de excitación en el ciclo de respuesta sexual femenina, los ligamentos cardinales, y en menor medida, los ligamentos útero-sacros, elevan el útero en relación a la vagina para desplazar al cérvix hacia arriba y exponer el fondo del saco vaginal posterior, con el fin de proporcionar una mayor longitud a la vagina. Una vez que se produce la eyaculación, el contenido seminal se deposita en el fondo vaginal y entre 20 y 30 minutos después de la coagulación. Posteriormente comienza un proceso de licuefacción y es entonces, cuando se produce la mayor cantidad de

paso de los espermatozoides a través del cérvix, en dirección a la cavidad uterina<sup>21</sup>.

El desconocimiento de éste proceso fisiológico, ocasiona que con alguna frecuencia, las mujeres se incorporen posteriormente a la conclusión del coito, impidiendo que se lleven a cabo estos procesos de coagulación-liquefacción, lo que conlleva a una considerable pérdida de semen, y por ende, a una disminución en las posibilidades de la concepción.

### 23

2.2 Factor vaginal: son variadas las patologías que pueden afectar a la vagina y dificultar la posibilidad de la concepción. En orden de frecuencia, las diversas infecciones que suelen presentarse en éste órgano, pueden reprimir el coito, fundamentalmente por inflamación de la mucosa, lo que ocasiona dispareunia y por lo tanto, un rechazo consciente o inconsciente al coito. También las infecciones causadas por *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma* que suelen ser asintomáticas y pasar fácilmente inadvertidas.

Debido a ello una parte fundamental en el estudio del factor vaginal, lo será de manera obligada, la toma de cultivos que incluya éstos gérmenes<sup>22</sup>.

Igualmente, los defectos Müllerianos suelen estar presentes, aunque con mucha menor frecuencia, como la vagina tabicada, que en ocasiones puede desembocar en un fondo de saco ciego y no necesariamente en el cérvix. O bien, en aquellos casos de duplicación de cérvix, en los que uno de ellos conforma parte de un rudimento uterino no útil para la concepción<sup>23</sup>.

2.3 Factor cervical: es conocido el hecho de que los espermatozoides reciben una captación por parte del moco cervical, les facilita el ingreso a la cavidad uterina durante la etapa fértil<sup>24</sup>. Es conveniente realizar un examen cuidadoso del cérvix. Dicha evaluación comprende la visualización directa mediante especuloscopia. La toma de citología cérvico-vaginal; así como exudados, frotis, cultivos, que como ya se ha comentado debe incluir investigación de *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma*. Durante el estudio del factor cervical, puede hacerse necesaria la realización de un estudio colposcópico

complementario, indicado éste de acuerdo a los hallazgos iniciales en la exploración cérvico-vaginal, o bien por los datos recolectados en la historia clínica. Puede estar indicada una prueba de dilatadores, cuando existe la sospecha de incompetencia ístmico-cervical, la cual en la mayoría de las veces, estará determinada por la historia de pérdidas gestacionales previas.

24

2.4 Factor uterino: ha sido presentado como causal de infertilidad entre el 5 y 10% de los casos. La presencia de pólipos o miomas intracavitarios y algunas de las malformaciones müllerianas, han demostrado ser causa tanto de infertilidad, como de pérdida de la gestación, por ello, el estudio de la cavidad uterina se hace imprescindible dentro del protocolo de estudio de la pareja infértil.

Diversos estudios han sido utilizados con el fin de evaluar la cavidad endometrial, todos ellos, cuentan con un grado variable de sensibilidad y especificidad. a) La Histerosalpingografía tiene una eficacia diagnóstica muy elevada para evaluar el estado que guarda la cavidad endometrial (más del 95% de sensibilidad y especificidad), b) La sonohisterografía, que consiste en la realización de un ultrasonido endovaginal contrastado con la instilación simultánea intracavitaria de solución salina, a través del cérvix, permite la distensión de la misma, pudiendo evidenciar cualquier anomalía estructural que se encuentre dentro de la cavidad uterina <sup>25</sup>.

c) La Histeroscopia es considerada como el estándar de oro para la evaluación de la cavidad endometrial, ya que permite la visualización directa de la misma y paralelamente, es de extrema utilidad para la corrección de patologías uterinas, tales como tabiques, sinequias, pólipos o miomas intracavitarios.

2.5 Factor tubo-peritoneal: es en orden de frecuencia el tercero más presentado en la génesis de la infertilidad, con un 15 a 20%, aunque algunos autores reportan cifras de hasta el 40% de los casos, precedido únicamente por el factor masculino y el endócrino-ovárico. Las alteraciones que intervienen en el factor tubo-peritoneal podrían agruparse en dos grupos: a) congénitas, que incluyen agenesia de las salpinges, ya sea total o segmentaria, estenosis, atresias o duplicaciones; b) adquiridas, donde la patología infecciosa es la más frecuente, seguida de la endometriosis, los procesos adherenciales y los tumorales <sup>26</sup>.

La laparoscopia es el elemento diagnóstico terapéutico más valioso con el que se cuenta actualmente para el diagnóstico y tratamiento del factor tubo-peritoneal. Es la mejor alternativa para diagnosticar, clasificar y tratar la endometriosis que es una patología muy relacionada con la infertilidad. Se estima que la frecuencia de endometriosis encontrada en mujeres en edad reproductiva que son sometidas a laparoscopia, es del 30%. Sin embargo, cuando la indicación para realizar la laparoscopia es por infertilidad, la frecuencia con la que podemos encontrar endometriosis, puede elevarse hasta en un 70%. En lo referente a la endometriosis se reporta mayor índice de concepción en pacientes en que se demuestra disminución de la misma en comparación con pacientes con infertilidad inexplicable <sup>27</sup>.

