

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA
C. M. F. DR. IGNACIO CHÁVEZ**

**DISFUNCIÓN CONYUGAL Y SU RELACIÓN CON
LOS MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS
PACIENTES HIPERUTILIZADORES**

**TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ESTELA SALAZAR COLÍN



ISSSTE

MÉXICO, D. F. 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
C.M.F. DR. IGNACIO CHÁVEZ

**DISFUNCIÓN CONYUGAL Y SU RELACIÓN CON LOS MOTIVOS DE
CONSULTA DE LOS PACIENTES HIPERUTILIZADORES**

Trabajo final de investigación para obtener el diploma de
especialista en: **MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

DRA. ESTELA SALAZAR COLÍN

México, D.F. 2004

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

No de Registro: 63.2004

NOMBRE: Estela Salazar Colín

FECHA: 18/10/04

FIRMA: 

DISFUNCIÓN CONYUGAL Y SU RELACIÓN CON LOS MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS PACIENTES HIPERUTILIZADORES

Trabajo final de investigación para obtener el diploma de especialista en: **MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:
DRA. ESTELA SALAZAR COLÍN

AUTORIZACIONES :

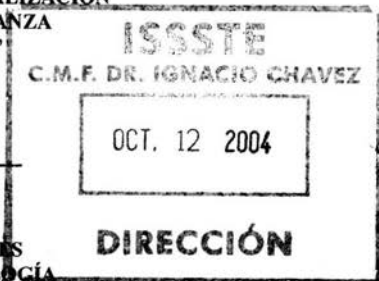
DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR Y JEFA DE ENSEÑANZA
EN LA U.M.F. "DR IGNACIO CHÁVEZ"



PSIC. TF. BERTHA BOSCHETTI FENTANIS
COORDINADORA DEL MÓDULO DE PSICOLOGÍA
EN LA U.M.F. "DR IGNACIO CHÁVEZ"
ASESORA DE TESIS



DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS
MEDICO FAMILIAR
PROFESOR TITULAR "A" TCI
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS



**DISFUNCIÓN CONYUGAL Y SU RELACIÓN CON LOS MOTIVOS DE
CONSULTA DE LOS PACIENTES HIPERUTILIZADORES**

Trabajo final de investigación para obtener el diploma de
especialista en: **MEDICINA FAMILIAR**

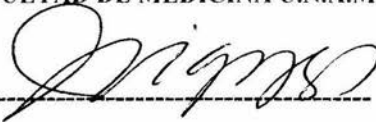
Presenta:

DRA. ESTELA SALAZAR COLÍN

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR**

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

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A. M.**



Dedicatoria:

A mis Padres:

*Este trabajo es especialmente dedicado a mis Padres, por su gran apoyo en
Todos los aspectos de mi vida.*

*Sin ese apoyo ninguno de mis logros hubiese sido posible.
Muchas gracias Padres míos*

RESUMEN.

Objetivos: Relacionar la disfunción conyugal con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores que asisten a la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE zona sur.

Diseño: Descriptivo, transversal, retrospectivo y comparativo.

Material y métodos: Se tomó una muestra no aleatoria, no representativa de 80 pacientes, considerados como hiperutilizadores de acuerdo a ciertos criterios preestablecidos; se revisaron los expedientes de dichos pacientes para identificar los principales motivos de consulta y el número de visitas realizadas al año, se aplicó la encuesta de detección de disfunción conyugal, según la puntuación obtenida fueron clasificados con o sin disfunción conyugal y posteriormente se relacionó con los motivos de consulta.

Resultados: En este trabajo el número de visitas realizadas por el paciente hiperutilizador corresponde a 8 consultas por año. Al aplicar el instrumento para evaluar la funcionalidad conyugal, se detectó que las parejas funcionales ocupan un 58.8% y las parejas moderadamente disfuncionales 40% y solo una pareja disfuncional. Los datos que se deducen del análisis del motivo de consulta el 73.8% acudieron por síntomas y signos mal definidos de los cuales pertenecen a parejas moderadamente disfuncionales, por otra parte las parejas funcionales acuden por licencia médica en un 12.5% esto puede modificar la percepción de salud relacionada con la conducta médica.

Conclusiones: En este trabajo de investigación se logró identificar el perfil de los pacientes hiperutilizadores, además la relación entre motivos de consulta con la funcionalidad conyugal mostró una diferencia significativa resultando que las parejas disfuncionales en su mayoría acuden por signos y síntomas mal definidos a diferencia de las parejas funcionales que acuden por licencias médicas.

Palabras claves: Disfunción conyugal, hiperutilizador, motivos de consulta.

SUMMARY.

Objectives: to relate the conjugal dysfunction with the motives of consultation of the over-users patient that attend the clinic of family medicine "Dr. Ignacio Chávez of the ISSSTE south zone.

Design: Descriptive, cross, retrospective and comparative study.

Material and methods: a sample was taken no random, no representative of 80 patients, you considered like over-users according to certain pre established criteria; the expedients were revised of said patient to identify the main motives of consultation and the number of visits carried out al year, applied the conjugal dysfunction detection survey, according to the scoring obtained they were classified with or without conjugal dysfunction and subsequently related to the motives of consultation.

Results: In this work the number of visits carried out by the patient one over-users corresponds to 8 consultations per year. Al to apply the instrument to evaluate the conjugal functionality, was detected that the functional couples occupy a 58.8% and the couples dysfunctional moderate 40% and only a dysfunctional couple. The data that are deduced of the analysis of the motive of consultation the 73.8% they responded for symptoms and signs badly you defined of which belong to couples dysfunctional moderate, on the other hand the functional couples respond for medical license in a 12.5% this can modify the perception of health related to the medical conduct.

Conclusions: In this work managed to identify the profile of the patient over-users, besides the relation among motives of consultation the conjugal functionality showed a significant difference showing that the dysfunctional couples respond for signs and badly definite symptoms as opposed to the functional couples that respond for medical licenses.

Key words: conjugal dysfunction, over-users patient, motives of consultation

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1.- MARCO TEÓRICO	3
1.1 Antecedentes del tema y del problema	
1.1.1 Definición de pareja	5
1.1.2 Ciclo vital de la pareja	5
1.1.3 Estructura y dinámica de la pareja	8
1.1.4 Funciones de la pareja	10
1.1.5 Crisis y conflictos de la pareja	16
1.1.6 Definición de funcionalidad y disfuncionalidad de la pareja	21
1.1.7 Análisis de los instrumentos para evaluar la funcionalidad de la pareja	24
1.1.8 Abordaje de la pareja por el médico familiar	29
1.1.9 Orientación a la pareja en atención primaria	31
1.1.10 Motivos de consulta que demandan los pacientes hiperutilizadores del primer nivel de atención.	32
1.1.11 Los pacientes hiperutilizadores en atención primaria	35
1.2 Planteamiento del problema	38
1.3 Justificación	42
1.4 Objetivos: Generales y específicos	43
2.- MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1 Tipo de estudio	44
2.2 Diseño de investigación	44
2.3 Población, lugar y tiempo de realización del estudio	45
2.4 Muestra	45
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	45
2.6 Variables (tipo y escala de medición)	46
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables	50
2.8 Diseño estadístico	55
2.9 Instrumento de recolección de datos	56
2.10 Método de recolección de datos	59
2.11 Maniobra para evitar o controlar sesgos	61
2.12 Prueba piloto	61
2.13 Procedimientos estadísticos	61
2.14 Cronograma	65
2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio	66
2.16 Consideraciones éticas	66

3.- RESULTADOS	
3.1 Sexo	67
3.2 Número de integrantes de la familia	67
3.3 Edad	68
3.4 Estado civil	68
3.5 Escolaridad	68
3.6 Desarrollo familiar	68
3.7 Ocupación	69
3.8 Número de hijos	70
3.9 Años de casados	70
3.10 Tipología familiar en base a su estructura según Geyman	70
3.11 Etapa del ciclo vital familiar y de pareja	71
3.12 Test de evaluación de la funcionalidad conyugal	72
3.13 Motivos de consulta	74
3.14 Número de consultas realizadas al año por el paciente	74
3.15 Detección del paciente	74
3.16 Criterios utilizados para identificar al paciente hiperutilizador	75
3.17 Relación entre la funcionalidad conyugal y los motivos de consulta	76
4.- DISCUSIÓN	
4.1 Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados, en el perfil profesional, los tres ejes de acción y las áreas de estudio de la medicina familiar	78
5.- CONCLUSIONES	81
6.- REFERENCIAS	82

INTRODUCCIÓN.

En la práctica clínica existen motivos de consulta que escapan a patrones preestablecidos. En muchas de estas ocasiones subyace un trastorno de disfunción familiar, siendo esta situación la que trasciende a través de la entrevista clínica en la consulta diaria.

En gran parte esta disfunción es originada en el subsistema conyugal, el cual es uno de los factores estructurantes del buen o mal funcionamiento familiar, capaz de generar problemas de salud en alguno de los miembros de la familia; lo que obliga al paciente a demandar atención de los servicios sanitarios⁴.

Las parejas constituyen una unidad de trabajo fundamental para tratar muchos de los problemas por lo que los pacientes acuden a los servicios de atención primaria.

Estas familias que Christie-Sheely referido por De la Revilla²⁸ denominó propensas a enfermar acuden a la consulta del médico en solicitud de apoyo pero sin exponer, salvo en raras ocasiones, los problemas que han afectado la dinámica familiar.

El médico recibe diferentes tipos de demandas: una es, pacientes que presentan signos y síntomas mal definidos que corresponden al grupo de manifestaciones somáticas; en otros el cuadro clínico sugiere claramente un proceso orgánico y por último los que presentan síntomas somatoformes. Al clínico le resulta difícil diagnosticar si los trastornos afectivos de ansiedad, depresión, o fobias corresponden a un cuadro nosológico o se encuentra ante manifestaciones de otro tipo de problemas.

