



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.

**“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
HIPERFRECUMENTADORAS” DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 10 EN
CARDENAS TABASCO**

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

PRESENTA:

DRA. GLADYS TORRES ALCAZAR

VILLA HERMOSA, TABASCO 2010



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.

**“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
HIPERFRECUECIDORAS” DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 10 DE
CARDENAS, TABASCO**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GLADYS TORRES ALCAZAR

AUTORIZACIONES

RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ
MEDICO FAMILIAR

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS, MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43
VILLAHERMOSA TABASCO

CARMEN GALEANA PERALTA
MEDICA FAMILIAR

JEFA DEPARTAMENTO CLINICO DE UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 43
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

ABEL PEREZ PAVON
MEDICO FAMILIAR

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 43
Y ASESOR METODOLOGICO

M. EN C. CONCEPCION LOPEZ RAMON
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
VILLAHERMOSA TABASCO

**LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
HIPERFRECUENTADORAS DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No
10 EN CARDENAS TABASCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

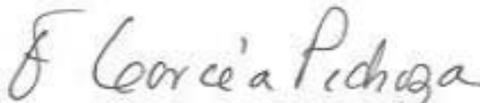
PRESENTA

DRA. GLADYS TORRES ALCAZAR

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

DEDICATORIAS

A Dios

Todo lo puedo en Cristo que me fortalece.....

A mis padres y hermanos:

José Guadalupe Torres Ramírez (QEPD)
Domitila Alcázar Chanona
Carmen, Esmeralda, Lupita, Antonio, Jorge.

A mi familia en Cristo:

Elodia Figueroa Pérez
Emma,
Norma
Jacinto Notario Hernández (QEPD)

A mi amiga y hermana

María Eugenia

A mi niña

Heidi Yamilet

A mis Profesores de la Especialidad:

Rusvelt Vázquez Ordaz, Norma Octavia Zavaleta Vargas, Ivonne Brown Gómez, Rosario Zapata, Abel Pérez Pavón, Carmen Galeana Peralta.

A mis compañeros de la UMF 10, Cárdenas, Tabasco:

Lic. Amalia Martínez, Elvia, Isabel, Isrrael.

A mis compañeros y amigos de la Especialidad en Medicina Familiar, modalidad Semipresencial.

**A mis amigos y amigas que de cierta manera me apoyaron y animaron en
estos 3 años de residencia médica.**

**“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
HIPERFRECUMENTADORAS” DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 10 DE
CARDENAS, TABASCO**

INDICE

Resumen.....	i
Glosario.....	iii
Marco Teórico.....	1
Planteamiento del problema.....	27
Justificación.....	28
Objetivos General y Específicos.....	29
Metodología	
Tipo de estudio Población, Lugar y Tiempo.....	30
Criterios de Inclusión, Exclusión y de Eliminación.....	31
Método para captar la información y Consideraciones éticas.....	34
Resultados	
Descripción de los resultados en Cuadros y gráficas.....	39
Discusión.....	48
Conclusión.....	51
Referencias bibliográficas	53
Anexos	67

RESUMEN

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES HIPERFRECIENTADORAS DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 10. Gladys Torres Alcázar R3MF, Carmen Galeana-Asesor metodológico, Abel Pérez Pavón-Asesor del tema. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

OBJETIVO: Identificar la funcionalidad familiar en pacientes hiperfrecuentadoras en mujeres de 20 a 59 años de la Unidad Médica familiar no.10 del Poblado Vicente Guerrero del municipio de H. Cárdenas, Tabasco.

MATERIAL Y METODO: El estudio de investigación es transversal, descriptivo y prospectivo. Se evalúa la Funcionalidad Familiar en las pacientes hiperfrecuentadoras a través del método Apgar familiar y las interrelaciones. La población estuvo conformada por 1,138 pacientes, Donde el universo poblacional son mujeres de 20 a 59 años; que reúnan 7 o más consultas en un año, con características homogéneas.

RESULTADOS: Se realizó la búsqueda y depuración encontrando en un 5.3% pacientes hiperfrecuentadoras en la UMF 10 la cual no tiene asociación con la demanda médica que encontramos en la consulta de las cuales se encontraron de acuerdo a las características sociodemográficas las edades de 31 a 40 años fue la más relevante con un 53.85%, las pacientes hiperfrecuentadoras corresponden en un 42.31% a la familia nuclear y las integradas por dos o tres integrantes en un 57.69%. Estadísticamente es significativa la relación de la hiperfrecuentación con respecto al estado civil y la ocupación ya que encontramos que las hiperfrecuentadoras son casadas en un 92%, unión libre y viudas en un 3.85%; amas de casa en un 96% y un 4% se dedican a una actividad. De acuerdo al Apgar Familiar realizado a las pacientes hiperfrecuentadoras se encontraron que el 26.92% tuvieron buena función familiar, de la disfunción familiar con el puntaje mayor del 50% fue la disfunción familiar leve; moderada (23.08%) y no se encontró en las pacientes con hiperfrecuentación la disfunción familiar severa el cual no muestra influencia en relación a la decisión de la hiperfrecuentación en la unidad médica familiar.

CONCLUSIONES: En acorde con nuestros objetivos se identificó cual es el tipo de funcionalidad familiar y de acuerdo a nuestros resultados nos lleva a la implementación de estudios de intervención familiar en pacientes hiperfrecuentadoras para poder disminuir la saturación de la consulta externa. Sería interesante comparar con otras unidades médicas familiares de nuestra entidad la hiperfrecuentación de nuestros derechohabientes.

Palabras claves: Hiperfrecuentación, Funcionalidad familiar.

ABSTRACT

THE FAMILIAR FUNCTIONALITY IN HYPERFREQUENT PATIENTS HYPERFREQUENT OF THE FAMILIAR MEDICAL UNIT NUMBER 10.

Gladys Torres Alcázar R3MF, Carmen Galeana-Asesor metodológico, Abel Pérez Pavón-Asesor del tema. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

OBJETIVE: To identify the familiar functionality in hyperfrequent patients in women of 20 to 59 years of the familiar medical unit number 10 of the Vicente Guerrero town, in the Cardenas municipality.

MATERIAL AND METHOD: The investigation study is cross-sectional, descriptive and prospective. The familiar functionality in the hyperfrequent patients through familiar method APGAR and the interrelations is evaluated. The population was confirmed by 1138 patients. Where population universe is women of 20 59 years, that they reunite 7 or more consultations in a year, with homogeneous typical.

RESULTS: It is realized the search and purification finding in 5.3% hyperfrequent patients in the familiar medical unit I number 10, which does not have association with the medical demand that we found in the consultation of which found according to the sociodemographic typical the ages of 31 to 40 years were but the excellent one with a 53%, the hyperfrequent patients correspond in a 42.31% to the nuclear family and the integrated ones by two or three members in 57.69%. Statistically the relation of the hyperfrequenting with respect to the civil state and the occupation is significant since we found that the very frequents are married in a 92%, free union and widows in 3.85%; housewives in a 96% and a 4% dedicate themselves to an activity. According to the familiar APGAR realized the hyperfrequent patients they were that the 26.92% had good familiar function, of familiar dysfunction with the greater percentage of 50% it was slight familiar dysfunction; moderate (23.8%) and the severe familiar dysfunction was not in the patients with hyperfrequenting which does not show influence in relation to the decision of hyperfrequenting in the familiar medical unit.

CONCLUSIONS: In agreement with our objectives I identify myself which is the type of familiar functionality and according to our it takes us results to the implementation of studies of familiar intervention in hiperfrecuentadoras patients to be able to diminish the saturation of the external consultation. It would be interesting to compare with other units medical familiar of our organization the hyperfrequenting of our rightful claimants.

KEY WORDS: hyperfrequenting, familiar function.

GLOSARIO

APGAR Familiar..... Instrumento para medir funcionalidad familiar.

Disfunción Familiar..... Alteración de la dinámica familiar en los roles
Limites, jerarquías, y comunicación, afectando
el ciclo vital de la familia.

ABREVIATURAS

APGAR	Instrumento para medir Funcionalidad Familiar.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
SIMF	Sistema de Información en Medicina Familiar.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Identificación en el SIMF de la población atendida.....	39
Tabla 2	Actividad Laboral de las hiperfrecuentadoras.....	45

INDICE DE GRAFICOS

Gráfica No.1	Tipos de familia de las hiperfrecuentadoras.....	40
Gráfica No.2	Edad de las hiperfrecuentadoras.....	41
Gráfica No.3	Estado Civil de las hiperfrecuentadoras.....	42
Gráfica No.4	Religión profesada.....	43
Gráfico No.5	Actividad laboral de las hiperfrecuentadoras.....	44
Gráfico No.6	Escolaridad de las hiperfrecuentadoras.....	45
Gráfico No.7	Grado de funcionalidad familiar.....	46
Gráfico No.8	Funcionalidad Familiar de acuerdo a Apgar Fam.....	47

4. Marco Teórico

4.1. La familia

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus*, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico. En la era del domalismo, con el término de “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del *pater*, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos ^{1,2}. En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra “familia” suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, “en familia”³.

El término familia puede contener variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que ésta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes. Sin embargo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a

diferentes enfoques científicos, han surgido paulatinamente múltiples definiciones de familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es conveniente partir de una adecuada especificación de la terminología. De esta manera, el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional. El concepto de familia incluye una compleja Organización Biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

Para el Papa León XIII (1818-1903), “la familia es una sociedad de extensión limitada, pero, con todo, una verdadera sociedad, anterior a cualquier Estado o Nación, por sus propios derechos y deberes y totalmente independiente del Estado⁴. La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el Diccionario de la Lengua Española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.⁵ La palabra linaje hace referencia, según Warner, a un grupo dotado de continuidad a lo largo de varias generaciones, siguiendo habitualmente la “línea del apellido” (líneas de descendencia unilaterales). De tal forma, en nuestro medio, las familias

resultan ser patrilineales y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar, son matricéntricas.

El Censo Canadiense define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”⁶.

Según el Censo Americano, la familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad.⁷ La primera definición incluye los conceptos de matrimonio, familia nuclear y seminuclear (ésta como complicación del desarrollo familiar), en tanto que la segunda es más amplia por señalar los vínculos que determinan parentesco. En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran, además, como un sistema de interacción, o mejor aún, de transacción,⁸ que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia.