2.6 Factor endócrino-ovárico: se encuentra implicado en el 25 a 30% de los casos de infertilidad, siendo superado únicamente por el factor espermático. Es recomendable para su estudio dividir a las pacientes de acuerdo a sus características menstruales en dos grandes grupos: pacientes con patrón menstrual regular y pacientes con patrón menstrual irregular.

A las pacientes con regularidad menstrual, se les solicitará progesterona sérica en días 21 a 23 del ciclo menstrual. También se requiere realizar a éstas pacientes determinación de prolactina, ya que la hiperprolactinemia con o sin galactorrea, se encuentra presente entre el 10 y el 30% de las mujeres con problemas de infertilidad. La cifra esperada de prolactina deberá encontrarse por debajo de los 20 ng/ml. De igual manera es recomendable realizar determinaciones de hormonas tiroideas.

En el grupo de pacientes con ciclos irregulares, deberemos además de los estudios previamente mencionados, realizar una determinación de FSH, LH y estradiol en día 3 al 5 del ciclo menstrual. Por regla general, la relación FSH/LH debería de mantenerse 2 a 1, en los días señalados y entre 4 y 6 mUI/ml. Cuando las cifras de FSH se encuentran elevadas en los días mencionados > 16 mUI/ml, podemos estar frente al diagnóstico de falla ovárica<sup>28</sup>.

En las pacientes que cursan con datos de androgenización, se deberá establecer si ésta es de origen ovárico (como en el caso de poliquistosis ovárica); o bien si dicha alteración es secundaria a otra fuente productora de andrógenos, como las glándulas suprarrenales o algunos tumores productores de andrógenos.

2.7 Factor Inmunológico: se presenta con frecuencia baja, 3 al 5% de los casos; debe sospecharse en el varón cuando en ausencia de infecciones seminales demostrables, exista una tendencia exacerbada a la aglutinación de espermatozoides; y en la mujer cuando existan pruebas de penetración de moco cervical alteradas, o cuando no se encuentre ninguna otra causa justificable, antes de considerar una infertilidad como de causa no determinada.

2.8 Factor Infeccioso: Necesidad de investigar la presencia de diversos gérmenes sobre todo *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Ureaplasma*<sup>29</sup>.

Para el estudio de la pareja infértil es necesario tener en consideración lo siguiente: realizar el protocolo de estudio de infertilidad de manera sistematizada y completa en todos los casos.

La única excepción al postulado anterior, sería que la pareja se embarace durante la realización del protocolo. No implementar tratamiento alguno antes de tener un diagnóstico bien establecido. Una vez establecido el diagnóstico, implementar el tratamiento indicado y mantenerlo por un lapso de entre 4 y 6 ciclos.

De no tener éxito, se hace necesaria la revaloración del caso, profundizando en el estudio de diversos factores a interconsultar con los especialistas indicados<sup>30</sup>.

A continuación se enumeran algunos estudios mexicanos en donde se evalúa la dinámica familiar con diferentes instrumentos:

Rangel L. Valerio L. en el año 2001 en León Guanajuato determinaron el grado de funcionalidad familiar en el caso de 364 adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad, mediante la aplicación del APGAR familiar; concluyen que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen <sup>31</sup>.

Mendoza S. Huerta E. en el año 2004 en Veracruz determinaron los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar evaluaron el subsistema conyugal y el FACES III aplicadas a familias adscritas a Unidades de Medicina Familiar en Xalapa Veracruz se evaluaron 103 estudios de salud familiar. Concluyen que la comunicación directa y los límites claros predominaron en las familias funcionales y balanceadas <sup>32</sup>.

Cabrera P. Rodríguez P. en 2006 en 450 Médicos familiares de Guadalajara en donde concluyen que la disfunción familiar supone un estancamiento en el desarrollo de familia. En donde la aptitud de orientar y proponer requiere una capacidad del profesional médico para juzgar la pertinencia de las decisiones tomadas en los casos familiares presentados en el instrumento de evaluación y proponer acciones alternativas <sup>33</sup>.

Se ha demostrado la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas para reducir el sufrimiento de una familia disfuncional, correlacionando ésta y la estrategia de manejo o tratamiento para corregirla <sup>34</sup>.

## VII. JUSTIFICACION

La presencia de un hijo en la vida de la mayoría de las parejas conforma un elemento de gran importancia y relevancia; esencialmente por los muchos significados culturales y sociales que esta representa. De tal manera que un embarazo, y sobre todo de un primero, no siempre puede ocurrir por diferentes circunstancias; ya que hay eventos o crisis paranormativas que se pueden presentar en el interior de la pareja; esto conlleva a reflexionar en relación a la maternidad y/o paternidad y las expectativas que se crean alrededor de ello.

Si bien la infertilidad no se considera un proceso de enfermedad, que a su vez se acompañe de signos y síntomas dolorosos y lamentables desde el punto de vista biofisiológico para quienes la vivencian, sí constituye un padecimiento que tiene importantes implicaciones en la vida social y psicológica de las personas que la padecen, pues acarrea una serie de dificultades en el seno de la familia que está en construcción toda vez que para una pareja, tener hijos significa haber llegado a la cúspide de sus expectativas.