El médico en estos casos puede optar por dos soluciones, prescribir tratamiento predominantemente curativo con frecuentes consultas, y no resolver el problema o referirlo a otro nivel de atención. No es infrecuente que una parte de estos pacientes sean mal diagnosticados y con ello se inicia una cadena de consultas y prescripciones

que, sin resolver el caso, sobrecargan y generan costos innecesarios de los servicios de atención primaria y hospitalaria.

Con este tipo de atención se pierde la oportunidad de investigar sobre otros factores desencadenantes que podrían conducir al origen del problema, este hecho es importante de tomar en cuenta, ya que como indica Good y Reger referidos por De la Revilla²⁸ de un 30 a 60 % de motivos de consulta en atención primaria se deben a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis en la funcionalidad familiar.

¿Por qué estos fenómenos no son detectados ni tratados en forma adecuada por el médico familiar?, según Good referido por de la Revilla²⁸, está falta de reconocimiento se debe a características personales y de formación del médico de atención primaria; la cual se ha basado hasta ahora predominantemente en conceptos biomédicos tradicionales careciendo del enfoque biopsicosocial, para abordar en forma holística la patología presente, dejando los problemas relacionados con disfunción familiar fuera de su foco de atención y acciones posteriores.

Puede deberse también a la actitud del paciente, ante estos problemas familiares sobre los cuales considera no adecuado consultar con su médico, unas veces por falta de confianza, otras por considerar que no son problemas de su área de competencia y no le puede aportar el apoyo necesario^{3,26,28}.

Se está tratando de modificar esta actitud, el problema fundamental para abordar la situación correctamente radica en que no hay indicadores que permitan relacionar el motivo de consulta con la disfunción familiar y específicamente de la pareja

De la Revilla propone dos indicadores, uno es el tipo de síntoma y el otro la frecuencia de utilización de los servicios de salud²⁸.

El objetivo de este trabajo es estudiar la relación que existe entre la disfunción conyugal y los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del tema y del problema

1.1.1 La familia y los subsistemas familiares

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo.

Se denomina familia a la unidad integrada por un número variable de personas, de diferente sexo y edad, emparentadas por vínculos de consanguinidad, adopción, matrimonio y/o unión estable, que viven en un mismo lugar, y comparten una historia en común¹.

Dentro de la familia se llevan a cabo funciones que satisfacen las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus miembros.

Uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia se fundamenta en la teoría general de los sistemas. Esta teoría considera a un sistema como el conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo y, su función es más que la simple suma de ellos².

La familia provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud⁴.

Al abordar a la familia conviene estudiar los elementos y subsistemas que lo conforman, estos son:

- El subsistema conyugal. Se constituye cuando dos adultos de diferente sexo se unen para constituir una familia. Deberán seguir un proceso de acomodación mutua, de creación de nuevas normas, reglas, de marcar límites, con otros sistemas y el entorno, de poner en marcha las funciones del grupo familiar.

- El subsistema parental. Se constituye para cumplir la función de crianza y socialización de los hijos. Suele estar constituido por la madre, el padre o ambos, pero también puede formar parte de él otros miembros de la familia, abuelos, tíos, hermanos.
- El subsistema fraterno. Formado por los hermanos permite que los niños se apoyen mutuamente y aprendan pautas de comportamiento frente a los restantes miembros de la familia y el entorno extrafamiliar. Como escribe Minuchin referido por De la Revilla³: El sistema fraterno es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales.

Es importante mencionar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia, por lo que este funcionamiento conyugal es en realidad estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos, confirmando que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso en la vida familiar.⁴

Algunos estudios señalan que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunción del subsistema conyugal^{4,5}.

De tal forma se revisará los elementos conceptuales básicos que el médico familiar debe conocer para el estudio de la pareja.

1.1.2 Definición de pareja.

El término pareja matrimonial es definida por Puget⁶ como una entidad compuesta por dos individuos independientes de diferente sexo, con una historia social y cultural específica, que se vinculan en un momento dado, estableciendo un compromiso que varía en su amplitud.

La pareja tiene elementos definitorios que permiten referirse a ella como una unidad o una estructura, formada por cuatro especificaciones:

- Cotidianidad. Designa al tipo de estabilidad basada en una unidad temporal y espacial caracterizada por los intercambios diarios.
- Proyecto vital compartido. Es la acción de unir representaciones de realización o logro ubicadas en la dimensión de tiempo futuro.
- Relaciones sexuales.
- Tendencia monogámica. Ligamen matrimonial con un solo cónyuge.

1.1.3 Ciclo vital de la pareja.

Algunos autores mencionan que la pareja tiene una historia natural con etapas sucesivas de desarrollo que van desde su formación hasta su disolución, en cada fase tienden a cambiar para irse adaptando a las modificaciones estructurales y funcionales de cada etapa; para mantener su equilibrio, posee una dinámica interna que regula las relaciones entre sus componentes y la de estas con el medio externo, el mantenimiento de su homeostasis es requisito indispensable, para ejercer sus funciones, utilizar sus recursos y mantenerla estable^{7,8,9}.

Rage Atala referido por Díaz - Loving⁷ considera que las etapas de ciclo vital de la pareja son jerárquicas, ya que una sigue a la otra en una secuencia y además existen hechos significativos que señalan el principio y el fin de cada una de ellas, menciona que cada ciclo tiene su propia problemática particular, no obstante cada etapa es en

cierta medida autónoma, completa y distintiva en si misma, cada fase se caracteriza por reacciones y comportamientos que parecen ser más o menos consistentes en todos los seres humanos y que sirven para cumplir funciones específicas a la realización de un período determinado. Estas reacciones y conductas suelen facilitar el paso a la siguiente etapa.

Barragán referido por Díaz - Loving⁷ propone, el estudio de la pareja como unidad específica y planteó seis etapas que comprenden desde el proceso por el cual los cónyuges se seleccionan, hasta la vejez y muerte; cabe mencionar que no hay límites precisos entre una etapa y la otra, una sucede a la otra sin fronteras precisas.

Dentro del estudio de cada etapa hay tres líneas alrededor de las cuales se resumen las interacciones que constituyen a una pareja. Dichas líneas son:

- Límites: son fronteras o membranas imaginarias que separan a los individuos y a los subsistemas, regulando el contacto que establecen con los demás en término de permisividad, dependencia emocional, derechos y autonomía.
- Intimidad: Tiene que ver con las variaciones en cercanía emocional o física durante el proceso de vida compartida.
- Poder: Que se refiere a las formas de dominio y a quién lo ejerce.

Las etapas del ciclo vital de la pareja según Barragán referido por Díaz- Loving⁷ se muestran en el cuadro 1

Cuadro 1. Etapas del ciclo vital de la pareja

Etapa	Tarea
Selección	La selección se hace con base en necesidades básicas, de cada miembro de la pareja y tiene duración variable.
Transición y adaptación	Los miembros de la pareja se enfrentan a la adaptación a un nuevo sistema de vida con hábitos, satisfacciones y demandas de su pareja
Reafirmación como pareja y paternidad	Resolución de las dudas acerca de la adecuada elección del cónyuge, adaptación solución de la tarea de ser padres
Diferenciación y realización	Consolidación de la estabilidad del matrimonio y terminación de las dudas acerca de la elección de la pareja.
Estabilización	Ambos miembros se encuentran en transición de la mitad de la vida, con una búsqueda de equilibrio entre las aspiraciones y los logros, con un re-arreglo de prioridades que conducen a una estabilización de ambos miembros de la pareja, y por consecuencia de la pareja misma
Enfrentamiento con vejez, soledad y muerte	Estos eventos producen fuentes de ansiedad para la pareja quien necesita apoyo y afecto mutuo y también de fuentes externas, familiares o sociales

1.1.4 Estructura y dinámica de la pareja.

La **estructura** y la **dinámica** están íntimamente ligadas

Estructura. Entender a la familia es conocer a sus individuos, la línea de parentesco que constituye un grupo familiar y elementos que lo forman, qué tipo de vínculos la unen⁴.

¿Cuáles son sus nombres?, ¿dónde viven?, ¿cuáles son los datos significativos de esta familia (matrimonio, nacimientos, muertes, etc)?, ¿qué miembro de la familia tienen enfermedades?

La estructura no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia, la etapa del ciclo vital en que se encuentra o con determinados acontecimientos vitales a los que se puede ver sometida.

Una forma ideal para obtener y registrar esta información sobre estructura es el uso de genogramas siendo una representación gráfica de la estructura de una familia mediante símbolos estandarizados¹⁰.

Dinámica. Sistema de intercambios en la interacción de la pareja⁴.

Es importante que el médico realice un abordaje estructurado con objeto de obtener información sobre su interacción cotidiana.

El médico puede basarse en los esquemas que a continuación se describen en forma breve:

El esquema de evaluación de la funcionalidad familiar de la universidad de McMaster FAD¹¹ que maneja como variables, aspectos de la dinámica familiar, los cuales son:

- Solución de problemas.
- Comunicación.
- Roles.

- Expresión de afecto.
- Involucramiento afectivo.
- Control de la conducta.
- Funcionamiento de la familia como unidad.

El esquema de evaluación de la funcionalidad familiar de Salvador Minuchin referido por Montalvo¹². Este se reconoce como el principal representante del modelo estructural definiendo la estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan las interacciones de los miembros de la familia; en este modelo se evalúa las siguientes variables:

- Jerarquía.
- Roles.
- Comunicación.
- Límites.
- Centralidad.
- Alianza.
- Geografía.

Como se puede observar, todos los conceptos arriba señalados tienen que ver con procesos interactivos, es decir, con procesos de comunicación, retroalimentación y autorregulación que son características de un sistema abierto.

Este enfoque estructural permite establecer un diagnóstico de funcionalidad familiar.

1.1.5 Funciones de la pareja.

El interés cada vez mayor que se ha puesto para investigar el sistema conyugal y la relación de pareja responde a una necesidad actual; las diferencias o incongruencias entre los cónyuges acerca de sus expectativas, la ejecución de roles, la propia imagen percibida, la comunicación y los valores son componentes básicos para lograr interrelaciones constructivas, funcionales y satisfactorias ¹³.