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano,⁹ y según los socialistas Frédéric Le Play y Proudhon¹⁰ “es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria relaciones directas personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos,

circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza.

Es un grupo primario cuyas características son las propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo. La teoría sistémica (referida por Steinglass) define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos.¹¹

El concepto moderno de familia tiende a definirla como una unidad socioeconómica compuesta únicamente por: el padre, la madre y los hijos, bien sea que éstos sean producto de esta unión o adoptivos, también es importante que vivan bajo un mismo techo e interactúen intensamente para lograr el bienestar general de todos los miembros de la familia.¹²

La familia se considera un sistema dinámico, cambia y evoluciona de acuerdo a las transformaciones que surgen en los individuos que la integran. Es importante conocer la clasificación de las diferencias existentes entre las familias con el propósito de entender la dinámica familiar.

La familia es importante porque tiene como responsabilidades básicas organización social, atención, afecto, reproducción y otorgamiento de un estado. Estas funciones se describen en relación de los papeles interrelacionados de los miembros de la familia. La familia será tan sólida como los lazos sociales que la conservan. La familia funciona de manera distinta según se encuentre en las fases de matrimonio, expansión, dispersión, independencia o retiro y muerte.¹³

Buena parte de las preocupaciones y de las enfermedades actuales se enfocan en la familia desorganizada y disfuncional. Es difícil estudiar a la familia de manera objetiva y con facilidad. Nuestras ligaduras, con nuestras propias familias rápidamente invaden nuestros pensamientos cuando hablamos de la familia. Hay ciertas verdades en cuanto a la familia que se ponen de manifiesto, esto a nivel mundial, por ejemplo:¹⁴

1.- En Estados Unidos de Norteamérica hay cifras de divorcios mucho más altas que en casi todos los demás países.

2.- En el último siglo, eran comunes las familias extendidas, en tanto que, ahora, predomina la familia nuclear (mucho influye la promoción de los métodos de planificación familiar para el control de la natalidad).

La familia nuclear es una unidad dinámica de las sociedades modernas, es un grupo primario en el que sus miembros tienen una serie de obligaciones, están reunidos para cubrir diversas necesidades, mismas que deben satisfacerlas para que se hable de una familia que funciona.

Las funciones de la familia son cinco:

1. **FUNCION DE ADAPTACION 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. **FUNCION DE CUIDADO Y ATENCION:** significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de las familias, 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 deben tenerse atención y cuidados mutuos y recíprocos.
3. **FUNCION DE AFECTO:** la familia debe llenar las necesidades afectivas a sus miembros, porque las respuestas afectivas de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar. Las necesidades de los padres son tan importantes para la salud familiar, como las necesidades de afecto de los niños.
4. **FUNCION DE REPRODUCCION:** es la función única de la familia que consiste en reproducirse y producir reemplazos para la sociedad, matrimonio y familia tienen por objeto regular y controlar la conducta sexual.

5. **FUNCION DE OTORGAMIENTO DE STATUS SOCIAL:** esta función 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.¹⁵

De esta manera dichas funciones las deben cumplir todos los miembros de la familia, para cumplir dichas funciones hay una actitud, una conducta que se puede resumir en lo que se llama un rol, este papel lo debe desempeñar cada miembro de la familia para el cumplimiento adecuado de las funciones, al cumplirse éste, se logrará un mayor desarrollo y creatividad de la familia.¹⁶

Una buena familia necesita ser triangular, debe estar constituida por el padre, la madre y los hijos. En el mundo occidental, a grandes rasgos, es el tipo de organización permanente.¹⁷

El problema de la organización familiar en México es sustantivamente la ausencia del padre, el exceso de madre y la limitación sistémica del área genital entre los progenitores. La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, es la unidad básica de la enfermedad y la salud.¹⁸

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos.¹⁹

4.2. Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Satir prefiere utilizar los términos de familia nutridora o conflictiva, a fin de hacer una referencia más descriptiva de los mismos aspectos.²⁰

De acuerdo al tipo de relación que se origina en el seno de la familia, nos van a determinar varias categorías:

- a. Relación satisfactoria y estable; que se caracteriza porque se maneja la problemática con un tipo de comunicación explícita, las negociaciones son de forma abierta, las ofensas son personales y los períodos de distanciamiento son cortos y superficiales.
- b. Satisfactoria inestable: aquí el tipo de arreglos o negociaciones en la mayoría de las veces no son regidos por una comunicación explícita, por lo que los conflictos pueden perdurar más tiempo, pero al fin son resueltos.
- c. Insatisfactoria estable: aquí los miembros están insatisfechos de su interacción por que la comunicación está truncada conformándose con la situación establecida (relaciones sadomasoquistas), y en donde cada problema provoca más distanciamiento.

- d. Relación insatisfecha inestable: aquí la familia se encuentra siempre en conflicto, la comunicación la mayoría de las veces es de forma implícita no se afrontan los problemas, las negociaciones no son abiertas, se culpan unos a otros mutuamente y hay resentimientos no perdonados. Este tipo de relación multiconflictiva origina patología en los miembros. Lo importante en una relación familiar es mantener la homeostasis y cuando ésta se está perdiendo por algún motivo, surge el “chivo expiatorio” del problema y que viene a ser el que da la seguridad al mantenimiento de la familia, así, se crea el niño sintomático o parental, que es el que padece asma, hiperquinesia, etc. Otra forma de mantener la homeostasis es no reconocer el conflicto y por ende no afrontarlo. También se pueden emplear otros tipos de interacciones para disminuir el conflicto y así tenemos las diadas, tríadas y coaliciones. Las diadas son uniones entre dos miembros de la familia para contraponerse a un tercero que es más fuerte; este tipo de alianza es disfuncional ya que impide que el miembro excluido pueda comunicarse de una manera eficiente con uno de los miembros de dicha diada o trata de buscar en otro sitio la parte o relación complementaria. Ejemplo, hay una mala relación entre una pareja que amenaza con una ruptura, el pequeño empieza a ser sintomático y hace que la madre lo sobreproteja y lo consienta, al mismo tiempo impide que el padre se relacione con el niño ya que interviene la madre rápidamente en afán protector.²¹

4.3. Disfunción familiar

No es fácil distinguir a las familias mentalmente sanas de las mentalmente enfermas. La distinción es relativa y no absoluta, es posible distinguir en una familia dada algunos componentes del funcionamiento familiar que son básicamente sanos y otros que no lo son. Para propósitos prácticos, pensemos que las familias enfermas son aquellas que fracasan progresivamente en el cumplimiento de sus funciones familiares esenciales.

Dentro del sistema familiar actúan fuerzas tanto positivas como negativas determinantes del buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de DINAMICA FAMILIAR y le atribuyó un papel primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.²²

Es preferible descartar los calificativos “normal” o “anormal” para referirnos a la familia, pues si los criterios para definir la normalidad psicológica del individuo son controvertidos, la naturaleza del sistema familiar hace imposible determinar con precisión esos parámetros. Es más acertado y práctico referirnos a la “funcionalidad” o “disfuncionalidad” y considerar algunos principios ideales del funcionamiento familiar.²³

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

A.-Comunicación: en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.

B.-Individualidad: la autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

C.-Toma de decisiones: la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder en las familias disfuncionales importa más ver quién va a “salirse con la suya” y, consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

D.-Reacción a los eventos críticos: una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrollen síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.²⁴

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Por ejemplo, el conflicto estimado, no resuelto entre la pareja o entre padres e hijos, se pueden presentar al médico familiar como depresión en un adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o niños, problemas de conducta o trastorno de simulación en los adolescentes.

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de familias disfuncionales suelen:

- Utilizar muy frecuentemente los servicios de salud.
- Denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas.
- En el caso de pacientes adultos, hacerse acompañar innecesariamente por un familiar.
- Difícilmente encontrarle sentido a su problema actual.
- Consultar por síntomas vagos e inespecíficos, conflictos emocionales o de relación, o por manifestaciones somatoforme o trastorno por ansiedad.²⁵

En una elevada proporción, estas situaciones no son detectadas ni tratadas médicamente en forma adecuada, quizás por la formación biomédica tradicional que soslaya los aspectos psicosociales del proceso salud-enfermedad y constituyen indicios que deben alertar al médico sobre la conveniencia de trabajar en el contexto personal e interpersonal, más que en el contexto clínicopatológico.^{26,27}

4.4. Instrumentos que miden la funcionalidad familiar

El médico familiar, como orientador de la familia cuenta con recursos que le permiten evaluar los problemas psicosociales de cada familia, tanto desde el punto de vista estructural como del funcional.

Para evaluar la conformación estructural se puede utilizar la clasificación de la familia, la identificación de la etapa de su ciclo vital y el diseño de su genograma.²⁸

La evaluación de la funcionalidad familiar requiere, por su parte, del empleo de instrumentos que pueden ser observacionales o de auto aplicación, los cuales cuentan con las siguientes características:²⁹

Los métodos observacionales proveen, según Gómez-Clavelina e Irigoyen-Coria, una visión externa del fenómeno, y requieren de la participación de terapeutas cuya experiencia les permita valorar los patrones de interacción familiar. Los procedimientos para la aplicación de estos métodos son la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación.