La presencia de un hijo tiene significados diferentes para cada uno de los miembros de la pareja. Para las mujeres es sinónimo de desarrollo de su rol materno, de protección, afecto y educación; mientras para los varones tiene un significado más dirigido a sentimiento de poder, de patriarcado, de protección, de proveedor. Por lo anterior consideramos que como médicos de un primer nivel de atención, la intervención en estas parejas y el abordaje médico-psicológico que podamos llevar a cabo es un pilar importante para entender y asimilar mediante un proceso participativo, dado de manera breve mediante la terapia grupal, que se verá reflejada en la dinámica de pareja y en el adecuado funcionamiento familiar.

## VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las modificaciones en la dinámica familiar representada por cierto grado de disfuncionalidad hace inminente la intervención en la atención del primer nivel de salud; que en éste caso juega un papel importante el Médico Familiar.

La infertilidad es un problema que afecta a 1 de cada 6 a 10 parejas. La mayor parte de los estudios efectuados en países prósperos indica que 15% de todas las parejas experimentará infertilidad primaria o secundaria en algún momento de su vida reproductiva. En nuestro medio existen limitaciones para conocer con precisión el número de parejas afectadas por infertilidad, aunque éste puede aumentar por distintos motivos: tendencia a posponer los embarazos al final de la etapa reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, aumento en la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, dietas, ejercicios extenuantes y exposición a tóxicos ambientales. La inconsistencia de los estudios epidemiológicos realizados impide ofrecer conclusiones firmes de la tendencia de tasas de infertilidad. La distribución común de las causas de infertilidad puede desconocerse debido a la escasez de información proveniente de las clínicas de infertilidad.

Por lo anterior el determinar la funcionalidad familiar es un primer paso en la terapia coadyuvante e integral de las parejas con diagnóstico de infertilidad primaria. De tal manera que al clasificar el grado de funcionalidad en la familia estaremos frente a una situación en donde se debe de intervenir de manera inmediata y precisa con la finalidad de interactuar y proporcionar el equilibrio necesario para poder enfrentar de manera conjunta la infertilidad primaria.

Es por ello necesario que en los casos de parejas con diagnóstico de infertilidad primaria, se proporcione información acerca de su padecimiento, un

manejo oportuno e integral así como un envío a un segundo nivel de atención; específicamente a Biología de la Reproducción; dentro de lo cual el Médico Familiar sigue el proceso de tratamiento y evolución del padecimiento. No sin antes identificar y actuar, en la medida de lo posible en el aspecto familiar; ya que dentro del núcleo de la familia una de las etapas de desarrollo, específicamente la de procreación, permite una comunicación adecuada y lazos de unión afectivos entre la pareja, de tal modo cuando no llega a consumarse dicha etapa sus consecuencias podrían ser clasificadas y catalogadas con algún grado de disfunción familiar.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la influencia de la terapia breve grupal sobre la dinámica familiar en parejas con infertilidad primaria?

## IX. OBJETIVO GENERAL

- Conocer cual es el impacto de la Terapia Breve grupal sobre la Dinámica familiar en parejas con Infertilidad Primaria.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la cohesión familiar en parejas con infertilidad primaria antes y después de la terapia breve grupal.
- Identificar los roles familiares en parejas con infertilidad primaria antes y después de la terapia breve grupal.
- Investigar la armonía familiar en parejas con infertilidad primaria antes y después de la terapia breve grupal.
- Conocer la comunicación familiar en parejas con infertilidad primaria antes y después de la terapia breve grupal.
- Investigar la afectividad familiar en parejas con infertilidad primaria antes y después de la terapia breve grupal.
- Conocer la permeabilidad familiar en parejas con infertilidad primaria antes y después de la terapia breve grupal.
- Identificar la adaptabilidad familiar en parejas con infertilidad primaria antes y después de la terapia breve grupal.

## HIPOTESIS

La terapia breve grupal mejora la dinámica familiar en parejas con infertilidad primaria.

## MATERIAL Y METODOS

- Tipo de investigación: cuasi-experimental.
- Población: parejas con diagnóstico previo de infertilidad primaria, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N. 80 de Morelia Michoacán; que decidan participar voluntariamente en el estudio, previa aceptación mediante consentimiento informado.
- Tamaño de muestra: se incluyeron el 100% de parejas con diagnóstico de infertilidad primaria.
- Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.
- Criterios de selección:

### Inclusión:

1. Parejas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N. 80 Morelia Michoacán.
2. Parejas unidas por un lapso de 1 a 4 años.
3. Parejas en etapa reproductiva de 20 a 35 años de edad.
4. Con diagnóstico de Infertilidad Primaria.
5. Parejas que acepten participar en la terapia breve grupal.

### No inclusión:

1. Parejas no adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N. 80 Morelia Michoacán.
2. Parejas unidas por un lapso menor a 1 años o mayor a 4 años.
3. Parejas de menos de 20 años de edad o mayores de 35 años de edad.
4. Con diagnóstico de infertilidad secundaria.
5. Parejas que no acepten participar en la terapia breve grupal.

Criterios de exclusión:

Parejas que presentaron diagnóstico de embarazo durante el protocolo de estudio.

Parejas que decidieron libremente retirarse del protocolo.

- descripción de variables:

Variables dependientes:

Dinámica Familiar.

Variables independientes:

Infertilidad primaria.

Terapia Breve Grupal.