Es importante hacer mención que en la dinámica y funcionamiento de la pareja ocupan las expectativas un lugar fundamental y práctico para la comprensión de muchos de sus conflictos y por lo tanto, ofrecen una vía adecuada para la solución de los mismos.

Según el referido Díaz Morfa⁹ menciona que las expectativas de los cónyuges se encuentran contenidas en el contrato matrimonial y la define como los conceptos expresados y tácitos, conscientes e inconscientes, que posee una persona con respecto a sus obligaciones conyugales y a los beneficios que desea obtener del matrimonio en general y del esposo en particular. Los contratos ciertamente abarcan todos los aspectos de la relación familiar: sexualidad, poder, dinero, tiempo libre, hijos, etc. Además estas expectativas cambian según el ciclo de la pareja.

Todos los contratos tienen tres categorías de información.

- 1) Expectativas respecto al matrimonio. Algunas de las más frecuentes son que el compañero sea fiel, protector, que satisfaga todas mis necesidades. Que sea un apoyo constante, una compañía como antídoto contra la soledad, así como la creación de una familia.
- 2) Determinantes intrapsíquicos. Aquí hay diferentes parámetros que se basan en las necesidades y deseos, dentro del individuo. Estos están determinados más

por factores intrapsíquicos y biológicos que por el sistema marital o de pareja. Entre estos parámetros están:

- La independencia/dependencia. habla de la capacidad del individuo de cuidar de sí mismo.
- La actividad/ pasividad. Es la capacidad del individuo para realizar la acción necesaria para conseguir lo que desea.
- La intimidad/ distanciamiento. Es la capacidad o incapacidad de tolerar la intimidad va a dar lugar a graves problemas de comunicación en la relación.
- El dominio/ sumisión, la identidad sexual, que es la vivencia íntima del rol sexual.
- El uso y abuso del poder.

Estas son algunas de las características deseables en el compañero.

- 3) Focos externos de problemas conyugales. Son las manifestaciones en la pareja que realmente ponen de manifiesto la incongruencia en las expectativas puestas en la relación. Entre éstas se puede citar: La comunicación, estilo de vida, la familia de origen, la crianza de los hijos, el dinero y la sexualidad.

En las expectativas hay tres niveles de conciencia:

- 1) Consciente y expresado. Son todas las expectativas que han sido comunicadas abiertamente al compañero.
- 2) Conscientes pero no expresadas. El cónyuge las conoce pero no es capaz de expresar sus creencias, sus fantasías, sus planes, sus expectativas al otro, por sentimientos de vergüenza o por temor a que se le rechace o agrede.
- 3) Expectativas o creencias no conscientes. Es decir aquellas necesidades o deseos a veces contradictorios y/o poco realistas que los cónyuges no tienen conciencia de los mismos.

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que éstos se presenten y en el momento que se les presenten.

Las principales funciones del subsistema conyugal propuestas por Chávez⁴ son: Comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones descritas a continuación:

- Función de comunicación.

Esta función debe ser evaluada a través de las pautas de comunicación establecida y predominante en la pareja como lo señala Watzlawick referido por Chávez⁴ y cuyas características deben ser:

- a) Que sean claras, es decir que el mensaje vayan dirigidos al receptor sin distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o un significado distinto o contrario a lo que se dice.
- b) Que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin meter algún otro integrante de la familia, lo que en la patología comunicacional se conoce como comunicación triangular, o bien, con la comunicación desplazada.
- c) Que sea congruente, que lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje análogo. Aquí adquieren mucha importancia los gestos y actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge, en ocasiones se dice más no diciendo nada, al tomar una actitud de rechazo o indiferencia.

- Función de adjudicación y asunción de roles.

La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y depende como asuman estos roles se reflejaran en una mayor o menor disfuncionalidad. Las características que deben evaluarse de esta función son:

- a) Congruencia. La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.
- b) Satisfacción. Implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado.
- c) Flexibilidad. Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambie los roles para poder valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la relación de tareas, ya sean domésticas o de índole laboral.

- Función de satisfacción sexual.

Es esencial para la satisfacción conyugal que ésta este vinculada al placer sexual, es decir, que exista un establecimiento claro del vínculo sexual, porque es en él donde se pone en juego toda nuestra personalidad, donde se integra el plano fisiológico de la sexualidad, que se manifiesta a través de las sensaciones con el plano afectivo, donde la intimidad profunda y la comunicación de sentimientos se expresan a través del contacto corporal, especialmente en el acto del coito, esta es una posición fisiológica y psicológica de extrema vulnerabilidad⁸.

En este rubro la información y orientación a las parejas resulta siempre tranquilizante para ambos, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimiento de culpa en los cónyuges.

- a) La frecuencia de la actividad sexual. Debe investigarse con el objeto de establecer si no existen demandas injustificadas de algunos de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual.
- b) Satisfacción. Considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria para ambos cónyuges

- Función del afecto.

Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para una pareja puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores indirectos para evaluar esta función como son:

- a) Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo, como puede ser abrazos, besos, caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.
- b) Calidad de convivencia, es decir, la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber períodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.
- c) Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno de afecto, la recreación, individualidad y la actividades extrahogar.

- Función de toma de decisiones.

Involucra la negociación adecuada del poder dentro de la relación. Es esencial que haya aquí una distribución equitativa del poder, donde uno no se sienta dominado por el otro, donde las decisiones se tomen de forma compartida a través de la negociación y el acuerdo. Es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones,

ya que éste produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentes, los estilos más frecuentes son:

- a) Toma de decisiones conjunta. Ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.
- b) Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir. Pero actualmente la mujer reclama su derecho a participar en la toma de decisiones.

Una relación de pareja es parte importante en la vida del ser humano, porque en ella muestra sentimientos de afecto que le permite lograr una identidad personal y satisfacer sus necesidades de seguridad, confianza, pertenencia, así como las de orden sexual. Sin embargo las relaciones de pareja se hacen cada vez más difíciles, estudios realizados con parejas refieren que uno de los problemas encontrados son las diferentes construcciones de significado y concepto compartidos refiere Estrada¹⁴.

Goleman referido por Enguiluz¹⁵ señala que existen en cada pareja dos realidades emocionales la de él y la de ella, estas diferencias tienen raíces sociohistóricas.

Convivir es estar generando continuamente sentimientos positivos, satisfactorios, o negativos y de frustración. En esencia los sentimientos son los factores más importantes de convivencia humana. Es importante no callar los sentimientos negativos porque cuando se callan distorsionan la imagen que tenemos del otro. Por lo tanto, llevan a conductas agresivas y defensivas, dando lugar a una secuencia de mayor hostilidad y distanciamiento, es decir tan importante como expresar los sentimientos positivos, es poder elaborar los sentimientos negativos, para ello hay que aprender a

decir estos sentimientos sin herir y saber escuchar los sentimientos sin defenderse ni anularse, sino con una actitud de comprensión.

Es fundamental para que una pareja funcione adecuadamente realice ciertas necesidades emocionales⁹:

- Se necesita recibir señales claras de reconocimiento del otro, sean éstas positivas o negativas. La mayor agresividad es la indiferencia.
- Es fundamental para la armonía en la pareja eliminar el sentimiento de inseguridad.
- Aceptar la ambivalencia, es aceptar al otro como diferente, lo que implica que no siempre va a satisfacer nuestras necesidades. Es aceptar que con frecuencia amaré y también con frecuencia va a frustrar nuestras necesidades.
- Mismo nivel de compromiso. Basado en la confianza en el otro, que conlleva a un proyecto común.
- Asumir la plena responsabilidad de mejorar la relación
- El equilibrio del sentimiento de la auto-estima en cada uno de los miembros.

1.1.6 Conflictos y crisis de la pareja.

Conflicto

Un conflicto se presenta en una, o entre dos personas, cuando existen dos tendencias opuestas¹⁶.

El origen del conflicto se puede estudiar desde el punto de vista psicoanalítico, siendo el tema central de esta corriente la colusión definiéndola como el vínculo de dos individuos cuya limitaciones de desarrollo emocional les impide una relación sinérgica que favorezca la progresión. Esta variable hace referencia a la interacción de la pareja exclusivamente. con una relación pobre en identidad porque las expectativas inconscientes que traía cada uno de ellos, ante la imposibilidad de satisfacción

conlleven a la frustración consecuente, y los pone en riesgo de caer en el conflicto conyugal presentando incapacidad para relacionarse en forma compatible o establecer un compromiso marital o expresión de sintomatología psíquica como somática¹⁷.

El conflicto conyugal puede evolucionar hacia alguno de los siguientes aspectos: hacia la cronicidad o hacia la separación.

Sí el conflicto se vuelve crónico la sintomatología que puede manifestarse es:

- Enfermedad psíquica, somática o una mezcla de ambas en uno o en los dos cónyuges
- En conflicto disfuncional permanente en la relación de pareja.
- La enfermedad de uno de los hijos, donde el conflicto conyugal puede desviarse e invadir las funciones parentales e incluir al hijo en el mismo, de acuerdo con Minichin referido por Saucedo¹⁸ puede ser:
 - a) Triangulación: Cada uno de los progenitores busca la alianza del niño y lucha por ella, lo cual genera conflicto de lealtad en el hijo, pues no puede acercarse a uno de sus padres sin sentir que traiciona al otro.
 - b) Coalición estable: El hijo se alía con uno de sus padres, más comúnmente con la madre. Existen dos variaciones; la que ocurre cuando el padre excluido lucha por ganarse el apoyo del hijo aunque no lo consiga, y la que resulta de que el padre excluido se da por vencido y no busque acercarse a su hijo.
 - c) Desviación de ataque: Aunque el conflicto conyugal persiste, la pareja se une en contra del niño, quien es definido como el “malo” o “problema de la familia”.
 - d) Desviación de apoyo. Como en el caso anterior, los padres se unen para eludir sus diferencias mediante la sobreprotección del hijo, quien no es definido como “malo” sino como “enfermo” o “débil”.