Los instrumentos de auto aplicación proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados. De esta forma se obtiene información individual de cada uno de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, acerca de los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores, etc.³⁰

Es posible obtener considerable información acerca de las funciones familiares cuando el paciente, al reportar un evento crítico, describe cómo es la comunicación entre los miembros de su familia, cómo se distribuyen al comer,

dormir, salir de casa y compartir otras tareas. Ante estas circunstancias, y cuando es evidente la disfunción familiar, es necesario llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad familiar. El problema surge ante la escasez de instrumentos para efectuar dicha actividad, no obstante que en la práctica médica se cuenta con toda una gama de pruebas para valorar la función de un órgano o tejido enfermo.³¹

Existen varios métodos e instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, pero son pocos los que tienen un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los instrumentos existentes. Entre los que se han utilizado se encuentran los siguientes:

4.4.1. INDICE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Pless y Satterwhite).

Fue ideado para distinguir familias que requerían de apoyo terapéutico de las que no. Estima la función familiar por áreas como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, solución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad. Ha sido útil en el estudio del núcleo familiar del niño con trastornos psicológicos crónicos, pero limitado para su uso generalizado.^{32, 33}

4.4.2. ESCALA DE EVALUACION FAMILIAR DE BEAVERS Y

TIMBERLAWN. Modelo que estudia el grado de interacción familiar, incluye las siguientes variables: estructura del poder familiar: poder, coaliciones, cercanía; mitología familiar: percepción de la realidad; habilidad de

negociación; promoción de la autonomía: claridad, responsabilidad, invasividad, permeabilidad; afecto familiar: expresividad, humor, conflictos, empatía. Ha sido utilizada con éxito en estudios psiquiátricos para evaluar la conducta familiar con el propósito de cuantificar y clasificar los modelos interaccionales en familias incestuosas.³⁴

4.4.3. LA CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA. Es un sistema basado en tres fuentes de información, en cada una de las cuales se agrupan las disfunciones del grupo familiar de la siguiente forma:

A. EJE I: DIMENSION HISTORICA O LONGITUDINAL

B.EJE II: DIMENSION HORIZONTAL

C.EJE III.DIMENSION GLOBAL

Entre los primeros se registran las disfunciones en su organización, integración, límites entre individuos y entre subsistemas, división de roles, comunicación, desempeño de tareas cotidianas y atmósfera emocional. En cuanto al aspecto social, la disfunción familiar es vista como la manifestación del estilo de la familia con relación a otras.³⁵

4.4.4. EL MODELO DE MCMASTER. Provee una visión global de la familia que permite comprender su estructura, organización y patrones transaccionales. Consta de la investigación de seis dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles familiares, expresión afectiva, involucramiento afectivo y control de la conducta.^{36, 37}

4.4.5. ESCALA DE EVENTOS CRITICOS DE THOMAS HOLMES. Test donde se da un determinado valor a eventos en la vida del hombre que eran causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, era inversamente proporcional al valor dado. Esta escala de eventos críticos debe realizarse en función de las situaciones que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas. Por ejemplo, según Holmes, el cambio más estresante en la vida es la muerte del cónyuge, a la cual le adjudica un valor de 100 puntos. Incluso los acontecimientos felices o positivos pueden ser estresantes, como el matrimonio, que tiene una puntuación de 50, o las vacaciones, con 13 puntos.^{38,39,40}

4.4.6. MODELO PSICODINAMICO SISTEMICO DE EVALUACION FAMILIAR (Salinas y col). La aplicación de este instrumento evalúa la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeracional, dado que los patrones interaccionales se van aprendiendo y transmitiendo de una generación a otra. Consta de 7 variables: tiempo de evolución, individuación en el sistema (familia de origen), individuación en el sistema (familia nuclear), espectro coalición-colusión, mecanismos de defensa, patrones de comunicación y control de la conducta.⁴¹

4.4.7. CUESTIONARIO DE EVALUACION FAMILIAR DE ESPEJEL Y COL. Cuestionario de varios diseños previos que se pilotearon en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Es un instrumento

de alta confiabilidad que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son, y consta de 40 preguntas que exploran las siguientes áreas de la estructura familiar: autoridad, orden, supervisión, efecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, efecto negativo y recursos.⁴²

4.4.8. EL APGAR FAMILIAR. El Apgar Familiar es un instrumento de evaluación que elaboró Gabriel Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la situación funcional de sus familias.

Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor.

Definición de los componentes del Apgar Familiar:

1. Adaptabilidad (adaptation) o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.

2. Participación (partnership) o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
3. 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.
4. 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.
5. Resolución (resolve): capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, elige por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se pueden hacer las inferencias mostradas en el cuestionario aplicado.

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

El Apgar Familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, sin olvidar que no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Además, no pretende sustituir la información que se obtendría de una entrevista familiar más extensa y especializada, que no es precisamente la labor del médico familiar.^{43,44,45,46}

CALIFICACION DEL APGAR FAMILIAR	
PUNTOS	EVALUACION
18 a 20	Familia funcional
14 a 17	Disfunción familiar leve
10 a 13	Disfunción familiar moderada
< 9	Disfunción familiar severa

El Apgar familiar se evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada por los departamentos de psicología y de psiquiatría de la Universidad de Washington, y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwan, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83. En tales estudios se estableció que el soporte social que suministran los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivó al autor del Apgar familiar a incluir en su evaluación, el apoyo que brindan las amistades ^{47,48,49}

El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. Este cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas y ha sido comparado con cuestionarios complejos, con muy buena correlación.⁵⁰

4.4.9. CIRCULO FAMILIAR. Es un método gráfico, breve y útil para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios de los miembros del grupo familiar en estudio. Permite hacer el diagrama de una familia como sistema abierto, ayudando al individuo que la elabora a definir su concepto de familia. El método del círculo familiar muestra gráficamente los patrones de: cercanía y distancia; poder y toma de decisiones; alianzas familiares; separaciones y fusiones del espacio personal y las fronteras interpersonales. El tamaño del círculo puede indicar la importancia de la familia para quien lo dibuja, y la distancia entre él y otros miembros refleja el grado de apego o alejamiento emocional.^{51,52}

4.4.10. ESCALA DE EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR III (FACES III): FACES III es la versión de The Family Adaptability and Cohesion evaluation Scales, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. En 1985 y basado conceptualmente en el modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los miembros autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: ADAPTABILIDAD, COHESION Y COMUNICACIÓN.^{53,54,55}

4.4.11. EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL. Modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja. Aborda las principales

funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.⁵⁶

4.5. Concepto de Hiperfrecuentadora

En el ámbito de la atención médica existen pacientes denominados **hiperfrecuentadoras** las cuales se definen de acuerdo al número de visitas realizadas en un año y que oscilan entre 7 y más consultas y a las características de su demanda, por lo que se han clasificado en dos tipos: Tipo 1: pacientes demandantes quienes deciden por sí mismos el número de visitas médicas, se pueden relacionar con tres tipos de perfiles: somatizadores, dependientes y faltos de recursos sociales. Tipo 2: pacientes con padecimientos concretos bien definidos ya diagnosticados que sólo asisten a control.⁵⁷ En este estudio nos ocuparemos de las pacientes hiperfrecuentadoras Tipo 1.

Las características de los pacientes que acuden al sistema sanitario público español han sido el centro de atención de numerosas publicaciones. Se han evaluado las características geográficas (núcleos rurales, zonas urbanas, distancias al centro sanitario); las diferencias socio-demográficas (nivel cultural, situación laboral, problemática social, estructura familiar); los motivos de consulta (patrones de morbilidad, patologías crónicas); los tipos de asistencia (programada, urgente, domiciliaria); los servicios sanitarios (estructura y organización,

competencia del facultativo, o grado de confianza); las fluctuaciones temporales (climatología, día de la semana, franjas horarias); las particularidades del paciente (estado de salud, hiperfrecuentación, percepción de enfermedad, expectativas); e, incluso, la influencia de determinados eventos (retransmisiones deportivas, mercados ambulantes, contaminación atmosférica). Dichos estudios han tenido como campo de trabajo las consultas de atención primaria o las áreas de urgencia hospitalarias, reflejando con ello los rasgos de los usuarios que demandan asistencia sanitaria en el primer nivel de atención.⁵⁸

La hiperfrecuentación es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria en diversos países, tales como España, Chile, Perú, México, Estado Unidos, entre otros. Se ha descrito en varios estudios tanto internacionales como nacionales que un 50% del personal médico de atención primaria considera que recibe más del 20% de visitas innecesarias ocasionando dicho fenómeno emociones de difícil manejo entre los profesionales.^{59,60,61} En este sentido se han llevado a cabo diversas contribuciones teóricas que han puesto el énfasis en la conveniencia de abordar este problema para tratar de prevenir, junto con otras series de estrategias, el síndrome de Bournout entre los profesionales.^{62,63}

En el campo empírico existen diversas investigaciones centradas en estudio de las características socio-demográficas y de utilización de servicios más comunes entre las personas hiperfrecuentadoras, habiéndose hallado que un gran porcentaje de éstas padece alguna enfermedad crónica, elevados índices de

estrés de vida y que los síntomas depresivos constituyen el mejor predictor de la hiperfrecuentación.^{64,65,66}

4.6. Funcionalidad familiar e hiperfrecuentación en la consulta de primer nivel

Las pacientes hiperfrecuentadoras presentan una conducta compleja determinada por diferentes factores: socio-demográficos, psicológicos, médicos y organizativos que por otra parte actúan como moduladores de sus necesidades de salud.^{67,68,69}

Al médico familiar le resulta difícil diagnosticar si estos trastornos corresponden a un cuadro nosológico o si se encuentra ante manifestaciones de otro tipo de problemas y por lo tanto existe la posibilidad de no brindar una atención adecuada. Este escenario puede ocasionar a) insatisfacción de los pacientes; b) no resolución del problema de salud; c) sobrecarga en la consulta de medicina familiar; d) gasto excesivo de recursos.⁷⁰

Con este tipo de atención se pierde la oportunidad de investigar sobre otros factores desencadenantes que podrían conducir al origen del problema de salud, este hecho es importante tomarlo en cuenta, ya que como indica Good y Reger referidos por De la Revilla entre el 30 y 60% de los motivos de consulta en atención primaria se deben a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis que repercuten en la funcionalidad familiar.⁷¹ Existen motivos de consulta que escapan a patrones preestablecidos. En muchas de estas ocasiones, predomina un trastorno de disfunción familiar, siendo esta situación la que

trasciende a través de la entrevista clínica; en gran parte de los casos esta disfunción tiene su origen en el subsistema conyugal.⁷²

Algunos autores coinciden, en que los problemas existentes al interior de parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción conyugal.^{73,74}

La utilización de los servicios sanitarios junto con el concepto de salud-enfermedad, ha sobrepasado el marco biomédico estricto para convertirse en un fenómeno sociocultural y dependen de las características del paciente, de la organización de la atención y de la cartera de servicios ofertada.^{75,76}

Cuando se intenta evaluar la utilización de los servicios 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 socio-demográficas del paciente (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción) actúan como moduladores de dicha necesidad.⁷⁷

Dentro de los factores familiares, existen muchos trabajos que ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar.^{78,79,80} Definiéndose como familia disfuncional

aquella que no cumple 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.^{81,82,83}

Es de suma importancia ofrecer atención integral a las familias porque sus características están fuertemente relacionadas, no sólo al proceso generador de la enfermedad sino también a su recuperación. De este modo, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas o no, la familia podrá contribuir al desarrollo de la enfermedad o neutralizar en parte sus determinantes casi en la misma medida en que el proceso de enfermar de uno de los miembros puede afectar el funcionamiento familiar.^{84,85}

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas: conyugal (padre y madre), paterno-filial (padres e hijos) y fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como: la Composición (nuclear, extensa, o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que nos obliga a conocer la Jerarquía en la familia, pudiendo ser esta autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.^{86,87}

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal como lo expresó Florenzano.⁸⁸

Existen diversos estudios e investigaciones que avalan el trabajo que estoy realizando, pero en sí me interesa saber las causas de la hiperfrecuentación en el sexo femenino. Aún así puedo mencionar algunos estudios ya realizados tales como “Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de pacientes hiperutilizadores”⁸⁹, “Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿Cómo se sienten tratados por sus médicos?”⁹⁰, “Pacientes Policonsultantes Adultos”⁹¹, “Perfil del Hiperfrecuentador en un Centro de Salud de Getafe, Madrid”⁹² y “Rasgos de Personalidad y Malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria”⁹³.