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION
DINÁMICA FAMILIAR	Conjunto de pautas que establecen de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado, de acuerdo al ciclo vital de la familia en que se encuentre.	Funcional (57-70 puntos) Moderadamente funcional (43-56 puntos) Disfuncional (28-42 puntos) Severamente disfuncional (14-27 puntos)
INFERTILIDAD PRIMARIA	Incapacidad para concebir después de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes sin medidas anticonceptivas, sin embarazo previo.	Presente ausente
TERAPIA BREVE GRUPAL.	Instrumento psicoterapéutico de tiempo limitado, objetivos muy concretos y limitados.	Aplicada No aplicada

## X. METODOLOGIA.

Se captó a la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar no. 80 de Morelia Michoacán en el mes de diciembre 2007; se buscó a parejas con

diagnostico ya establecido de Infertilidad primaria, con al menos una consulta medica en el departamento de Biología de la reproducción del HGR N.1 Morelia Michoacán.

Se estableció como estrategia de intervención la terapia breve grupal; el tamaño de muestra fue de 12 parejas. La invitación a participar en el proyecto de investigación se realizó en el módulo de Biología de la Reproducción del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General Regional N. 1 de Morelia Michoacán. Se citaron a las parejas que decidieron libremente y bajo consentimiento informado a participar a una plática informativa por parte de los investigadores y con la Licenciada en psicología y terapeuta familiar.

A las parejas participantes que cumplieron con los requisitos previamente establecidos se evaluó el grado de función familiar mediante el instrumento para valorar la misma denominado FF-SIL. ( Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares; construido y validado por De la Cuesta D; Pérez E. Louro I. Bayarre H. ) Anexo I, misma que se les otorgó en la primer sesión, posteriormente se evaluó y clasificó el grado de disfunción familiar; con una puntuación de 57 a 70 como funcional, de 43 a 56 como moderadamente funcional, de 28 a 42 como disfuncional y de 14 a 27 puntos como severamente disfuncional.

### 37

Se otorgaron a las parejas con infertilidad primaria un total de seis sesiones, con una duración cada una de ellas de una hora y cuarenta y cinco minutos aproximadamente, con horario de 08:30 a 10:00 horas, para un total de 9 horas dichas sesiones se llevaron en el aula número 1 de la UMF 80 durante el mes de Enero del año 2008.

Se registraron las siguientes variables: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de residencia, antecedentes: heredo-familiares, personales patológicos, gineco-obstétricos.

Posterior a la aplicación de la terapia breve grupal a las parejas con infertilidad primaria se evaluó de nueva cuenta con el FF-SIL la funcionalidad familiar, en el mes de febrero 2008 en el aula número 2 de la Unidad de Medicina Familiar N. 80.

38

Programa de intervención con terapia breve grupal.

Los temas que se desarrollaron por medio de la terapeuta familiar y el médico residente fueron:

TEMAS (número de sesiones)	OBJETIVOS ESPECIFICOS	METODOS	DURACION
Autoestima (2) <ul style="list-style-type: none"><li>• Concepto</li><li>• Elementos</li></ul>	Identificar los elementos que integran la autoestima con	Exposiciones y dinámicas.	Una hora con treinta minutos.

	la finalidad de valorar el impacto que tiene en el desarrollo personal y de pareja.		
Comunicación asertiva (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición</li> <li>• Características</li> <li>• sentimientos</li> </ul>	Identificar y reconocer la importancia que tiene nuestras actitudes hacia la pareja.	Exposiciones y dinámicas.	Una hora con treinta minutos aproximadamente.
Pareja (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• amor</li> <li>• toma de decisiones.</li> <li>• estrés</li> </ul>	Identificar y conocer aspectos desagradables de nuestra pareja que impiden una comunicación eficaz.	Exposiciones y dinámicas.	Una hora y treinta minutos aproximadamente.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se presentan como media  $\pm$  desviación estándar.

Se utilizó la estadística descriptiva para analizar variables.

Números absolutos y porcentajes de acuerdo a la variable.

Se efectuó el procedimiento de ajuste de curva en un modelo de regresión lineal para relacionar las variables edad y tiempo de diagnóstico, asociando el tiempo de diagnóstico de la enfermedad a la edad de las parejas.

Por otro lado se efectuó el contraste paramétrico T de student para muestras relacionadas para establecer diferencias de medias por cada uno de los dominios del constructo que mide dinámica familiar.

Las cifras estadísticamente significativas fueron aquellas que oscilaron con un  $p$  valor  $<0.05$ .

El procesamiento de los datos se realizó a cabo con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 15.0 para Windows.

## CONSIDERACIONES ETICAS

En el presente trabajo se evaluó la dinámica familiar en parejas con infertilidad, aplicando el FF SIL antes y después de la intervención, por lo que de acuerdo al reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento con fecha de abril de 1979 consideramos sus recomendaciones de respeto por las personas. Se tomó en cuenta la declaración de Helsinki de 1964 que prohíbe la imposición de riesgos injustificados a las personas participantes en actividades de investigación. Con base en el código de Nuremberg, emitido en 1978, y de acuerdo a sus principios básicos para la realización de investigación donde señala que es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano.

## XI RESULTADOS.

Posterior a identificar y entrevistar a cada una de las doce parejas con infertilidad primaria se les invitó al proceso participativo de terapia breve que se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar número 80. La primera reunión se dedicó a informar sobre el objetivo del proceso, así como los beneficios. Todos participaron y firmaron consentimiento informado (anexo 1). Se les entregó la programación de las sesiones (anexo 3) con una frecuencia de 1 vez por semana, con una duración de 1 hora y 45 minutos aproximadamente los días jueves del mes de enero del año 2008. Los temas a tratar fueron de forma dinámica y expresiva. Para evitar sesgos en los resultados se les explicó detalladamente la importancia de asistir a todas las sesiones.