Según Sarquis¹⁹ refiere que sí el conflicto se vuelve hacia la separación o divorcio:

La separación implica una pérdida inevitable que todos los miembros del sistema familiar deben enfrentar, representando un período de crisis que requiere cambios y ajustes en toda la familia los cuales son: afectivos, económicos, legales, sociales y personales¹¹.

La mayor parte de los que se separan, viven un verdadero proceso de duelo. Este sufrimiento no depende de la felicidad o infelicidad que se haya vivido con anterioridad, sino de la pérdida del ideal que cada persona se forjó al contraer matrimonio, en muchas ocasiones es sentida como un fracaso, lo que a su vez genera fuertes sentimientos de culpa.

Durante las fases previas o posteriores a la ruptura del matrimonio, es probable que se manifiesten intensos estados afectivos en todos los involucrados. Son frecuentes las somatizaciones, así como las consultas por trastornos del sueño, apetito, ingestión de alcohol o tranquilizantes.

Aunque la separación tiene distintos significados y consecuencias según el período del ciclo vital en la que ésta ocurra, así como del manejo que se le de en la pareja, casi siempre constituye un evento altamente estresante.

Desde una perspectiva sistémica, la familia no termina con la separación, sino cambia el modo en que las transacciones familiares se llevan a cabo. Más específicamente, el proceso de divorcio consiste en la disociación instrumental y funcional de la pareja marital y no parental. En este sentido, diversos autores^{6,9,14} concluyen que los esposos pueden separarse, pero los padres no. De este modo, ante la existencia de los hijos se debe considerar la continuidad de acciones parentales, lo cual lleva a la pareja de padres a establecer nuevas pautas de relación y de negociación de acuerdo al manejo de los hijos.

Crisis.

Existe una crisis cuando el individuo o la pareja tienen que hacer frente a una situación interna o externa estresante, estas situaciones son inevitables a lo largo del ciclo vital de la pareja¹⁶.

Las condiciones de la vida conyugal, al mismo tiempo que su duración, hacen que la pareja moderna sea mucho más frágil que la pareja tradicional. Pero, además, al igual que cualquier ser vivo, la pareja tiene que aprender a constituirse, a crecer y a desarrollarse. Según Eric Ericsson referido por Attie¹⁶, el término de crisis ya no evoca más la idea de una catástrofe inminente sino que es sinónimo de viraje decisivo o momento crucial durante el desarrollo, cuando éste tiene que escoger las vías entre las cuales se reparten todos los recursos del crecimiento, de restablecimiento y de diferenciación ulterior.

Las crisis varios autores las clasifican en^{3,9,16,19}:

a) Crisis del desarrollo, normativas o esperadas.

Las crisis del desarrollo, normativas o esperadas tienen que ver con las etapas del desarrollo marital, el cual fue descrito por Kovacs referido por Díaz Morfa⁹ de la siguiente manera:

- Idealmente el desarrollo marital progresa ordenadamente de forma predecible y sistemática a través del tiempo.
- La crisis o el período de transición en el desarrollo de la pareja es observado como normal por los teóricos sistémicos y psicoanalistas.
- Cada transición tiene la capacidad de revivir y recapitular conflictos o problemas no resueltos en el pasado y proporciona una oportunidad para reelaborar y/o completar los asuntos no resueltos.

- El proceso marital es dinámico y está caracterizado por esfuerzos paradójicos como son la autonomía y la pertenencia, la separación y la conexión, la dependencia e independencia, la proximidad y la distancia.
- El proceso marital es continuo e inmediato al proceso parental, uno no se detiene para esperar al otro.
- Los límites de la relación marital se extienden o se contraen para incluir o excluir a otros(s) dependiendo de la etapa y los hechos tales como nacimiento, matrimonio, muerte en la familia.
- Las parejas irán a través de las etapas del ciclo vital y necesitarán dominar las tareas en su evolución y crecimiento, la habilidad del individuo para promover el crecimiento está basada según dicho autor en tres grandes factores:
 - Imperativos ambientales.
 - Culturales y constitucionales
 - Valores y aspiraciones personales.

b) Crisis accidentales, no normativas o no esperadas.

Incluyen eventos provenientes del exterior como:

- Factores ambientales. Abandono o huida del hogar, infidelidades, embarazos no deseados, conflictos conyugales, problemas con las familias de origen, separaciones y/o divorcio.
- Enfermedades o accidentes. Pérdida de funciones corporales, enfermedades, hospitalizaciones, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, abortos, complicaciones del embarazo y parto, esterilidad.
- Factores económicos. Cambios bruscos en el estatus socioeconómico, problemas económicos graves.
- Factores laborales. Cambios de puesto u horario en el trabajo, despido, desempleo prolongado.

- Factores legales. Detenciones, juicio, actividades criminales, pérdida de la libertad.
- Situaciones ambientales. Emigración, cambios de residencia, desastres naturales o provocados.

Se sabe que las crisis familiares se caracterizan por cuatro estadios adaptados por Kubler-Ross referidos por Velasco²⁰ representados en el cuadro 2.

Cuadro 2. Estadios de Crisis

ESTADIOS	CARACTERÍSTICAS
1° Choque	Aturdimiento, incredulidad, negación.
2° Rechazo	Enojo, confusión, agresión verbal y sentimientos de culpa.
3° Depresión	Manifestaciones clínica depresiva.
4° Reorganización	Aceptación, recuperación, proyectos.

Adaptado de Kubler-Ross. Rev..Méd. IMSS 1994;32:274

La resolución de las crisis de pareja tiene una gama amplia de conductas y grados, dependiendo de cuatro recursos fundamentales: productividad, eficiencia familiar, los patrones de liderazgo, la expresión de los conflictos y claridad de la comunicación.²⁰

1.1.7 Definición de funcionalidad y disfunción de la pareja

Se han establecido diversos modelos para explicar el funcionamiento de una pareja. Estos varían en la complejidad y en la manera que son tomados, los diferentes aspectos de la vida familiar.

La pareja disfuncional puede distinguirse de la pareja funcional no solamente por la presencia de problemas, sino más bien por la utilización de patrones de interacción que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros y en consecuencia generan falta de adaptación y dificultad para resolver los conflictos existentes en su entorno,

manifestándose en muchas ocasiones a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento inicial de adaptación en sus integrantes³.

Por otra parte, desde el punto de vista sistémico, la disfunción se cataloga como “el síntoma” que de alguna manera promueve la estabilidad familiar pues mediante ella se expresa y desvía la tensión. Según este enfoque, las familias disfuncionales tienden a mantener o reforzar los síntomas en los procesos interaccionarles si el padrón de relación disfuncional no se modifica, el síntoma puede hacerse rotatorio dentro de los diversos miembros de la familia, con el fin de promover la homeostasis del sistema²¹

De acuerdo a Riskin referido por Velasco²¹, las diferencias entre una familia normal y una disfuncional son evidentes en lo relacionado con:

- Estrategias para resolver problemas.
- Clima emocional de la familia.
- Capacidad de cambio durante el curso del ciclo de vida de la familia.
- Capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares.
- Formación de fronteras generacionales. Evidentemente los contextos socioeconómicos, culturales y comunitarios de la familia deben tomarse en cuenta en la evaluación de lo que se denomina funcional, sano o normal.

El término “salud familiar” se refiere al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Cuando la familia “enferma” es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, se usa el término de familia disfuncional⁹.

Smilkstein referido por De la Revilla²² propone que en la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas antagónicas, una negativa, que desajusta la función familiar, y la incapacita para realizar sus tareas (socialización, comunicación, cuidado,

afecto, sexualidad, estatus) y modifica los roles de los miembros, y que está en relación con los cambios del ciclo vital y los acontecimientos estresantes; otra positiva, constituida por los recursos, que cada grupo familiar posee o busca en su entorno. Del promedio de una u otra dependerá el equilibrio o desequilibrio en el funcionamiento familiar. Si los recursos son insuficientes se pasa a una fase de inadaptación, que obliga a poner en marcha mecanismos de defensa que colocarán a la familia en un equilibrio patológico o disfunción, y se llegará en caso límite a la ruptura familiar; suele manifestarse porque alguno de sus miembros se hace sintomático o si estos recursos intra o extrafamiliares son suficientes se volverá a la etapa de adaptación y a la normalidad.

Por ello sería conveniente que el médico evaluara la función familiar ante síntomas sugerentes de disfunción.

Con base a lo anterior la funcionalidad de la pareja es estructurante para la función familiar siendo dinámica y por lapsos o circunstancias pueden caer en "crisis" y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas parejas ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración.

Cuando la pareja no logra resolver satisfactoriamente los problemas inherentes de la vida en común, aparece el conflicto, esto produce un cambio radical en la dinámica de la pareja que puede evolucionar hacia: la separación, la triangulación o la reorganización del vínculo.

1.1.8 Análisis de los instrumentos para evaluar la funcionalidad de la pareja.

Para evaluar la funcionalidad de la pareja se han propuesto algunos instrumentos o procedimientos, identificando las necesidades primarias a cubrir, su utilidad y facilidad de aplicación

Los instrumentos hasta ahora utilizados para evaluar la funcionalidad específicamente de pareja han demostrado en su aplicación algunas limitaciones para uso generalizado, los más utilizados son:

- Evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal⁴.

El instrumento propuesto por Chávez para evaluar el subsistema conyugal aborda las principales funciones que dicho sistema, que deben cubrir agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3 Evaluación del subsistema conyugal*

FUNCIÓN	PARAMETROS	PONDERACIÓN			EL	ELLA
		NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE		
COMUNICACIÓN	a. Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente.	0	5	10		
	b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10		
	c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y no verbal	0	5	10		
ROLES	a La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.	0	2.5	5		
	b Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	0	2.5	5		
	c Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.	0	2.5	5		
SATISFACCIÓN SEXUAL	a-Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales.	0	5	10		
	b-Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10		
AFECTO	a-Existe manifestaciones físicas de afecto en la pareja.	0	2.5	5		
	b-El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.	0	2.5	5		
	c-Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.	0	2.5	5		
	d-Percibe que son queridos por su pareja.	0	2.5	5		
TOMA DE DECISIONES	a-Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15		
TOTALES						

* Rev. Med. IMSS (Méx.) 1994;32: 39-43.