5.5. Planteamiento del problema

La hiperfrecuentación a los servicios de salud de primer nivel de atención es considerada como un problema de salud, que origina un elevado costo económico y un gran porcentaje del tiempo asistencial del médico de familia.

La conducta hiperutilizadora de las pacientes a la consulta externa no solamente supone un gran porcentaje del tiempo asistencial, sino que además causa frustración y tedio en la relación médico-paciente.

Este tipo de pacientes constituye un gran reto no solamente para el médico de familia, sino también para los encargados de los servicios administrativos pues como se sabe es sólo un pequeño grupo de pacientes que demandan la mayor parte de la asistencia y por ende de los recursos de la unidad médica, ya sea por el alto consumo de medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete y la interconsulta al segundo nivel de atención.

Considero importante estudiar el perfil familiar como factor que desencadena esta hiperfrecuentación ya que es posible que en una familia con algún grado de disfuncionalidad familiar afecte al individuo hiperutilizador.

¿Influyen los Factores socio-demográficos en la funcionalidad familiar relacionados con la hiperfrecuentación de mujeres de la Unidad de Medicina Familiar no. 10?

6. Justificación

Hace tres décadas Watts acuñó el nombre de “Fenómeno Iceberg” para describir el hecho de que del total de pacientes de una comunidad, sólo un pequeño porcentaje buscara atención profesional y consultaba a los médicos de primer nivel y que de ellos, sólo un número muy reducido llegara a la consulta del siguiente nivel (Watts 1999)⁹⁴.

El sector salud atraviesa por una etapa de gran conflicto a nivel universal con respecto a los recursos económicos, ya que estos parecerían no alcanzar para cubrir adecuadamente todas las necesidades de atención a la población, pues en los últimos años resalta la sobre prestación del servicio de salud por un grupo reducido de individuos que reclaman continuamente la atención médica. A nivel nacional este fenómeno es muy frecuente en todas las instituciones de salud pública. México no está exento de la crisis económica a nivel mundial, por lo que urge implementar estrategias que disminuyan o eliminen el fenómeno de la hiperfrecuentación.⁹⁵ En el Estado de Tabasco no existen registros suficientes con respecto a la hiperfrecuentación, motivo que me lleva a realizar este trabajo, ya que lo considero de gran impacto en relación a la economía de cada institución.

La hiperfrecuentación a los servicios de consulta externa es un problema generalizado a nivel nacional, estatal y local que además de aumentar los costos de la atención de forma injustificada, aumenta la insatisfacción de los usuarios internos y del personal de la Institución.

El propósito de este trabajo es muy extenso ya que cuanto más se logre disminuir el uso inconsciente y abusivo de los servicios de salud, en la misma medida se aumentará la accesibilidad de los servicios, aumentando la efectividad del sistema, su equidad, impacto y sostén.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes hiperfrecuentadoras en mujeres de 20 a 59 años de la Unidad Médica familiar no. 10 del Poblado Vicente Guerrero del municipio de H. Cárdenas, Tabasco.

7.2. Objetivos específicos

Identificación y depuración del Sistema de Información médica familiar (SIMF) en el apartado de codificación ARIMAC a las pacientes de 20 a 59 años.

Identificar las características socio-demográficas asociadas a la hiperfrecuentación.

Evaluar el grado de funcionalidad familiar en las pacientes que resultaron hiperfrecuentadoras.

8. Metodología

8.1. Tipo de estudio

El estudio de investigación es transversal, descriptivo y prospectivo.

8.2. Población, lugar y tiempo de estudio.

El Estudio se realizará en la Unidad Médica Familiar No. 10, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual se localiza en el Poblado C-29 "Vicente Guerrero", del Municipio de H. Cárdenas, Tabasco. Con 1,138 mujeres derechohabientes de los 20 a 59 años de edad que reunieron los criterios de inclusión, Comprendido del 01 de Diciembre de 2008 al 01 de Noviembre de 2009.

8.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

Utilizando la fórmula para población infinita, $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(N-1) \cdot D^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$. En donde:

N representa el total de individuos que componen una población.

Z representa el intervalo de confianza.

Q es la contraparte del porcentaje de observaciones de una categoría y es igual a 1-P y D que corresponde al error estándar o margen de error.

$$N = \frac{n \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(N-1) \cdot D^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$1,138 \times (1.96)^2 \times 0.10 \times 0.90 / (1,138 - 1) \times 0.01 + 3.8416 \times .10 \times .90$$

$$1,138 \times 3.92 \times .10 \times .90 / 1,137 \times 0.01 + 3.92 \times .10 \times .90$$

$$401.4864 / 1.3761 = 291.75$$

Se obtuvo un total de 292 pacientes a estudiar sin embargo se recopilaron 300 encuestas, la selección se realizó a través de un muestreo aleatorio simple sin reemplazo.

8.4. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

Criterios de inclusión:

1. Todas las Mujeres de 20 a 59 años que acudan a consulta.
2. Acepten colaborar con el estudio
3. Que reúnan 7 o más consultas durante el año.

Criterios de Exclusión

4. Mujeres en control de padecimientos crónico-degenerativos.
5. Mujeres en control prenatal.
6. Mujeres que tengan menos de 7 consultas durante el año.

Criterios de Eliminación

7. Mujeres que no reúnan 7 o más consultas durante el año de estudio.

8. Mujeres que sean dadas de baja.
9. Mujeres que no acepten colaborar con el estudio.

8.5. Variables a recolectar

La medición se realizó de manera independiente, las variables en estudio son cuantitativas continuas y discontinuas y cualitativas nominales. Una vez con los resultados se elaboró una base de datos y se analizó mediante estadística descriptiva.

Dándose distribución uní variada a las variables cualitativas: frecuencia razón proporción y a las variables cuantitativas distribución uní variada: moda mediana, promedio. Los resultados fueron procesados a través de cuadros y gráficas para posteriormente concluir sobre los resultados y comparar con la literatura existente.

8.5.1. Variable dependiente.

Hiperfrecuentadoras.

8.5.2. Variable independiente

Funcionalidad familiar, Edad, Escolaridad, Ocupación, Religión.

8.5.3. Análisis estadísticos de las variables.

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
HIPERFRECUE NTADORA	Es aquella persona que visita frecuentemente los centros de atención en la salud en un determinado tiempo, de 7-9 veces por año, independientemente de citas para control de padecimientos crónico-degenerativo.	Número de consultas registradas en el SIMF en un año.	Cuantitativa	7 o más consultas en un año	Discontinua
VARIABLE INDEPENDIENTE					
FUNCIONALID AD FAMILIAR	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Apgar familiar	Cualitativa	a) Familia altamente disfuncional b) moderada Disfunción familiar. c) Familia funcional	nominal
EDAD	Años que ha vivido persona desde que nació	Grupos de edad en años que ha vivido una persona	Cuantitativa	1. 20a29años 2. 30a39años 3. 40a49años 4. 50a59años	Continua

ESCOLARIDAD	Nivel de estudios de una persona	Grado de escolaridad	Cualitativa	1. primaria 2. secundaria 3. bachillerato 4. licenciatura 5. profesional técnico	Nominal
OCUPACIÓN	Actividad que realiza o se dedica una persona	Actividad laboral que desempeña una persona	Cualitativa	1. Obrero 2. técnico profesional 3. profesionista	Nominal
RELIGIÓN	Creencia o dogmas hacia un ser divino	Creencia o dogma hacia un ser divino que profesan	Cualitativa	1. Católica 2. Cristiana 3.-Testigos Jehová. 4. otras	Nominal

8.6. Metodología o Procedimiento para captar la Información

El estudio pretende evaluar la Funcionalidad Familiar en las pacientes hiperfrecuentadoras a través del método Apgar Familiar (Adaptación, Participación, crecimiento, afecto y resolución) y las interrelaciones. La población estuvo conformada por 36 pacientes de acuerdo al tamaño de la muestra. El

universo poblacional se obtuvo revisando diariamente el SIMF, en el apartado de codificación ARIMAC, buscando a las mujeres de 20 a 59 años; que reunían 7 o más consultas en un año, con características homogéneas. Se elaboró el consentimiento informado previo a la obtención de la información, Para este estudio se aplicó un cuestionario de 5 preguntas ya estructuradas, con opciones de respuestas tipo lickert las cuales tienen un puntaje que va entre los 0 a 4 puntos de acuerdo a la siguiente calificación: 0: nunca 1: casi nunca 2: Algunas veces 3: casi siempre 4: siempre. Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 20 a 0, lo que indica buena función familiar, disfunción familiar leve, moderada y severa en el funcionamiento familiar.

Identificación y depuración del Sistema de Información médica familiar (SIMF) en el apartado de codificación ARIMAC. Se bajó del sistema de información médica familiar y del registro de atención integral de la salud las pacientes que fueron atendidas en el período de 01 de Diciembre de 2008 al 01 de Noviembre de 2009, que reunían 7 o más consultas en un año. Donde se depuraron de 1,138 mujeres derechohabientes de los 20 a 59 años de edad que reunieron los criterios de inclusión las hiperfrecuentadoras las cuales fueron en total 36 por muestreo aleatorio probabilístico simple.