Características generales: participaron 24 pacientes. La edad en años cumplidos fue de  $30.8 \pm$  años de edad con una desviación estándar de 3.96. (cuadro 1).

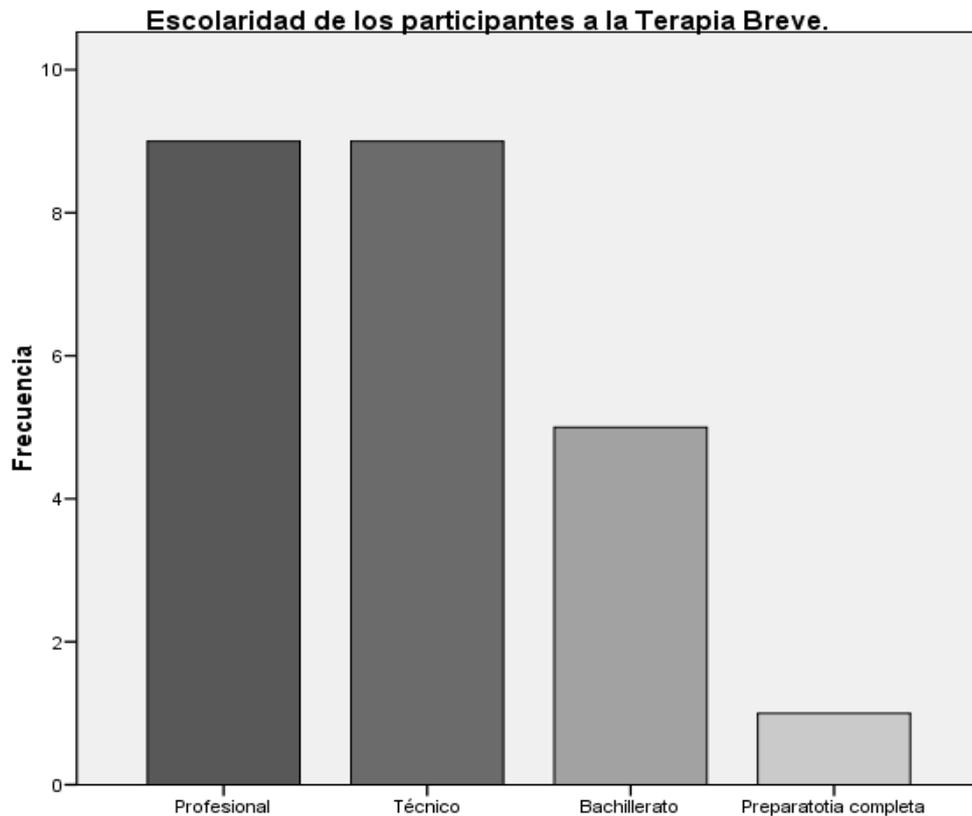
Cuadro 1.

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje %
22	1	4.2
24	2	8.3
26	1	4.2
27	1	4.2
28	1	4.2
29	3	12.5
31	3	12.5
33	3	12.5
34	5	20.8
35	4	16.7

Por su estado civil casados fueron 22 (91.3%) y en unión libre un total de 2 (8.3%).

La escolaridad fue encontrada de la siguiente manera: nivel profesional 9 (37.5%), nivel técnico 9 (37.5%), nivel bachillerato 5 (20.8%) y preparatoria completa 1 (4.2%). Figura 1.

FIGURA 1.



42

De acuerdo a los resultados de la encuesta previa al proceso participativo se encontró un 77.3% con dinámica familiar funcional, 9.1% moderadamente funcional y 13.6% disfuncionales. La pareja en unión libre que corresponde al 8.3% del total de individuos son moderadamente funcionales, como se muestra en el cuadro II.

CUADRO II. Dinámica familiar pre medición según el estado civil.

Dinámica familiar	Casados	Unión libre
Funcional	17 (77.3%)	0
Moderadamente funcional	2 (9.1%)	2 (100%)
Disfuncionales	3 (13.6%)	0
Severamente disfuncional	0	0

Fuente: Instrumento de evaluación en parejas con infertilidad primaria. IMSS. UMF 80. Morelia Michoacán.

43

Posterior a la intervención participativa las modificaciones muestran una tendencia de mejoría en la funcionalidad familiar. Cuadro III.

CUADRO III.  
DINAMICA FAMILIAR EN PAREJAS CON INFERTILIDAD PRIMARIA.

Escala de función familiar	% Pre medición	% Post medición
----------------------------	----------------	-----------------

Severamente disfuncional	0	0
Disfuncional	12.5 (3)	0
Moderadamente funcional	16.7(4)	16.7(4)
Funcional	70.8(17)	83.3(20)

Fuente: Instrumento de evaluación en parejas con infertilidad primaria. IMSS. UMF 80. Morelia Michoacán.

44

Al revisar y desglosar los dominios explorados mediante el FF-SIL en el rubro de cohesión se reporta en la pre evaluación una puntuación media de 8.67, mostrando un cambio de 9.33 en la post evaluación; y en la adaptabilidad son mayores los cambios con una significancia estadística de 0.000, como se muestra en el cuadro IV.

CUADRO IV.