La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención o ajuste; propone en general las disfunciones se califiquen sumando el porcentaje total observado como sigue:

- 0 – 40 Parejas severamente disfuncional
- 41- 70 Parejas moderadamente disfuncional
- 71-100 Pareja funcional.

- Escala de satisfacción marital²³

La satisfacción marital, se ha definido como una valoración global y subjetiva que un sujeto hace de su cónyuge y su relación. También ha sido considerada como una reacción subjetiva experimentada en el matrimonio bajo un enfoque de actitudes hacia la interacción marital y aspectos del cónyuge, la cuál incluye satisfacción con las emociones de la pareja, la relación en sí, así como aspectos estructurales tales como la forma de organización, de establecimiento y cumplimiento de las reglas en la pareja. De ahí que se pueda concluir, que la satisfacción es un indicador del funcionamiento de la pareja en sus diversas áreas²³

Esta escala se muestra en el cuadro 4 y pretende estimar la satisfacción actual en su matrimonio a través de algunos indicadores para evaluar cada una de las funciones por medio de escala evaluativa, propuesta por el departamento de la facultad de psicología UNAM en 1998.

Cuadro 4. Escala de satisfacción marital

ÁREAS DEL MATRIMONIO	COMPLETAMENTE INSATISFECHO					COMPLETAMENTE SATISFECHO				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Responsabilidades del hogar										
Criar a los hijos										
Actividades sociales										
Dinero										
Comunicación										
Sexo										
Progreso ocupacional propio										
Progreso ocupacional de la pareja										
Independencia personal										
Independencia de cónyuge										
Satisfacción general										

*Barragán T.L. Modelo de consejos maritales basado en solución de conflictos y razonamiento recíproco. Facultad de Psicología de la UNAM 1998

- Cuestionario Circular²⁴

La información obtenida por medio de la técnica conocida como cuestionamiento circular proporciona los datos que permiten construir la versión que el terapeuta, en conjunto con la pareja trabajará. Esta versión es una construcción terapéutica que da cuenta del acoplamiento estructural que han alcanzado en su cotidianidad como pareja: traduce el nivel estructural y Vicencio²⁴ propone un cuestionario para facilitar la entrevista y proporciona los elementos básicos para abordar los ejes más importantes en forma de preguntas con contenido metafórico.

- La clasificación traxial de la familia²⁵.

Explora la disfunción familiar a través de tres ejes: el desarrollo, los subsistemas y la familia como sistema. Tiene la desventaja de utilizar escalas diferentes, lo que dificulta la valoración disfuncional y tiene la ventaja de explorar en forma amplia los subsistemas familiares entre ellos la pareja.

- Prueba de McMaster¹¹.

Es un instrumento confiable utilizado en la entrevista clínica, su relativa desventaja es que no ha sido validado por lo que no se ha generalizado como instrumento de uso común.

- Modelo Psicodinámico sistémico de evaluación familiar¹⁷.

Es un instrumento propuesto para evaluar no sólo disfunciones familiares también incluye a la pareja a través de la exploración de siete áreas: tiempo de evolución de la familia, vínculos de familia de origen y nuclear, espectro coalición-colusión, mecanismo de defensa, comunicación en la familia y control de conducta. Para la exploración de estas áreas se proponen 177 indicadores, una limitante en este modelo es que no

propone criterios cuantitativos para clasificar las disfunciones familiares, sólo las identifica.

- Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural²⁶.

Desarrollada por Salvador Minuchin y sus colaboradores. La entrevista está conformada por un cuestionario de 35 preguntas por medio de las cuales se explora las dimensiones del funcionamiento familiar designadas como estructura, estadio de desarrollo, resonancia, identificación del paciente, resolución de conflictos; esta evaluación familiar toma en cuenta las respuestas de la familia a las preguntas del entrevistador, la observación de los comportamientos durante la sesión.

Ninguno de los instrumentos presentados hacen un diagnóstico de certeza por si mismos de los pacientes que presentan disfunción conyugal, son útiles para detectar patrones a través de la información que dan los pacientes y que al médico le puede hacer pensar que hay una probable, disfunción, pero el estándar de oro es la entrevista clínica.

En el presente trabajo se pretende utilizar el instrumento propuesto por Chávez⁴ debido que es un instrumento breve, de fácil aplicación y entendimiento aplicado en población mexicana, y aunque el autor no da detalles de un proceso de validación dicho instrumento se aplicó en el IMSS desde 1994 en población abierta.

Una vez revisado los elementos conceptuales básicos que el médico familiar debe conocer de la pareja, se revisará el enfoque integral que permite al médico entender los factores que intervienen en el proceso salud enfermedad que pueden repercutir en el sistema familiar.

1.1.9 Abordaje de la pareja por el médico familiar.

El médico familiar asume como objeto básico la atención de la familia con enfoque preventivo y de continuidad, para realizar dichas actividades necesita conocimientos y habilidades que facilitarán el desarrollo de un enfoque integral para atender las causas de la enfermedad y la disfunción como para realizar intervenciones de apoyo, orientación o derivar a terapia familiar.

Es importante que el médico realice un abordaje estructurado con objeto de obtener información adicional sobre la pareja y sus problemas, clarificar sus preocupaciones y decidir cómo proceder.

Se describe en forma breve el esquema propuesto por McDaniel²⁷.

- Identificar los problemas de pareja no explícitos de paciente que acude a consulta.

Esto no significa que tras todo problema por el que consulta cada paciente se oculta una dificultad emocional o relacional o que haya que evaluar a fondo las relaciones de pareja de todos los pacientes durante la consulta. No obstante, es importante tener presente que la mayoría de los problemas conyugales llegan a conocimiento del médico a través de los trastornos somáticos.

- Hay que Identificar los estilos relacionales que presenta la pareja, por ejemplo Fogarty referido por McDaniel²⁷ sugiere que existen dos formas principales para reaccionar ante la ansiedad:
 - a) La persecución.
 - b) El distanciamiento.

Cuando se siente mal, el perseguido tiende a acercarse a los demás, a identificarse con ellos, y espera que los otros le hagan feliz satisfaciendo sus necesidades y buscan la ayuda de un profesional.

El distante quiere entablar relaciones pero lo considera peligroso, se encierra en sí mismo, se calla y carga con el peso de sus problemas a solas, son racionales, objetivos y la emotividad de los perseguidores les confunde adoptando conductas como: volcarse en el trabajo, empezar a beber o tener relaciones extramaritales.

- Evaluar dimensiones psicosociales del paciente.

Las preguntas deben ir intercaladas con preguntas biomédicas y estar enfocadas hacia los síntomas un ejemplo sería:

Quando se siente mal o siente dolor, ¿a quién solicita ayuda?

¿Ha discutido los síntomas con su esposo (a)?

¿Cuál cree que es la causa de este problema?

Quando se siente enfermo, ¿qué situación se crea en su casa?.

- Evaluar el papel que el conflicto de pareja desempeña con la dinámica familiar.
- Antecedentes familiares.

Es de gran utilidad elaborar un genograma de la pareja, con frecuencia, los problemas conyugales reflejan conflictos sin resolver relacionado con la familia de origen de cada uno de los cónyuges o dificultades al armonizar los estilos relacionales diferentes de dos familias.

- La naturaleza del problema y los intentos de solución.

Pedir a la pareja que hable de sus problemas y de cómo han intentado resolverlos hasta ese momento no sólo proporciona al médico información importante, sino que también le da la oportunidad de observar los estilos de interacción de la pareja, las preguntas que haga a cada cónyuge le ayuda a determinar si el problema es crónico o situacional, grave o leve.

- Evaluar intimidad sexual.

La valoración de los problemas sexuales depende en gran parte de la iniciativa del médico, los pacientes que consultan con el médico por dolor lumbar o abdominal, trastornos urinarios frecuentes u otra variedad de quejas somáticas podrían padecer problemas sexuales subyacentes que se resisten a admitir.

1.1.10 Orientación a la pareja en la atención primaria

La decisión del médico de iniciar un proceso de orientación con una pareja en atención primaria puede ser difícil de tomar. Puede que uno de los cónyuges esté deseoso en tanto que el otro se muestre reacio y aunque la pareja esté motivada, los objetivos de la orientación pueden ser imprecisos. El médico puede ayudar pero dentro de ciertos parámetros.

Indicaciones de la orientación a la pareja en atención primaria²⁷.

- El problema es situacional y se ha manifestado recientemente. Estos problemas incluyen el afrontamiento de dificultades relacionadas con cambios del ciclo vital o crisis específica de duración limitada, que han surgido durante los últimos 6 meses.
- El problema es específico más que general. Por ejemplo, las parejas que buscan mejorar su capacidad para discutir acuerdos con un resultado productivo tienen más posibilidades de lograr el cambio porque han definido el problema con claridad, que las que no tienen un objeto definido para enfocar la orientación.
- Cuando la relación de pareja ha sido buena y estable antes del inicio del problema disponen de una sólida base para la orientación constructiva.
- La pareja está motivada para el cambio
- El médico tiene el tiempo y la capacidad técnica necesaria para trabajar con la pareja.

A continuación se exponen algunas sugerencias para la orientación a parejas en atención primaria

- Implicar a ambos cónyuges en el proceso de orientación
- La orientación de la pareja debe tener un plazo breve.
- La orientación se debe centrar en la resolución de problemas. El médico debe ayudar a la pareja a :

- a) Clarificar los cambios que quieren introducir
 - b) Discutir lo que tiene que hacer cada cónyuge para lograr dichos cambios
 - c) Elaborar un plan claro para implantar las nuevas conductas deseadas
 - d) Realizar las tareas asignadas entre consulta.
 - e) Proporcionar retroalimentación el uno al otro sobre los progresos obtenidos.
- Las parejas en las que no se aprecien progresos durante el proceso de orientación en atención primaria deben ser derivadas.