Identificar las características socio-demográficas asociados a la hiperfrecuentación. Los instrumentos fueron aplicados a través de una visita domiciliaria con técnica de entrevista, previo consentimiento informado firmado por escrito de acuerdo a los lineamientos éticos de la Ley General de Salud en materia

de investigación donde se uso la cédula de factores socio-demográficos., para el análisis de la información se empleó estadística descriptiva e inferencial, sus resultados fundamentaron utilizar la correlación de Pearson.

Evaluar el grado de funcionalidad familiar en las pacientes que resultaron hiperfrecuentadoras .Para obtener la información se emplearon dos instrumentos: 1) Cédula de factores socio-demográficos de las familias participantes, constituido con 6 preguntas abiertas y 2) Cuestionario Apgar Familiar original de Giovanna Vargas Migdalia Cerino., modificada y adaptada por la investigadora MC Gladys Torres Alcázar validada por el médico familiar y asesor metodológico. Con 5 preguntas en un patrón de respuesta de 5 opciones para cada pregunta; 0:nunca 1:casi nunca 2: Algunas veces 3:casi siempre 4:siempre. Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 20 a 0, lo que indica buena funcion familiar, disfuncion familiar leve, moderada y severa en el funcionamiento familiar. La consistencia interna de los instrumentos se estimó con el coeficiente de confiabilidad.

8.7. Consideraciones Éticas

Durante la investigación deberá salvaguardarse la autonomía y la vida de cada una de las participantes, así como su integridad tanto física, psíquica y social. Se obtendrá consentimiento informado explícito de las participantes en esta investigación.

La ética es la parte de la filosofía que estudia el comportamiento humano en su relación con el bien y el mal y que regula las relaciones humanas, por lo que toda persona tiene derecho a que se respete su vida, y nadie puede ser privado de ella arbitrariamente, este derecho está protegido por la ley desde el mismo momento del nacimiento.

La bioética es la parte de la filosofía que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre, en especial las vinculadas con la práctica y desarrollo de las ciencias médicas.

Este trabajo no representa ningún tipo de riesgo para las personas participantes en esta investigación ni para el personal que en ella intervenga. Será una investigación donde los datos serán cien por ciento confidenciales. Se llevará a cabo una comunicación recíproca y activa con las usuarias participantes.

8.8. Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos que se emplearan en la investigación:

Investigador responsable

Asesor temático

Asesor metodológico

Personal adscrito a la UMF 10

Recursos materiales:

Hojas blancas

Lápices

Hoja de registro de datos

Bolígrafos

Impresora

Computador

9. Resultados

IDENTIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN MEDICA FAMILIAR (SIMF) EN EL APARTADO DE CODIFICACION ARIMAC DE LAS HIPERFRECUMENTADORAS.

Se identificó la población de estudio analizando del sistema de información médica familiar (SIMF) en el apartado de codificación ARIMAC la información por mes y por los consultorios que entrarían en el estudio donde se revisaron minuciosamente los listados encontrándose la siguiente información mostrada en la Tabla 1 en el período del 1ero de diciembre del 2008 al 1ero de noviembre del 2009 encontrándose un total de 1,138 pacientes.

	2008	2009
ENERO		59
FEBRERO		73
MARZO		51
ABRIL		65
MAYO		61
JUNIO		118
JULIO		93
AGOSTO		119
SEPTIEMBRE		89
OCTUBRE		83
NOVIEMBRE		72
DICIEMBRE	255	
	TOTAL	1138

Tabla 1.-Identificación en el SIMF de la población atendida en el periodo de 1 Dic 2008 – 1 Noviembre 2009.

Del total encontrado se procedió a realizar la depuración de pacientes derecho habientes del sexo femenino entre la edad de 20 a 59 años de edad con frecuencia a la consulta del médico familiar que reúnan 7 o más consulta en el año encontrándose de esta depuración 36 pacientes hiperfrecuentadoras a las cuales se le realizó el estudio de Apgar Familiar.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADOS A LA HIPERFRECUENTACION.

Los resultados obtenidos evidencian que el tipo de familia de las pacientes hiperfrecuentadoras corresponden en un 42.31% a la familia nuclear del muestreo realizado; el resto fue conformada por dos o tres integrantes en un 57.69%. (Ver gráfico 1).

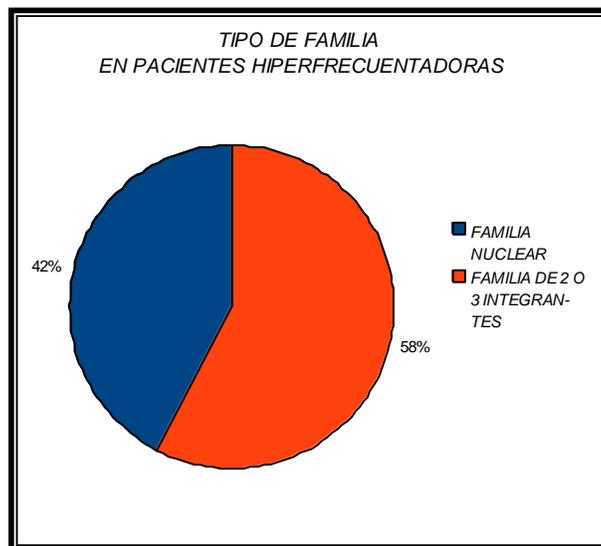


Gráfico 1.-Identifica el tipo de familia que existe en las pacientes hiperfrecuentadoras.

Entre las mujeres derechohabientes de 20 a 59 años de edad el porcentaje encontrado de pacientes hiperfrecuentadoras de un rango de 20 a 30 fue de 11.54% del rango de 31 a 40 años de edad fue de 53.85%, de 41 a 50 años de edad (11.54%) y de 51 a 59 años de edad fue de 23.07%. (Ver gráfico 2). Encontrándose porcentaje similar del rango de 20 a 30 y de 41 a 50 años de edad, alcanzando un mayor porcentaje la edad productiva de 31 a 40 años.

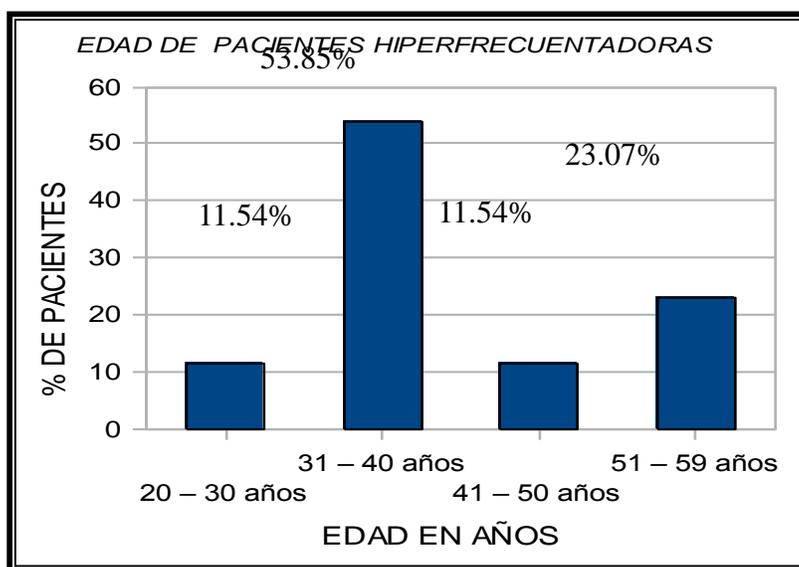


Gráfico 2.-Porcentaje de edad en años de pacientes hiperfrecuentadoras en cuatro grupos de edades.

Del grupo de pacientes hiperfrecuentadoras nos encontramos que el estado civil de las pacientes se encuentran en mayor proporción las mujeres casadas (92%), correspondiendo el 3.85% viuda y unión libre, no se encontraron pacientes hiperfrecuentadoras solteras (Ver gráfico 3).

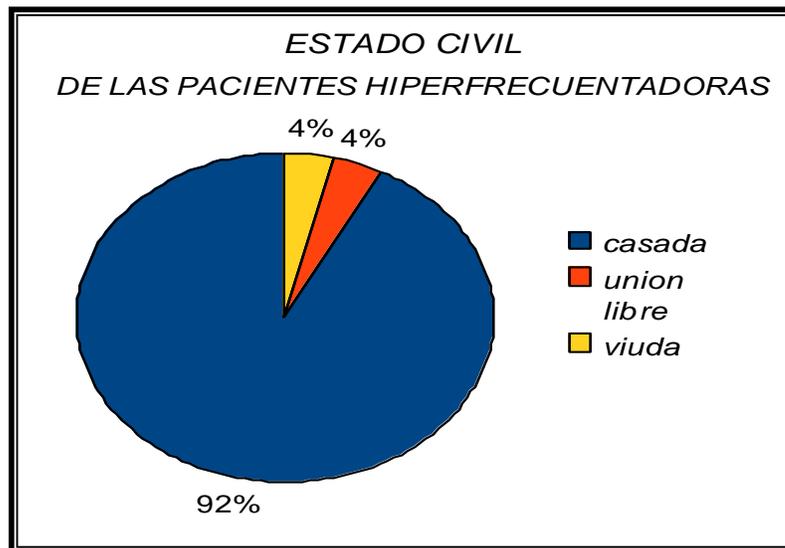


Gráfico 3.-Estado Civil de pacientes hiperfrecuentadoras encontradas en el muestreo.

De acuerdo a su religión se encontraron 36.61% de la religión católica, 50% presbiteriana y el 7.69% adventista y mujeres hiperfrecuentadoras que no profesan ninguna religión (Ver gráfico 4)

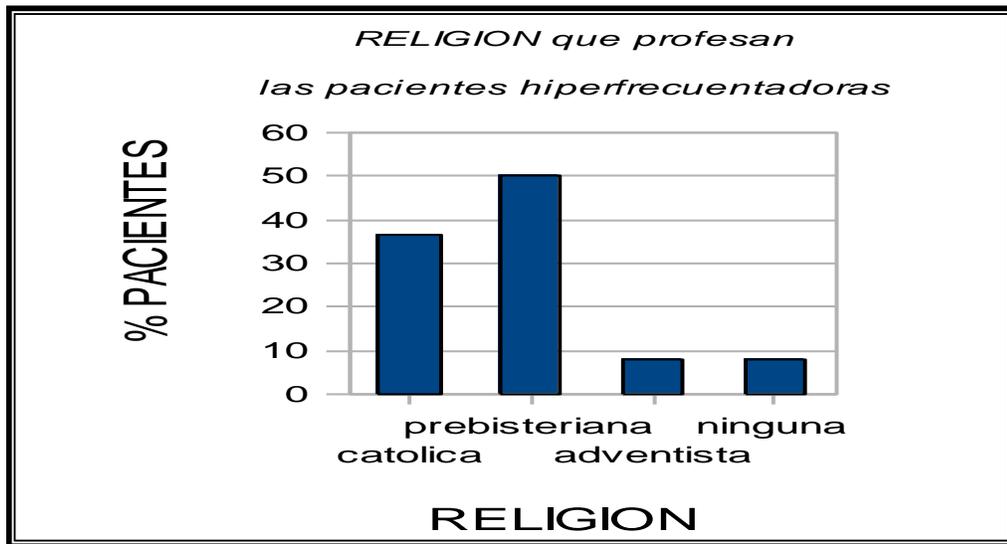


Gráfico 4.- Religión de las pacientes hiperfrecuentadoras encontradas en el muestreo.