DOMINIO	PRE EVALUACION	POST EVALUACION	<i>T_Student</i>	SIGNIFICANCIA
Cohesión	<b>8.67 +- .305</b>	<b>9.33 +- .223</b>	<b>- 4.290</b>	<b>.000</b>

Armonía	<b>8.79 + - .276</b>	<b>9.33 + - .177</b>	<b>- 3.003</b>	<b>.006</b>
Comunicación	<b>8.50 + - .390</b>	<b>9.04 + - .304</b>	<b>- 4.003</b>	<b>.001</b>
Adaptabilidad	<b>8.21 + - .313</b>	<b>8.92 + - .232</b>	<b>- 4.303</b>	<b>.000</b>
Afectividad	<b>8.88 + - .315</b>	<b>9.13 + - .250</b>	<b>- 2.015</b>	<b>.056</b>
Rol	<b>8.33 + - .413</b>	<b>8.88 + - .342</b>	<b>- 3.186</b>	<b>.004</b>
Permeabilidad	<b>8.29 + - .327</b>	<b>9.04 + - .310</b>	<b>- 3.560</b>	<b>.002</b>
General	<b>59.67 +- .1.818</b>	<b>64.00 +- 1.440</b>	<b>-6.813</b>	<b>.000</b>

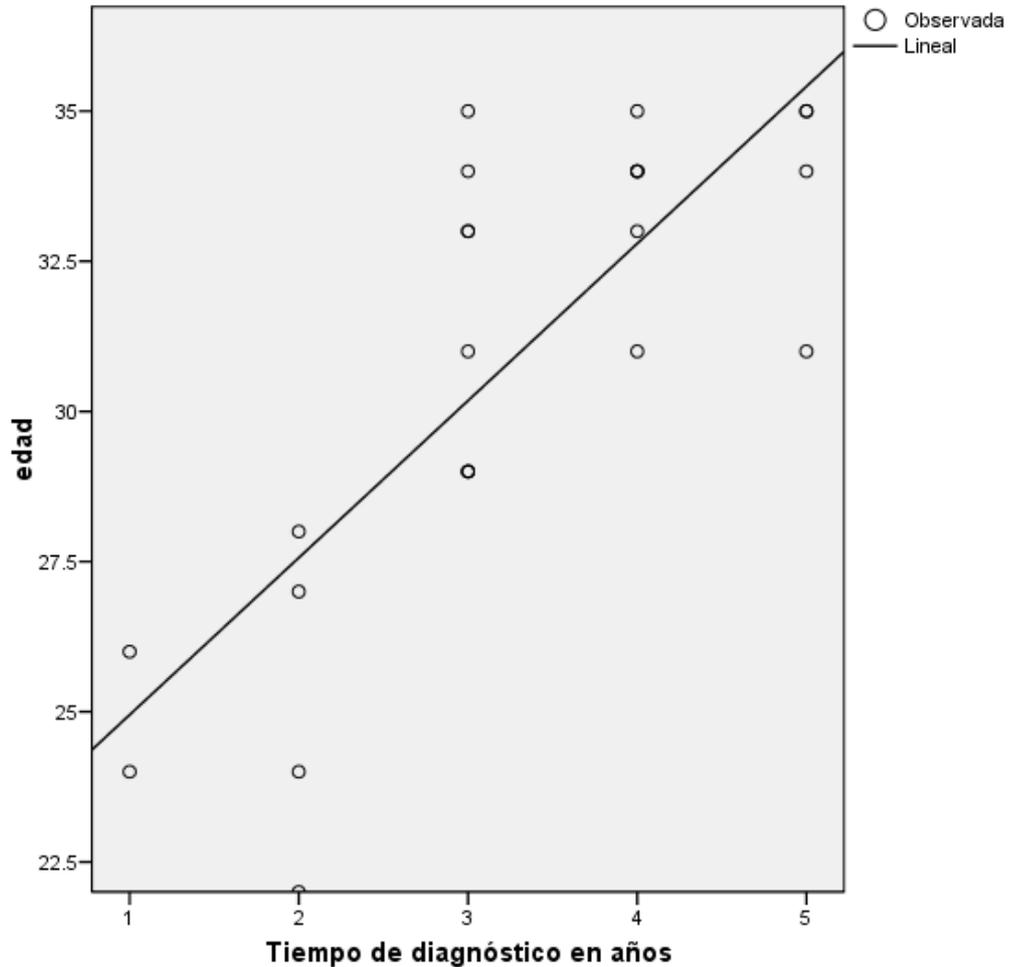
45

Dentro de los resultados obtenidos observamos que a mayor edad de nuestros pacientes es mayor el tiempo de diagnóstico de infertilidad primaria ( $r = .784$ ,  $r^2 = .615$ ).

Edad=  $22.333 + 2.615$  tiempo de diagnóstico. Figura 2.

FIGURA 2.

### Relación de edad del paciente y tiempo de diagnóstico de infertilidad primaria.



Fuente: primaria. Encuesta FF-SIL 2008. IMSS. UMF 80. Morelia Michoacán.

## XII. DISCUSION

Comparamos a un mismo grupo con infertilidad primaria de 12 parejas, de manera inicial en su dinámica familiar y posteriormente a la aplicación de terapia breve. En éste estudio y durante la intervención se abordan temas que tratan a la pareja como una unidad para así enfrentar las esferas biológicas, psicológicas y sociales durante el desarrollo de las actividades con métodos didácticos

estimulando la autorreflexión para favorecer el crecimiento primero individual y posterior de pareja.