Una de las tareas más importantes del médico cuando trabaja con pacientes que están comprometidos en una relación de pareja, es reconocer cuándo los problemas relacionales podrían ser un factor que origine conflictos y alteraciones en la dinámica matrimonial y con ello disfunción de la familia.

1.1.11 Motivos de consulta que demandan los pacientes hiperutilizadores en atención primaria.

Los problemas existentes en la pareja, son con frecuencia la razón subyacente al problema que les lleva a acudir a los servicios de atención primaria.

El médico familiar se encuentra en una posición idónea para identificar los diversos problemas conyugales, teniendo acceso a una pareja a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital.

Diversos estudios muestran que no existe una relación directa entre sentirse enfermo e ir al médico, ya que este fenómeno está mediado por un proceso social en el que interviene la percepción individual y la forma en el que el paciente interpreta los síntomas^{3,22,27}.

El proceso de enfermedad consta de una serie de etapas básicas propias en las cuales el enfermo puede experimentar actitudes y conductas diversas (conducta de enfermar) en función de su personalidad y de las circunstancias que le rodean²¹.

Las enfermedades las puede padecer un individuo o una sociedad. Pueden ser somáticas, cuando se deben a una alteración corporal, orgánica y psíquica, cuando lo que se produce es un trastorno en la esfera mental. Sin embargo, esta distinción no es siempre estricta: hay enfermedades orgánicas cuyo origen puede deberse, total o parcialmente, a un estado mental determinado (estrés, personalidad, conducta). A éstas se les llama enfermedades psicósomáticas, por ejemplo, una situación de estrés emocional podría contribuir al desarrollo de una úlcera gastroduodenal.

También puede suceder lo contrario: que una enfermedad corporal desencadene una alteración del estado mental. Se trata de las enfermedades somatopsíquicas, ejemplo un hipotiroidismo podría desencadenar un síndrome depresivo a consecuencia de la propia fisiología de la enfermedad.

Otra concepción que también está cambiando, es la de que no existe la enfermedad, sino los enfermos, es decir que no todos los enfermos de la misma manera reaccionan ante un mismo proceso patológico: una gripe, una enfermedad tumoral o una depresión no se desarrolla exactamente igual en dos individuos. Cada uno lo hace de una manera propia. Se habla así, de una idiosincrasia personal en el proceso de enfermar. De ahí que se debe procurar individualizar las enfermedades, y por lo tanto en cada uno de los enfermos.

La concepción holística del enfermo, cualquier tipo de enfermedad debe ser considerada bajo una concepción integral, es decir, que cuando enferma nuestro cuerpo, de alguna manera repercute sobre nuestra mente, y viceversa. Adoptar un criterio biologista es peligroso pues el cuerpo y la mente forman un todo indisoluble.

El holismo reivindica implícitamente la humanización de la profesión sanitaria. Humanizar la medicina, adecuarla al hombre como persona, como realidad individual, pero a la vez social, comunitaria y cósmica, afirma Leal.²⁹

Es importante resaltar que, aunque se haya decidido acudir al médico, los pacientes no siempre le comunican todos los síntomas o padecimientos.

La teoría de la comunicación, como señala Watzlawick referido por De la Revilla²⁸, concibe el síntoma como un mensaje no verbal. Es decir, que a través de manifestaciones clínicas mal definidas, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, el paciente asignado, comunica con el médico la situación de disfunción familiar, y ello, le permite acceder al sistema de salud y demandar ayuda.

Para abordar correctamente los motivos de consulta es importante tomar en cuenta el modelo explicativo propuesto por De la Revilla³ el cual lo divide en tres fases:

Primera fase:

Lo que ve el médico. El médico recibe diferentes tipos de demandas, unas veces el paciente refiere manifestaciones somáticas, que en la mayoría de las ocasiones corresponden a síntomas poco precisos (dolores musculares, cefalea, molestias faríngeas) que podemos catalogar de síntomas y signos mal definidos, o bien el cuadro clínico sugiere un proceso más concreto que puede ser catalogado de forma provisional de úlcera péptica, crisis de ángor, asma, entre otros. En otro grupo de pacientes, con síntomas somatiformes, el clínico puede llegar a la conclusión de que el enfermo presenta trastornos afectivos, ansiedad, angustia o fobias.

Ante estas manifestaciones el médico suele optar por dos soluciones: prescribir un tratamiento sintomático, o bien remitirlo al hospital de referencia o a los servicios de apoyo. No es infrecuente que a una parte de estos pacientes se le diagnostique mal y

con el se inicie una cadena de consultas y prescripciones que, sin resolver el caso, generan el uso no justificado de servicios de atención primaria y/o hospitalario.

Segunda fase:

Detrás de lo que ve el médico. Un elevado porcentaje de pacientes con las características que se han descrito presentan problemas psicosociales. En la mayoría de las ocasiones, el enfermo no suele hacer comentarios acerca de los conflictos interpersonales, familiares o profesionales que lo afectan y, desafortunadamente, cuando lo hace no es atendido por su médico, ya que muchos profesionales consideran estos aspectos poco relevantes o incluso que su atención no es competencia del médico de familia.

Las manifestaciones clínicas mal definidas, molestias orgánicas no del todo claras, depresiones, crisis de ansiedad, pueden tener su origen en situaciones como alcoholismo y malos tratos, defunciones del padre o un hijo, situaciones laborales, conflictos económicos.

Tercera fase:

Lo que nunca se investiga y por lo tanto no conocemos es el origen y causa última de los problemas.

1.1.12 Los Pacientes hiperutilizadores en atención primaria.

La necesidad de salud desempeña el papel principal en la determinación de utilizar los servicios de salud, como señala Matthew referido por De la Revilla³, hay tres fases: la que se inicia con la necesidad, en forma de dolencia, malestar o enfermedad, la que sigue con la demanda, cuando el individuo considera que su necesidad requiere algún tipo de asistencia y la que finaliza al momento que recibe realmente la ayuda³.

La utilización de los servicios de atención primaria es una cuestión que interesa tanto a clínicos como a gestores: organización de la consulta, eficiencia clínica, planificación, gestión de los recursos materiales, humanos, calidad de la atención, satisfacción para el usuario y proveedor²⁹.

Diversos autores han estudiado de forma más concreta los factores relacionados con la sobreutilización de los servicios de salud en atención primaria por un cierto tipo de pacientes que son llamados hiperutilizadores. Estos factores que condicionan la utilización son: factores de demanda (frecuencia, utilización de maniobras diagnósticas, uso de recursos tecnológicos, íterconsultas, tramites burocráticos, prescripción de fármacos, etc.) sociodemográficos (edad, sexo, etnia, estado civil, ocupación, nivel educativo), la familia (estructura, ciclo vital, función y disfunción familiar, etc.), médicos (tipo de morbilidad, patologías crónicas, patologías psicosociales) y la organización de los servicios de salud^{1, .29.30.31,32}.

Se clasifica a los pacientes hiperutilizadores en base al uso de los servicios de salud, como hipo, normo e hiperutilizadores, de acuerdo con la frecuencia con la que utilizan los recursos.

El término de hiperutilizador se define de manera distinta no teniendo un criterio establecido en cuenta al número de visitas y características de su demanda, lo que constituye un problema metodológico²⁹.

Esto a ocasionado que bajo la percepción del médico se identifiquen pacientes que bajo los criterios del médico solicitan atención más frecuente que el resto de la población y cuya característica se ha intentado describir encontrando que tiene mayor frecuencia padecimientos crónico degenerativo y con predominio de adulto mayor, alteraciones en la funcionalidad familiar, malestar psíquico, y presencia de estrés laboral entre otros³³.

Es conocido que un pequeños grupos de pacientes, son los que demandan mayor volumen asistencial, y que alrededor del 75% de la población acude a su centro de salud en un año y el 100% en el plazo de 5 años²⁹.

En la búsqueda de explicaciones al fenómeno de la hiperutilización de acuerdo con el modelo de Smilkstein referido por De la Revilla²⁸, son por una parte, la falta de recursos familiares, el cual explica que las familias pasan de la normofunción a la disfunción, cuando ante una crisis, se carece de apoyo social, entonces, el paciente busca en el médico, de forma reiterada, el apoyo extrafamiliar que necesita. Por otra parte, la falta de comprensión del médico para relacionar una posible alteración de la funcionalidad familiar con la utilización de la consulta, lo que da lugar a un tratamiento sintomático que no resuelve el problema y con el tiempo a un rechazo del paciente por parte del médico que ve aumentada su consulta.

Algunos estudios intentan comprender al hiperutilizador mediante la creación un escenario que incluye las características de las interacciones basadas en la complejidad biomédica, psicosocial y la ausencia de entendimiento, es de importancia mencionar que en el ámbito psicosocial considera a las relaciones familiares como punto fundamental^{27,32,33}.

En un estudio realizado por De la Revilla²⁸ refiere que los individuos de familias normofuncionales van a consultar por procesos agudos que justifica su demanda, mientras que los pacientes procedentes de familias disfuncionales, consultan en mayor proporción por síntomas y signos mal definidos o problemas psicológicos generando hiperutilización de los servicios.

A partir de las revisión bibliográfica del tema, parece ser que la población con peor soporte social y disfunción familiar o conyugal tiene un mayor prevaencia de problemas de índole psicosocial que les induce a un consumo superior de servicios de salud.

1.2 Planteamiento del problema.

En las clínicas de Medicina Familiar se han detectado en la consulta diaria que existe cierto número de pacientes que acuden numerosas veces a consulta presentando síntomas no muy bien definidos, lo cual dificulta el establecimiento de un diagnóstico preciso y por tanto la posibilidad de brindar la atención requerida. Esto a lo largo ocasiona los siguientes problemas:

- 1- Insatisfacción de los pacientes.
- 2- No resolución del problema de salud.
- 3- Sobrecarga de consulta para el médico.
- 4- Gastos excesivos de recursos.