De acuerdo a su actividad laboral se identifica que el 96% de las pacientes hiperfrecuentadoras se dedican a las labores del hogar y solo el 4% tienen otras actividades sobre todo comerciante no especificando qué clase de comercio es al que se dedica. (Ver gráfico 5)

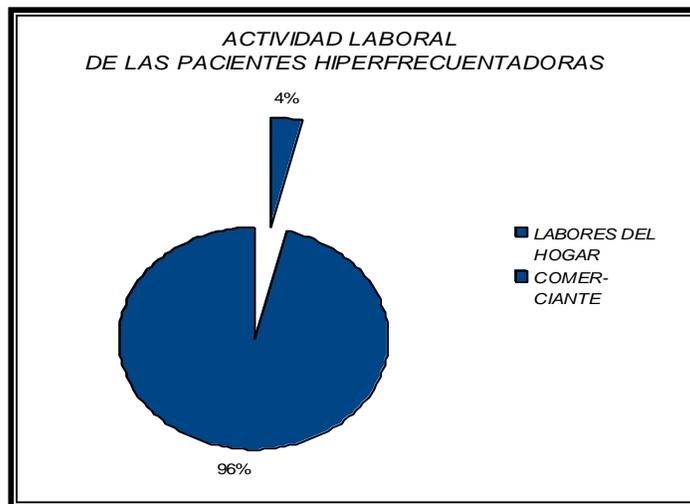


Gráfico 5.- Actividad laboral de pacientes hiperfrecuentadoras encontradas en el muestreo.

En cuanto a la escolaridad el predominio con 42% a nivel primaria casi de la mano con el nivel de secundaria en un 38% y en menor porcentaje con 8% bachiller y analfabetas y un 4% de pacientes que saben leer y escribir pero no llegaron a un centro escolar.

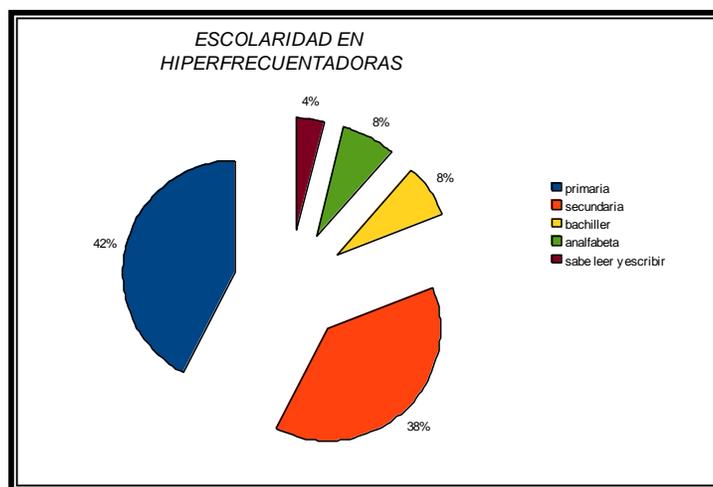


Gráfico 6.-Escolaridad de pacientes hiperfrecuentadoras encontradas en el muestreo.

	LABORES DEL HOGAR	COMERCIANTE	%
ACTIVIDAD LABORAL	96.00%	4.00%	100.00%

TABLA 2.- ACTIVIDAD LABORAL DE LAS HIPERFRECUENTADORAS.

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS PACIENTES HIPERFRECUENTADORAS.

De acuerdo al Apgar Familiar realizado a las pacientes hiperfrecuentadoras se encontraron que el 26.92% tuvieron buena función familiar, de la disfunción familiar con el puntaje mayor del 50% fue la leve; (23.08%) moderada y no se encontró en las pacientes con hiperfrecuentación la disfunción familiar severa (ver Gráfico 7).

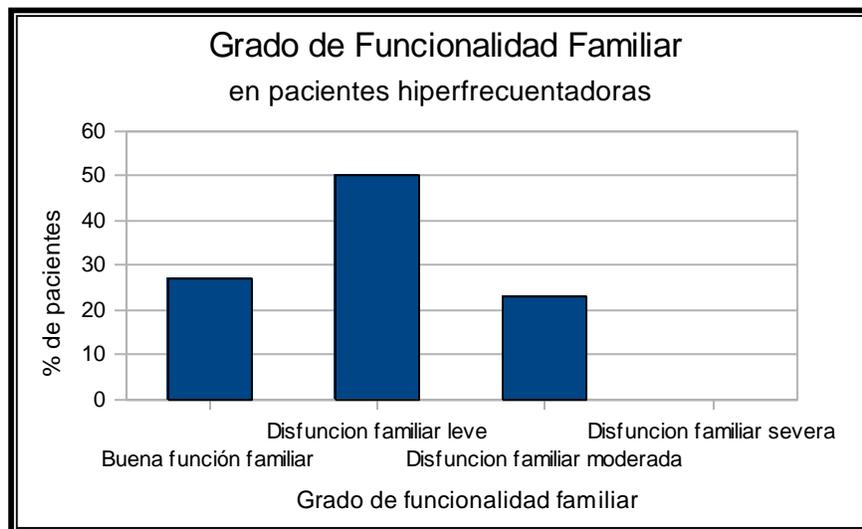


Gráfico 7.-Grado de funcionalidad familiar en pacientes hiperfrecuentadoras con buena función familiar, disfunción familiar leve, moderada y severa. Predominando la disfunción familiar leve.

De las pacientes encontradas con una disfunción familiar leve evaluamos por separado de acuerdo a su adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y

resolución donde se encuentran en mayor proporción el porcentaje de acuerdo al cuestionario de Apgar Familiar. Donde predominó la adaptabilidad (26%) donde la paciente está satisfecha con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica y la resolución (22%) donde le satisface a la paciente la cantidad de tiempo que ella y su familia pasan juntos encontrando con un (17%) la participación, crecimiento y afecto (Gráfico 8).

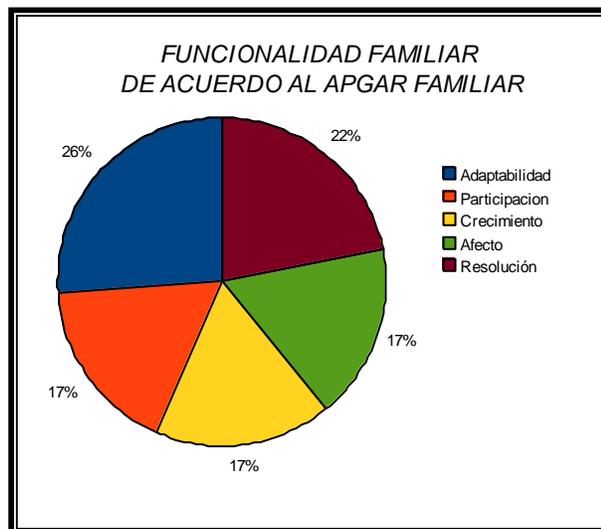


Gráfico 8.-Funcionalidad familiar de acuerdo al cuestionario del Apgar Familiar.

10. Discusión

Investigaciones recientes por Varela Ruiz en el porcentaje de pacientes hiperfrecuentadores han sido de 5.3%, coincidiendo más o menos con los porcentajes encontrados en nuestra investigación; los cuales fueron del 3.16% esto depende de la población derechohabiente con la que cuenta la unidad, ya que encontramos en otras literaturas porcentajes muy elevados lo que corresponde hasta un 50% de hiperfrecuentadores; 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.^{96,97}

En algunos trabajos usan la media y la desviación estándar ^{3,97} y en otros los percentiles 75, 90 o 95 ^{1,2,99, 100,101,102}.

De acuerdo a la gran brecha que hay en cuanto al porcentaje encontrado en otras literaturas no puede ser comparado al 100% por la variabilidad en cuanto al método de registro, obtención de datos y el lugar del muestreo ya que no contamos en cada estudio con el número de total de población con la que cuentan dichas comunidades para ver la similitud con nuestros estudios.

Existe disparidad en el porcentaje de Hiperfrecuentadores con otros estudios (^{3,97,99}) por los distintos criterios utilizados, ya que en función de la definición que se utilice podemos obtener un número mayor o menor de Hiperfrecuentadores⁹⁷.

Los resultados de los estudios muestran incongruencia con la mayoría de los estudios revisados como los de Baez k. Y cols, donde asocian la hiperutilización

con una mayor edad y por lo tanto juega un papel importante como factor de confusión respecto a la relación de la ubicación del estudio mostrando nuestros resultados con una edad productiva como es la de 30 a 40 años.⁹⁷ Se realizó la revisión bibliográfica con respecto a la actividad laboral pero no se encontró ninguna información de esta variable coincidiendo con la hiperfrecuentación lo que nos da a entender que no se toma como un factor que impacte en el estudio, no encontramos asociación entre la hiperutilización con las demás variables socio-demográficas recogidas en la tabla ^{2,98,99}.