El total de pacientes con función familiar funcional pre evaluación fue de 17 pacientes que corresponde al 70.8% del total de la muestra. Posterior a la aplicación de la terapia breve se observó que el total de pacientes con función familiar funcional fue de 20 que correspondió al 83.3% del total de la muestra. De la misma manera de inicio se registraron 3 pacientes disfuncionales que correspondió al 12.5%. en la post evaluación no se registró ningún participante con disfunción familiar, lo que nos indica el impacto de la terapia breve en éstas parejas. Con relación a la dinámica familiar y las diferentes variables estudiadas encontramos que con el estado civil 17 casados (77.3%) de un total de 22 de manera inicial se encontraban funcionales en su dinámica familiar; posterior a la aplicación de terapia breve y a la post evaluación se encontraron 20 (90.9%) del total de casados. 3 pacientes casados de manera inicial se clasificaron como severamente disfuncionales (13.6%). Posterior a la terapia no hay pacientes casados disfuncionales. En los pacientes en unión libre no hubo variación alguna.

#### 47

En relación a cada uno de los dominios que se utilizan en el FF SIL encontramos que posterior a la intervención participativa con terapia breve se logra observar que en donde mayor impacto se tiene es en la cohesión, adaptabilidad. Sin dejar de mencionar que en la armonía, comunicación, rol y permeabilidad hay mejoría, no así en la afectividad, donde posiblemente un factor sea el corto periodo posterior a la intervención.

En nuestro medio no se tiene experiencia evaluando dinámica familiar mediante el FF SIL a parejas con infertilidad primaria además de participar mediante terapia

breve, es por ello que creemos que los resultados obtenidos en el presente trabajo sirvan de pauta para abordar situaciones en donde la función familiar se vea afectada, el modelo de terapia breve posee técnicas sencillas que aplicadas en el marco de la entrevista clínica pueden fomentar soluciones eficaces para los pacientes con disfunción familiar.

### XIII CONCLUSIONES

- 1- La terapia breve grupal en el presente estudio fue una herramienta útil que mejoró la dinámica familiar en parejas con infertilidad primaria.
- 2- La terapia breve grupal mejoró la función familiar en seis de los siete dominios: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, rol permeabilidad.

#### XIV. SUGERENCIAS

Utilizar el FF SIL en consultorios de medicina familiar y establecer un diagnóstico oportuno en el núcleo familiar.

Conocer la dinámica familiar de los pacientes mediante estudios de familia y evaluándola con instrumentos que reflejen su funcionamiento y así diagnosticar disfuncionalidad familiar para dar manejo de forma integral a éstas parejas tanto a nivel psicológico y médico.

Conocer de manera integral el proceso de la psicoterapia breve en los médicos familiares para el oportuno abordaje de disfunciones familiares.

En nuestra opinión éstas acciones participativas deberían darse con más frecuencia en la consulta diaria de medicina familiar, para así no llegar a intervenir en etapas más disfuncionales de la familia en donde se pueden tener consecuencias devastadoras dentro del núcleo familiar.

## XV. REFERENCIAS:

1. Santacruz J. La Familia unidad de análisis. Rev Med IMSS (Mex) 1983; 4(6): 348-352.
2. Hidalgo C, Carmen G, Carrasco B. Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria. Chile: Ediciones Universidad Católica; 1999. p. 27 – 35.
3. González B, Idarmis G. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2000 16 (5): 508-512.
4. Klamber S, Holzemer S, Leonard M. Salud comunitaria: una alianza para la salud. Barcelona, España: Editorial Mc Graw-Hill; 2001. p. 167.
5. Sánchez-Azcona J. Familia y sociedad. Tercera edición. México: Cuadernos de Mortíz; 1980. p. 15.
6. Huerta G. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. PAC de Medicina Familiar 1. 1ª edición. México DF, México: Editorial Intersistemas México; 1999. p. 132-133.
7. Hennen B. La familia como unidad de atención. México DF, México: Editorial Mc- Graw-Hill; 1983. p. 9.
8. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. México DF, México: Editorial Prensa Mexicana; 1988. p. 86-88.
9. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978 6: 1231-1239.
10. Irigoyen-Coria A, Farfán-Salazar G. Diagnostico familiar. México DF, México: Ediciones Medicina Familiar Mexicana. 1993. p. 25-29.

11. Halvorsen J. Self-report family assessment instruments: An evaluative review. *Fam Pract Res J* 1991 11: 21-38.
12. Irigoyen A. Fundamentos de medicina familiar. 6ª ed. México DF, México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000. p. 78-80.
13. Pérez J. Terapia familiar en el trabajo social. México DF, México: Editorial Prensa Mexicana; 1988. p. 102-106.
14. Sánchez O, Oseguera G, Saing T. Niveles de intervención y tratamiento familiar. II reunión de Médicos Familiares; 1992; Mazatlán, Sinaloa, México.
15. Didier A. El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal. 3ª edición. Editorial Biblioteca nueva Madrid, España; 1993. p. 142.
16. Glick I, Berman E, Clarkin J, Rait D. Terapia conyugal y familiar. 4ª ed. Grupo aula medica Madrid; 2003. p. 187-191.
17. Watzlawick P, Nardone G. Terapia breve estratégica. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona: 2000.p. 66-67.
18. Glick I, Rait D. Terapia conyugal y familiar. 4 edición. Grupo aula medica Madrid: 2000.p. 165-166.
19. Vite J, Ortiz D, Hernández I. Análisis epidemiológico en una población mexicana. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73 : 360-364.
20. Sanli O, Ziyilan O, Kandirali E. Bilateral single system ureteral ectopia diagnosed incidentally with infertility. *The Journal of Urology* 2004 172: 1026-1027.