Varios autores han mencionado que estos problemas en la consulta pueden estar relacionada con disfunción familiar no detectada^{3,4,28}.

La funcionalidad de la familia es un elemento que el médico familiar debe de tener en cuenta para poder llevar a acabo los objetivos de su atención: la conservación de la salud, la anticipación de riesgo y la atención familiar³.

Dentro de la familia la funcionalidad de la pareja cobra importancia ya que constituye el pilar del núcleo familiar, es la unidad que produce, alimenta y educa a la siguiente generación⁴

Algunos autores coinciden que los problemas existentes en el seno de las parejas son capaces de generar patología orgánica en alguno de los miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia en solicitud de apoyo, pero sin exponer, salvo en raras ocasiones los problemas que han afectado la interacción conyugal^{3,5,8,20,27}.

El médico se enfrenta en muchas ocasiones a manifestaciones orgánicas, psíquicas y psicósomáticas sin poder realizar una investigación sobre los factores desencadenantes del origen del problema. Esto es importante, ya que como indica Good y Rerger referido por De la Revilla²⁸ un porcentaje elevado de motivos de consulta en atención primaria comprendidas entre el 30 y 60 % se debe a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis y disfunción familiar o conyugal.

Sin embargo De la Revilla²⁸ refiere la dificultad de detectar estos problemas, sugiriendo que puede utilizarse como indicadores de disfunción familiar o conyugal las siguientes variables:

- a) Utilización de los servicios de salud: Refiere que las familias normofuncionales van a consultar por procesos agudos que justifica su demanda, mientras que los pacientes procedentes de familias disfuncionales, consultan en mayor proporción por síntomas y signos mal definidos o problemas psicológicos generando hiperutilización de los servicios
- b) Motivos de consulta a los cuales los clasifica en cinco grupos:

1.- Procesos agudos

- Infecciones
- Traumatismos
- Intoxicaciones
- Reacciones alérgica
- Reagudización de enfermedades crónicas
- Otros

2.- Procesos crónicos

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- EPOC
- Otros.

3.- Salud mental

Enfermedades incluidas dentro de la clasificación de los trastornos mentales.

4.- Signos y síntomas mal definidos.

Problema de salud sin una base orgánica que los justifique que suelen manifestarse con multitud de síntomas que no podemos definir; entre los más frecuentes en nuestro medio mexicano son: cefaleas, insomnio, malestares gástricos, dolores musculares y otros.

5. Otros.

Para efectos de este trabajo en la Clínica de Medicina Familiar “ Dr Ignacio Chávez” del ISSSTE se solicitó información estadística sobre los principales motivos de demanda en el año 2003, obsérvense que las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas e infecciones de vías urinarias fueron los tres principales motivos que comprenden al primer grupo catalogado como procesos agudos de la clasificación propuesta por De la Revilla; la hipertensión arterial, la diabetes y la úlcera gástrica son la cuarta, quinta y sexta causa de consulta que se encuentran en el segundo grupo denominado procesos crónicos

Sin embargo en este reporte no están vertidos los padecimientos mentales que son reportados por el servicio de psicología de la unidad registrando como las principales causas de consulta: depresión y ansiedad entre otros, estas se catalogan en el tercer grupo de salud mental.

Igualmente se observa en servicio de psicología como en la consulta de los médicos pacientes hiperutilizadores que consultan por sintomatología mal definida no reportada como causa principal de consulta estos síntomas mal definidos entran el grupo cuatro.

El término de hiperutilizador se ha definido de manera distinta no teniendo un criterio establecido en cuanto al número de visitas y características de su demanda, lo que constituye un problema metodológico²⁹.

Para este trabajo se define como hiperutilizador aquel paciente que haya utilizado más de 5 veces los servicios médicos en un año, con sintomatología mal definida y además aquellos pacientes que a criterio personal del médico tratante sean definidos como hiperutilizadores.

Es difícil definir el criterio subjetivo del médico para calificar a un paciente como hiperutilizador, algunos refieren que pueden ser aquellos que además de lo anteriormente descrito les hablan por teléfono, los abordan en los pasillos y los interrumpen en su consulta sin justificación, esto son elementos que nunca se registran en un expediente clínico.

No se consideran pacientes hiperutilizador a aquel paciente con padecimientos crónicos ya establecidos y diagnosticados, que asistan sólo para control de los mismos.

No existen datos que nos orienten que en la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez, se hayan realizado investigaciones sobre pacientes hiperutilizadores, ni tampoco si estos se pudieran relacionar con alteraciones en la funcionalidad conyugal.

Por tal motivo se decidió tratar de detectar si existe disfunción conyugal en pacientes hiperutilizadores y su relación con los motivos de consulta, ya que el desconocimiento de estos aspectos dificulta establecer un diagnóstico en forma clara y oportuna al no contarse con indicadores o instrumentos de fácil aplicación que permitan relacionar el motivo de consulta con disfunción para evitar la sobreutilización de los servicios.

Debe mencionarse que no se trata de realizar diagnóstico de certeza sino servirá como tamizaje para detectar a las parejas disfuncionales y que estos tendrá que ser corroborado con la entrevista clínica.

1.3 Justificación.

En la clínica de medicina familiar del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez se realizó una revisión de trabajos de investigación en los últimos cinco años en donde no se encontró datos sobre esta línea de investigación.

En la consulta del médico familiar existen pacientes que acuden en demanda de atención refiriendo síntomas que no corresponden a un cuadro patológico específico, observándose que estos pacientes a pesar de recibir tratamiento siguen solicitando consulta y no resuelven al parecer sus problemas,. Esta situación genera una utilización exagerada de los servicios de salud y es muy difícil que el médico pueda relacionar estos síntomas con los factores desencadenantes, perdiéndose la oportunidad de conocer el origen del problema que muchas veces tiene como trasfondo la disfunción de pareja.

Al no estar definido el término hiperutilizador por los diferentes autores y lo poco práctico o imposible de definirlo en términos de consultas, una razón que justifica este trabajo es que la información que se obtenga va a servir para poder definir con más precisión las características del paciente hiperutilizador de la clínica Ignacio Chávez a partir de los datos tomados del expediente clínico, sus principales motivos de consulta, el perfil sociodemográfico que lo representa y tomando el criterio personal de cada médico.

Por lo tanto surge la inquietud de investigar la relación que pudiera existir entre los motivos de consulta y la existencia de una disfunción conyugal de los pacientes identificados como hiperutilizadores, aunque no de tipo causal

El médico familiar debe contar con indicadores o instrumentos de fácil aplicación dentro de su consulta diaria, para detectar una posible disfunción conyugal, aun cuando el paciente no la refiera o este enmascarada con sintomatología mal definida.

La detección oportuna de disfunción conyugal facilita el inicio del estudio clínico de la familia con las ventajas que ello conlleva, como es el establecimiento de acciones preventivas y atención más eficaz.

Igualmente mejorar la utilización de los servicios de salud evitando la hiperutilización de los mismos.

1.4 Objetivos generales y específicos.

Objetivo General

Relacionar la disfunción conyugal con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores que asisten a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE zona sur.

Objetivos Específicos

- Identificar a los pacientes hiperutilizadores adultos
- Conocer los principales motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores.
- Detectar si existe en los pacientes hiperutilizadores una posible disfunción conyugal a través de la aplicación del test de evaluación del funcionamiento del subsistema conyugal.
- Conocer las características sociodemográficas de la población estudiada
- Conocer la tipología familiar de las parejas
- Identificar las etapas del ciclo vital conyugal y familiar.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS.

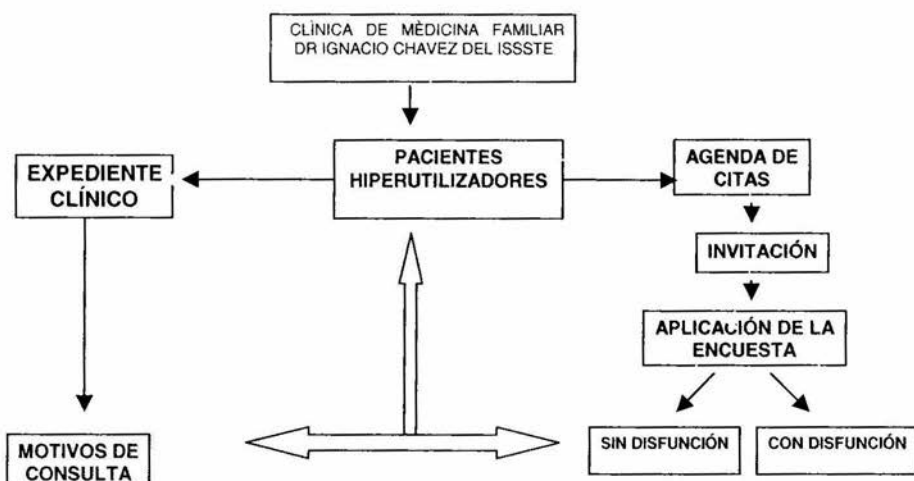
2.1. Tipo de estudio.

Descriptivo, transversal, retrospectivo y comparativo

2.2. Diseño de investigación del estudio.

Para el estudio se siguieron las recomendaciones del GTPI³⁵, para realizar proyectos de investigación.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO



El diagrama muestra el diseño del estudio; llevado a cabo en la clínica de medicina familiar. “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, se seleccionaron a los pacientes considerados como hiperutilizadores de acuerdo a ciertos criterios preestablecidos; se revisaron los expedientes de dichos pacientes para identificar los principales motivos de consulta, de igual forma se programa mediante una agenda de citas para realizarles una invitación y poder aplicar la encuesta de

detección de disfunción conyugal, según la puntuación obtenida de esta encuesta los pacientes fueron clasificados con o sin disfunción conyugal y posteriormente se relacionó con los motivos de consulta.