En el estudio Disfunción familiar en el personal de salud del hospital la Paz en el año 2007 se realizó un muestreo con el APGAR Familiar como instrumento de evaluación de la función familiar en personal médico, enfermería y administrativo así como en depresión del postparto ^{100,101}, hipertensión arterial ¹⁰² y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias ¹⁰³, prevalencia de prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores, lo que nos muestra que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.¹⁰⁶ El tipo de estructura familiar que es más frecuente en los Hiperfrecuentadores en la mayoría de los estudios, incluido el nuestro, es el de familia nuclear con 2-4 miembros^{5,100,101}. Se encuentra, sin embargo, mayor diferencia en la proporción de hiperfrecuentadores que viven solos^{5,3,15,100} de acuerdo con lo estudiado por Montalvo navarro E y cols, En el estudio del perfil del hiperfrecuentador en un centro de salud.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. De acuerdo a Jaime Alarid e Irigoyen Coria, explican la clasificación de las disfunciones familiares: “No existe una clasificación familiar diagnóstica desde el punto de vista psicológico que sea universalmente aceptada y que catalogue en forma completa las disfunciones familiares”.¹⁰⁴ Encontramos que nuestro grupo de estudio presentó disfunción familiar leve lo que no es estadísticamente significativo en la hiperfrecuentación. Existen diversos estudios realizados a nivel internacional, en diferentes poblaciones, algo cercano relacionado está el estudio realizado a los residentes en el cuál evidentemente existe disfunción familiar leve en un 41.77%, presentando disfunción moderada y severa solo en un 18.87%⁵. Otro estudio similar realizado el 2006 en Colombia demuestra que 29.4% presentaban disfunción familiar, 7.3% severa ¹⁰⁶ concordando con nuestro estudio donde predomina la disfunción familiar leve en un 23.08%.

Lo que representa que la unidad médica familiar no. 10 del Poblado Vicente Guerrero se encuentra con predominio en la disfunción familiar leve lo que no se podría comparar con otras unidades medicas de familia porque no se encuentran estudios realizados por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social para comparar el comportamiento de las unidades con respecto a la hiperfrecuentación en H. Cárdenas, Tabasco.

11. Conclusión

Con los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que un porcentaje pequeño de la población es la que consume una gran parte de las consultas anuales.¹⁰⁵ Encontrando que nuestras pacientes hiperfrecuentadoras no estiman un porcentaje elevado de acuerdo a la depuración realizada en el periodo de 1 de diciembre del 2008 al 1 de noviembre del 2009. Lo que podría ser objeto de otro estudio el conocer la cantidad real de la población que se encuentra a cargo de las unidades del servicio médico y comparar esta hiperfrecuentación con otras unidades de Cárdenas, Tabasco.

En la actualidad las mujeres del Poblado Vicente Guerrero de la UMF 10, del municipio de H. Cárdenas, Tabasco, con un rango de edad de 20 a 59 años, los factores socioculturales tienen un peso significativo en la hiperfrecuentación. El perfil de nuestras pacientes hiperfrecuentadoras es de aproximadamente el rango de 31 a 40 años de edad lo que nos muestra que es la población activa la que se encuentra recurriendo a los servicios de salud constantemente, pertenecientes a una familia nuclear en el mayor de los casos, con estado civil en el 92% casadas. Se encuentran incluidas con escolaridad truncada abarcando el 92% con la actividad laboral como ama de casa lo que podría influir en la hiperfrecuentación.

De acuerdo al tipo de relación que se origina en el seno de la familia, nos va a determinar varias categorías: entre la que encontramos que las hiperfrecuentadoras se encontraron con una disfunción familiar leve lo que corresponden a una Satisfactoria inestable: aquí el tipo de arreglos o

negociaciones en la mayoría de las veces no son regidos por una comunicación explícita, por lo que los conflictos pueden perdurar más tiempo, pero al fin son resueltos. Mostrando que no influye notablemente en la hiperfrecuentación a diferencia del factor sociocultural. Muchos médicos de atención primaria no comparten esta opinión justificativa de la hiperutilización y defienden que en gran medida este fenómeno no tiene explicación ya que de los estudios encontrados no concuerdan tal vez por la diferencia sociocultural y geográfica de nuestra población y sería interesante compararlas con las unidades medicas familiares del estado para poder tener bases y valorar las variables que influyen en la hiperfrecuentación.

12. Referencias bibliográficas

1. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid, SARPE, 1993.
2. Medalie JH. Cambios en los patrones sociales y su interrelación con la familia y la salud. En: Medalie JH: Medicina familiar. Principios y prácticas. México, Limusa, 1987: 43-50.
3. Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling PI. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Sanit Panam 1985;98:144-155.
4. MD Publicantions. La familia humana. MD 1989;4:70-85.
5. Diccionario de la Lengua Española. 19va. Ed. Madrid, Espasa-Calpe, 1970.
6. Elkin F. The family in Canada. Ottawa, the Vanier Institute of the family, 1964.
7. Wamboldt FS. Social and family behavior. In: Wiener JM: Behavioral science. Pennsylvania, John Wiley, 1987:171-182.
8. Meissner WW. Aspectos psiquiátricos del estudio de la familia. En: Ackeran NW, Auers-wald EH, Elderkin B et al: Grupoterapia de la familia, Buenos aires, Paidós, 1976:157-198.

9. Goode WJ: La familia como elemento en la estructura social. En: Goode WJ: La familia. México, UTEHA, 1982:12-18.
10. Michel A. Sociología de la familia y del matrimonio. Barcelona, Península, 1974.
11. Gómez-Clavelina FJ. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Archivos de Medicina Familiar. 1999; (2):45-47
12. Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. 1ra. Edición. 1999.
13. J. Ivan W. L. Leaman T. Estructura y Función de la Familia. 1ra. Edición. Pp.62.
14. Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. 1ra. Edición. 1999.
15. J. Ivan W. L. Leaman T. Estructura y Función de la Familia. 1ra. Edición.
16. Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. 1ra. Edición. 1999.
17. Irigoyen Coria A. Jaime Alarid H. Fundamentos de Medicina Familiar. 1ra. Edición. 1992. p 58,59.
18. Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. 1ra. Edición. 1999.

19. Farfán Salazar G. Anzures C. R. Huerta R. J. y cols. Pac de Medicina Familiar, Libro 1. 1ra. Edición. 1999. p. 11-29.
20. (1) J. Ivan W. L. Leaman T. Estructura y Función de la Familia. 1ra. Edición
21. Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Primera edición. 1999.
22. Jackson DD: The study of the family. Fam. Pract. 1965:4-9
23. Oseguera G. M., Aspectos clínicos del diagnóstico familiar. Mecanograma. División de Enseñanza e Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría SS.1995
24. Satir V: Peoplemaking. Palo Alto, Science and Behavior Books, 1972.
25. Huerta González José L. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Biblioteca de Medicina Familiar. Edit. Alfil. México. Primera edición 2005.
26. Revilla AL. La disfunción familiar. Atención primaria. 1992;10:582-583
27. Jaime Alarid H, Irigoyen Coria H. Fundamentos De Medicina Familiar. Ediciones Medicina Familiar Mexicana, 1ra. Edición. 1982; 10: 97-110.
28. Gómez-Clavelina FJ: Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. Archivo Medicina Familiar. 1999; 1(2):45-57

29. Gómez-Clavelina FJ: Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. *Archivo Medicina Familiar*. 1999; 1(2):45-57.
30. Huerta González JL. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. Biblioteca de Medicina Familiar. Editorial Alfil. 2008. Pp 76-86.
31. Smilkstein G. Assessment of family function en: Rosen GM: *Behavioral science in family practice*. Appleton Century Crofts, 1980.
32. Smilkstein G. Assessment of family function en: Rosen GM: *Behavioral science in family practice*. Appleton Century Crofts, 1980.
33. Smilkstein G: The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 1978; 6:1231-1239.
34. Madonna PG, Van Scory S, Jones D.P. Family interactions within incest and nonincest families. *Am J. Psychiatry* 1991; 148:46-49
35. Tseng WS. McDermott J: Triaxial family classification. *J. Child Psychiatry* 1979; 18:22-43
36. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS: The McMaster family assessment device. *J. Marital family ther* 1983; 9:171-180.
37. Epstein NB. Bishop DS: Problem centered systems therapy of the family. In: Gurman AS, Kniskern DP (eds): *Handbook of family therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1981.

38. Vedelei A. Carpio C. Brandt ZB. Martins MJ. Comps: Registros médicos en los programas de medicina familiar en Venezuela. VIII Simposio de Medicina Familiar. México. Noviembre de 1990.
39. Holmes TH, Rahe RH: The social readjustment rating sales. J. Psychosom Res 1976; 2:213-218.
40. Hennen BK: El ciclo vital de la familia y la orientación anticipada, en: Shires DB, Hennen BK: Medicina familiar. Guía práctica. Primera ed. USA McGraw-Hill, 1980:28-34.
41. Salinas JL, Pérez MP, Viniegra L. Barriguete Ja, Casillas J. et al: Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. Rev. Inv. Clínica 1992; 44:169-186.
42. Espejel Aco E, Cortés JF, Ruíz- Velasco VM: Manual para la escala del funcionamiento familiar. México Instituto de la familia. AC., 1996.
43. Smilkstein G. Assement of family function en: Rosen GM: Behavioral science in family practice. Appleton Century Crofts, 1980.
44. Smilkstein G. Assement of family function en: Rosen GM: Behavioral science in family practice. Appleton Century Crofts, 1980.
45. Smilkstein G. Ashworth, C. Montano D: Validity and realiality of the family appgar as a test of family y function familiar practice 1982; 15:303-311.

46. Bellón SJ, Delgado SA, Luna CJ, Laedelli CP: Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar apgar familiar. Atención primaria 1996; 18 (6): 289-296.
47. Smilkstein G. The family APGAR: Aproposal for a family function test and its used by physicians. J. Fam Pract 1978; 6:12-31.
48. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J. Fam Pract. 1982; 15: 303-311.
49. Chen YC, Chen CC, Hsu SH, et al. Apreliminary study of family APGAR index. Acta Pediatric Scand 180; 21:210.
50. Huerta González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Biblioteca de Medicina Familiar. Editorial Alfil. Primera edición 2006. Pp.95-96.
51. Huerta-González JL: Guía para la elaboración del Estudio de Salud Familiar. México, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, 2000.
52. Urdániz AP et al.: Aspectos arquetípicos del envejecimiento: del Eros al Tánatos. Actas Esp Psiquiatr 1999;27(2): 127-132.
53. Andolfi M: Terapia familiar. Un enfoque interaccional, Buenos Aires, Paidós, 1985.
54. Satir V: Proplemaking. Palo Alto, Science and Behavior Books, 1972.