21. Delgado J, Fernández C. Ginecología y Reproducción Humana. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia AC. 2006; tomo II. p. 265.
22. Acien P, Sánchez-Ferrer F. Complex malformation of the female genital tract. New types and revision of classification. Hum Reprod 2004 19: 2377-2384.
23. Remohí J, Romero J. Manual práctico de Esterilidad y Reproducción Humana. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.p. 3.
24. Sims J, Gibbons W. Treatment of infertility: the cervical and uterine factors in: Reproductive Endocrinology. New York: Lippincott-Raven Publ 1996: 2141-2142.
25. Bonilla F. Ecografía vaginal. Doppler y tridimensional. Madrid : Editorial Medica Panamericana: 2000. p. 575.
26. Pérez E. atención integral de la Infertilidad. México: Mc-Graw-Hill Interamericana 2002.p. 1-3.
27. Akande V, Hunt L. Differences in time to natural conception between with unexplained infertility women minor endometriosis. Hum Reprod 2004; 19(1): 96-103.

28. Hillier S. Current concepts of the roles of follicle stimulating hormone and luteinizing hormone in folliculogenesis. Hum Reprod 1994 9:188-191.

29. Leuchtenberger M, Scheofer J, Johanssen W. Human Reproduction. European Society of Human Reproduction and Embriology 2005. 20: 2055-61.
30. Delgado J, Fernández C. Ginecología y Reproducción Humana. Editorial Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia AC. 2006; tomo II.p. 270-279.
31. Rangel L, Valerio L. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004 47 (1): 24-28.
32. Mendoza S, Huerta E. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam 2006 8: 27-32.
33. Cabrera P, Rodríguez P. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar, en Unidades de Medicina Familiar de Guadalajara México. Salud mental 29 (4) 2006: 40-46.
34. Greenberg G, Ganshorn K, Danilkewich A. Solution-focused therapy. Counseling model for busy family physicians. Can Fam Physi 2001; 47: 2289-2295.



ANEXO 1.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

### Carta de consentimiento Informado.

El propósito de ésta carta de consentimiento informado es proporcionarle información necesaria para que usted decida su participación en el estudio.

Investigador: Dr. Manuel Enrique Herrera Avalos.  
Dra. Leticia Duarte Pedraza.  
Dr. Javier Ruiz García.

Propósito del estudio: se le ha pedido participar en una investigación que se está realizando para evaluar la dinámica familiar en parejas con infertilidad primaria. El estudio consiste en realizarle una evaluación de relaciones intrafamiliares y aplicación de terapia breve grupal.

Procedimientos del estudio: si decide participar, deberá acudir con su pareja a las aulas de la UMF en una fecha y hora establecida por los investigadores con la finalidad de aplicación de un test (FF-SIL); se diagnosticará el grado de función familiar ; posterior a ello se les programará para otorgarles terapia breve grupal mediante un programa ya establecido de sesiones consecutivas. Una vez terminado el programa de sesiones se evaluará nuevamente la dinámica familiar con el test FF-SIL.

Riesgos del estudio:

Beneficios del estudio: puede haber varios beneficios por su participación en éste estudio. La evaluación de la dinámica familiar; manejo mediante la terapia breve grupal impartida por un especialista en terapia familiar. Valorar el inicio de tratamiento para controlar y evitar que sigan evolucionando alteraciones en el núcleo de la familia.

Costos: la participación de éste estudio no tiene costo alguno para usted.  
Compensación: por participar en éste estudio usted no recibirá ninguna compensación monetaria.

Confidencialidad: los resultados de las evaluaciones les será proporcionado posterior al concluir el estudio. Los resultados serán mantenidos en archivos confidenciales de os investigadores.

La participación es voluntaria: su participación en éste estudio es voluntaria. Puede hacer cualquier pregunta relacionada con éste estudio y tiene derecho a obtener respuestas adecuadas. Usted puede abandonar o terminar éste estudio en cualquier momento. Si decide abandonar el estudio, esto no será obstáculo para ningún tratamiento que esté recibiendo o tenga que recibir, y no afectará sus consultas medicas actuales y futuras en los servicios que ofrece el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_.

Testigo

Nombre:

\_\_\_\_\_

.

Firma:\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_.

Investigador:

Nombre:\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_.

ANEXO 2. Prueba de Evaluación de las relaciones Intrafamiliares (FF-SIL). De la Cuesta D; Pérez E. Louro I y Bayarre H.

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación difícil familiar, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

ANEXO 3.

FECHA	HORA	TEMA	OBJETIVO	PONENTE
3 ENERO 2008.	08:30- 10:15	Preevaluación, introducción	Evaluar la dinámica familiar. Integración grupal.	Psic. Emma Hernández Alvarez Dr. Manuel Enrique Herrera Avalos
10 ENERO 2008	08:30- 10:15	Autoestima	Promover la autoestima en forma dinámica y expresiva.	Psic. Emma Hernández Alvarez Dr. Manuel Enrique Herrera Avalos
17 ENERO 2008	08:30- 10:15	Comunicación de pareja	Identificar diferentes técnicas de comunicación. Manifestaciones.	Psic. Emma Hernández Alvarez
24 ENERO 2008	08:30- 10:15	Estrés	Identificar el estrés y conocer las diferentes técnicas de relajación.	Psic. Emma Hernández Alvarez
31 ENERO 2008	08:30- 10:15	Amor y afecto	Manifestaciones entre la pareja. Abordaje psicológico.	Psic. Emma Hernández Alvarez
7 FEBRERO 2008	08:30- 10:15	Amor y afecto Post evaluación	Manifestaciones entre la pareja. Abordaje psicológico	Psic. Emma Hernández Alvarez