55. Sliksein G: The family in crisis. En: Rosen GM: Behavioral science in family practice. Appleton-Century Crofts, 1990.
56. Velasco ML, Sinibaldi JF: Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México, El Manual Moderno, 2001.
57. Ortega T, Roca FG, Iglesias RM y cols. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria. Características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. Atención primaria. 2004; 33(32): 78-85.
58. Salazar Colin E. Boschetti-Fentanes B. Monroy-Caballero C. y cols. Archivos en Medicina Familiar. 2005; Vol. 7(2):45-48.
59. Rosa Jiménez F, Montijano Cabrera Am, Herráiz Montalvo C, y cols. – ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? An Med. Interna (Madrid) 2005; 22: 515-519.
60. A. Arillo, C. Vilches, Mayor, y cols. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? An. Sist. Sanitario Navar. 2006; vol. 29, No.1 enero-abril.
61. Bellón J. Fernández-Ascencio M. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. Patient Educ. Couns 2002; 48: 33-41.

62. Tarabilla Y, Escalante I, Quesada N, y cols. Nuestros Pacientes difíciles: ¿cómo son y qué nos transmiten? Panel del Congreso de la SEMFYC 2004, Sevilla.
63. De La Revilla Ahumada L, Fleitas Cocha L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en atención primaria. 4ta edición. Barcelona. Harcourt Brace 1999; 99-114.
64. Bellon Saameño JA. La consulta del Médico Familiar: Cómo organizar el trabajo. Manual Del Médico Familiar y Comunitario. 2da. Edición Madrid. SEMFYC 1997; 242-251.
65. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torio Durantez J, Y Cols. Malestar Psíquico Y Características Sociodemográficas Y Familiares Del Hiperfrecuentador En Atención Primaria. 1998; 22: 562-569.
66. De La Revilla L. La Disfunción Familiar. Atención Primaria. 1992; 10:7-8.
67. Bellon Saameño Ja, Delgado Sánchez A, Luna Del Castillo Jd Y Cols. Validez Y Fiabilidad Del Cuestionario De Función Familiar Apgar Familiar, atención primaria, 1996; 18: 289-296.
68. Irigoyen Coria A. Jaime Alarid H. Fundamentos de Medicina Familiar. 1ra. Edición. 1992. p 58,59.
69. De La Revilla L, De Los Ríos Am. La Utilización De Los Servicios De Salud Y Los Motivos De La Consulta En Atención Primaria, 1994; 13: 73-79.

70. Juárez Ms, Hernández Re, López Ca. Relaciones Intrafamiliares En Familias Hiperdemandantes De Atención Médica En Medicina Familiar. Arch. Medicina Familiar 2003; 5(4): 104-108.
71. De La Revilla L. Conceptos E Instrumentos De La Atención Familiar. España: Doyma; 1994: 1-25.
72. Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Primera edición. 1999.
73. De La Revilla L, Aviar R, Castro JA. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención primaria 1994; 13(2): 73-76.
74. De La Revilla L. Conceptos E Instrumentos De La Atención Familiar. España: Doyma; 1994: 1-25.
75. De La Revilla L, Aviar R, Castro JA. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención primaria 1994; 13(2): 73-76.
76. De La Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica 4ta. Edición Barcelona: Harcourt Brace, 1999; 99-114.

77. Bellon Saameño Ja. La Consulta Del Médico De Familia: Cómo Organizar El Trabajo (1). La Consulta A Demanda. En: Gallo Vallejo Fj, León López Fj, Martínez Cañavete Y Cols. Editores Manual Del Médico Residente De Medicina Familiar Y Comunitaria 2da. Edición Madrid: Semfyc, 1997; 242-251.
78. De La Revilla L. La Disfunción Familiar. Edit. Atención Primaria 1992; 10:7-10.
79. Irigoyen Coria A. Jaime Alarid H. Fundamentos de Medicina Familiar. 1ra. Edición. 1992. p 58,59.
80. Sinche Y Suarez E, Bustamante E. Rampa, 2006, 1(1): 38. Fascículos Cadec.
81. De La Revilla L, De Los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención primaria 1994; 13:74-76.
82. Sinche Y Suarez E, Bustamante E. Rampa, 2006, 1(1): 38. Fascículos Cadec.
83. De La Revilla L, De Los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención primaria 1994; 13:74-76.

84. Sinche EE., Suarez Bustamante M. Introducción Al Estudio De La Dinámica Familiar. Rampa, 2006; 1(1):38-47.
85. Rubinstein A, Et Al Medicina Familiar Y Práctica Ambulatoria Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana 2003.
86. Irigoyen Coria A. Jaime Alarid H. Fundamentos de Medicina Familiar. 1ra. Edición. 1992. p 58,59.
87. Farfán Salazar G. Anzures C. R. Huerta R. J. y cols. Pac de Medicina Familiar, Libro 1. 1ra. Edición. 1999. p. 11-29.
88. Báez R. María Eugenia, Fuentes M. Sandra, Montero T. Gaston Y Cols. Pacientes Policonsultantes Adultos- Cesfam Betania. Universidad Austral De Chile. Facultad De Medicina. Instituto De Salud Pública. Diplomado En Salud Pública Y Familiar.
89. Montalvo Navarro E, González Fernández N, Martin Ruiz E. Y Cols. Perfil Del Hiperfrecuentador En Un Centro De Salud De Gatafe, Madrid. Revista De La Sociedad Madrileña De Medicina De Familia Y Comunitaria. 2005.
90. Rodríguez Muñoz C, Cebria Andreu J, Corbella Santomá S Y Cols. Rasgos De Personalidad Y Malestar Psíquico Asociados A Los Pacientes Hiperfrecuentadores De Consultas De Atención Primaria. Medifam Vol. 13, Núm. 3: 143-150. 2003.

91. Gómez Clavelina Fj. Diagnóstico De Salud Familiar. En Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina Fj. Fundamentos De Medicina Familiar 7ma. Edición. México: Medicina Familiar Mexicana 2000; P.103-140
92. Gómez Clavelina Fj, Irigoyen Coria A. Ponce Rosas Er. Selección Y Análisis De Instrumentos Para Evaluación De La Estructura Y Funcionalidad Familiar. Arch. Med. Fam. 1999; 1: 45-57.
93. Florenzzano UR. La Familia como Factor de Riesgo, Adolescentes y Familia en Chile. Creces 1992; 7:24-34.
94. Página internet [http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/páginas/herramientas de valoración familiar/páginas/Apgar.html](http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/páginas/herramientas_de_valoración_familiar/páginas/Apgar.html)
95. Programa educativo de la WPA/PTD sobre Trastornos Depresivos. Módulo 1. Señal y aspectos fundamentales NCM, Publishers, Inc. Nueva York, NY 2000.
96. Varela Ruiz F J., Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria., Medicina de familia (And) Vol. 1. No. 2, Noviembre 2000.
97. Báez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated., frequent attendance in primary care: a case-control study. Br J Gen Pract 1998; 48: 1824-1827.

98. Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Fam Pract* 1994; 11: 424-30.
99. Westhead JN. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 337-340.
100. Gonzales J, Vázquez E, Sánchez E, Nápoles F. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64 (3): 143-152.
101. Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N.S., la paz – Bolivia. *Rev Paceaña Med Fam.* 2007; 4(5): 15-19.
102. Arias L, Herrera J. El apgar familiar en el cuidado primario de salud. *Colomb Med [revista en internet]* 1994. [Consultado febrero de 2007]; 25(1). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>
103. Mendez D, Gómez V, García M, Pérez J. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS.* 2004; 42(4): 281-284.)
104. Jaime Alarid H, Irigoyen Coria H. *Fundamentos De Medicina Familiar.* Ediciones Medicina Familiar Mexicana, 1ra. Edición. 1982; 10: 97-110.

105. Montano Navarro E., González Fernández N., Martín Ruiz E., Peláez Laguno C., Morso Peláez P., Romero de Lama C., Perfil del hiperfrecuentador en un centro de salud.,
106. Mendoza Poma Ma. Cristina., Disfunción familiar en el personal de salud del hospital la paz en el año 2007., Rev.Méd.La paz.,v.5 n.2 La paz Jul.2007.

13. **Anexos**



CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

FECHA: _____

PUNTAJE: _____

NOMBRE: _____ NSS: _____

DOMICILIO: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

RELIGION: _____ ACTIVIDAD LABORAL: _____

INSTRUCCIONES: Favor de llenar con lápiz o lapicero la encuesta que a continuación se enlista, respondiendo lo mas sinceramente posible, en caso de no querer contestar la respuesta de alguna pregunta dejar el espacio en blanco. Maque con una x la opción que sea la correcta para usted.

	Siempre (4)	Casi siempre (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?					
Participación: ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?					
Crecimiento: ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?					
Afecto: ¿está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?					
Resolución: ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?					

OBSERVACIONES: _____

PUNTUACION: Buena función familiar 18 a 20 Puntos; Disfunción Familiar leve 14 a 17 Punto; Disfunción moderada 10 a 13 Punto; Disfunción familiar severa 9 a menos Puntos.

Encuesta elaborada y modificada por la investigadora MC. Gladys Torres Alcázar, Médico del curso de Medicina Familiar Semipresencial, validada por el médico familiar y el asesor metodológico. Del artículo Funcionalidad familiar en los pacientes del Programa de Diálisis Peritoneal a través del método Apgar familiar. De la autora Giovanna Vargas Migdalia Cerino.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha VILLAHERMOSA, TABASCO A 01 DE DICIEMBRE DEL 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES HIPERFRECUENTADORAS DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 10

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: Identificar la funcionalidad familiar en pacientes hiperfrecuentadoras en mujeres de 20 a 59 años de la Unidad Médica familiar no. 10 del poblado Vicente Guerrero del municipio de H. Cárdenas, Tabasco.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Participar en una entrevista y llenar un cuestionario que el investigador realizo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Incomodidad.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

M.C. GLADYS TORRES ALCAZAR

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

0 44 99 35 90 45 19

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Anexo 3

CRONOGRAMA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION: "LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES HIPERFRECUENTADORAS DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 10"

ACTIVIDAD	2008	2009				2010
	MAR-DIC.	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC	ENE-SEPT
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	XXXX					
REVISIÓN Y ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.		XXXX				
ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			XXXX			
SELECCIÓN DE LA MUESTRA				XXXX		
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN					XXXX	
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS					XXXX	
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL.						XXXX