2.3. Población, lugar y tiempo.

Se incluyeron a los pacientes derechohabientes detectados como hiperutilizadores y que tenían una relación de pareja estable, durante los meses de mayo a julio del 2004, de la C.M.F. "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.

2.4. Muestra.

Muestra no probabilística, no representativa obtenida por cuotas de pacientes detectados como hiperutilizadores y con una relación de pareja estable pertenecientes a los consultorios de la C.M.F. "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE del turno matutino y vespertino.

Tamaño de la muestra: se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Se tomó un nivel de confianza de 90%, con un margen de error del 9%, y variabilidad del 0.60. Con lo que se determina un tamaño de la muestra de 80 pacientes.

2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión.

- Pacientes derechohabientes adultos de ambos sexos
- Pacientes catalogados como hiperutilizadores (ver definición operativa sección 2.7)
- Pacientes que tengan una relación estable de pareja

- Aceptación de participación al estudio.

Criterios de exclusión.

- Que no fueran derechohabientes de la clínica
- No cumplir con los criterios de hiperutilizadores
- No estar en una relación de pareja estable (solteros, viudos, divorciados, separados)
- Negativa a participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

- No encontrar el expediente clínico
- No completar el cuestionario.

2.6. Variables (Tipo y escala de medición)

Se estudiaron un total de 33 variables, las cuales se distribuyeron en 6 secciones:

- **Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria (1 variable)**
- **Sección 2: Ficha de identificación (12 variables)**
- **Sección 3: Tipología de la familia (3 variables)**
- **Sección 4: Test de evaluación del subsistema conyugal (13 variables)**
- **Sección 5: Motivos de consulta (1 variable)**
- **Sección 6: Utilización de los servicios de salud (3 variable)**

Las variables, su tipo y escala de medición se encuentran a continuación.

VARIABLES DEL ESTUDIO SOBRE DISFUNCIÓN CONYUGAL Y SU RELACIÓN CON LOS MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS PACIENTES HIPERUTILIZADORES.

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR QUE TOMAN LA VARIABLE O CODIGO
SECCION 2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN PIS2 Folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo Del 1 al 100
P2S2 Número de consultorio	Cuantitativa	Continua	Consultorio 1=1 Consultorio 8=8 Consultorio 2=2 Consultorio 9=9 Consultorio 3=3 Consultorio 10=16 Consultorio 4=4 Consultorio 11=17 Consultorio 5=5 Consultorio 12=20 Consultorio 6=6 Consultorio 13=21 Consultorio 7=7
Turno P3S2	Cualitativo	Nominal	1= Matutino 2= Vespertino
Sexo P4S2	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2 =Masculino
Número de integrantes de la familia P5S2	Cuantitativa	Discontinua	Valor de número de integrantes
Edad en años P6S2	Cuantitativa	Escalar	Edad en años Número enteros
Estado civil P7S2	Cuantitativa	Nominal	1=Casada 2=Viuda 3= Divorciados 4= Unión libre 5= Separada
Escolaridad P8S2	Cuantitativa	Continua	Número total de años de Estudio a partir de la primaria
Desarrollo familiar P9S2	Cualitativa	Nominal	1=Moderna 2=Tradicional. 2=Primitiva o arcaica
Ocupación P10S2	cualitativa	Nominal	1= Hogar 2= Jubilado/pensionado 3=Desempleado 4Subempleado 5=Estudiante 6=Estudia/ trabaja 7=Campesino 8=Artesano 9=Obrero 10=Chofer 11=Técnico 12=Empleado 13=Profesional 14=Artista 15=Comerciante 16=Empresario 17= Directivo 18=Otras ocupaciones
Número de hijos P11S2	Cuantitativa	Discontinua	Valor del número de hijos
Años de relación de pareja P12S2	Cuantitativa	Discontinua	Valor de número en años de relación de pareja
SECCION 3 TIPOLOGÍA FAMILIAR Tipología familiar según	Cualitativa	Nominal	1= Nuclear 2= extensa 3.= Extensa-compuesta

Geyman en base a su Estructura P13S3			
Etapa del ciclo vital de La familia P14S3	Cualitativa	Nominal	1= Matrimonio 2=Expansión 3=Dispersión 4=Independencia 5=Retiro o muerte
Etapa del ciclo vital de la pareja P15S3	Cualitativa	Nominal	1=Selección 2= Transición y adaptación 3=Reafirmación y paternidad 4=Diferenciación 5= Estabilización 6= Vejez, soledad y muerte
SECCIÓN 4 EVALUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL <i>PREGUNTAS DE: COMUNICACIÓN</i>			
a. Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente. P16S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca=0 Ocasional= 5 Siempre 10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia P17S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca=0 Ocasional= 5 Siempre 10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y no verbal P18S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 5 Siempre = 10
<i>PREGUNTAS DE: ROLES</i>			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican. P19S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja. P20S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja P21S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5
<i>PREGUNTAS DE: SATISFACCIÓN SEXUAL</i>			

a. Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales. P22S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 5 Siempre = 10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual P23S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 5 Siempre = 10
<i>PREGUNTA DE: AFECTO</i>			
Existe manifestaciones físicas de afecto en la pareja. P24S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante. P25S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5
c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja P26S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5
d. Percibe que es querido por su pareja P27S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5
<i>PREGUNTA DE: TOMA DE DEDICIONES</i>			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente P28S4	Cuantitativa	Escalar	Nunca = 0 Ocasional = 7.5 Siempre = 15
RESULTADOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL P29S4	Cuantitativa	Escalar	0-40 Pareja severamente disfuncional 41-70 Pareja moderadamente disfuncional. 71-100 Pareja funcional
SECCIÓN 5 MOTIVOS DE CONSULTA Motivo de consulta P1230S5	Cualitativa	Nominal	1=Procesos agudos 2=Procesos crónicos 3=Salud mental 4=Signos y síntomas mal definidos 5=Otros
SECCIÓN 6 UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Cuantitativa	Discontinua	Valor de número de consultas por años

Número de consulta al Año por el paciente P31S6			
¿Quién detecto a l paciente? P32S6	Cualitativa	Nominal	1= El médico en su consulta 2.=En archivo clínico 3= En el servicio de psicología
Criterio utilizado por el médico para definir al paciente hiperutilizador P33S6	Cualitativa	Nominal	1= Cumplir con los criterios previamente establecidos 2=Problemas laborales 3=Incapacidades frecuentes 4=Personalidad del pacientes 5=Problemas familiares 6=Falta de apoyo social

2.7. Definición conceptual y operativa de las variables.

Pacientes hiperutilizadores.

Fueron aquellos detectados por el médico de cada consultorio tomando en cuenta el número de visitas realizadas dentro de un año anterior al estudio. Se considero hiperutilizador aquel paciente que haya utilizado más de 5 veces un servicio médico en un año, con sintomatología mal definida y tomando en cuenta el criterio personal de cada médico, por que hay casos que el paciente habla por teléfono, aborda al médico en los pasillos o interrumpe su consulta, elementos que nunca se registran en un expediente clínico.

No se consideraron como hiperutilizadores a pacientes que tuvieran padecimientos concretos bien definidos ya diagnosticados que solo asistieron para un control del mismo.

Motivos de consulta.

La clasificación de los motivos de consulta será la que el médico haya diagnosticado y registrado en el expediente clínico conforme a la clasificación utilizada por De la Revilla²⁸:

1.- Procesos agudos.

Infecciones
Traumatismos
Intoxicaciones
Reacciones alérgica
Reagudización de enfermedades crónicas
Otros

2.- Procesos crónicos

Diabetes
Hipertensión arterial
EPOC
Otros.

3.- Salud mental

Enfermedades incluidas dentro de la clasificación de los trastornos mentales.

4.- Signos y síntomas mal definidos.

Problema de salud sin una base orgánica que los justifique que suelen manifestarse con multitud de síntomas que no podemos definir entre los más frecuentes entre en nuestro medio mexicano son: cefaleas inexplicables, insomnio, malestares gástricos, dolores musculares y otros.

5. Otros.

Clasificación de la familia

Para clasificar a la familia en base a su estructura, desarrollo y tipología se utilizó la definición descritas en el libro de Irigoyen³⁴.

- Estructura familiar.

La clasifica según los elementos que la constituyen y los lazos que los unen entre ellos en:

- a) Nuclear: Modelo de familia formado por padre, madre e hijos.
- b) Extensa: Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos.

c) Extensa compuesta: Además de los que incluye la familia, se adicionan otros miembros sin ningún nexo legal, o no consanguíneo.

- Desarrollo familiar.

El desarrollo de la familia según la aportación económica de los cónyuges y se clasifica en:

- a) Moderna: Característica que consiste en la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.
- b) Tradicional: El subsistema proveedor, casi siempre esta constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos.
- c) Primitiva o arcaica: Se refiere a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que elabora.

- Tipología de la familia

Desde el punto de vista tipológico según la ocupación de los padres se clasifica:

- a) Campesina
- b) Obrera
- c) Profesional

Etapas del ciclo familiar

La etapa del ciclo vital de la familia esquema propuesto por Geyman en 1980, referido por Irigoyen³⁴ es el que se utiliza con mayor frecuencia en México.

- a) Fase de matrimonio. Inicia cuando dos deciden vivir juntos y termina con la llegada del primer hijo.
- b) Fase de expansión. Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.

- c) Fase de dispersión. Todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.
- d) Fase de independencia. La pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias.
- e) Fase de retiro y muerte. Nido vacío o jubilación. incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos.

Etapas del ciclo vital de la pareja

Las etapas del ciclo vital de la pareja propuestas por Barragán referido por Díaz-Loving⁷ planteando seis etapas que comprenden desde el proceso por el cual los cónyuges se seleccionan, hasta la vejez y muerte: Cabe mencionar que no hay límites precisos entre una etapa y la otra, una sucede a la otra sin fronteras precisas. Dentro del estudio de cada etapa hay tres líneas alrededor de las cuales se resumen la interacción que constituye a una pareja. Dichas líneas son: Límites, intimidad y el poder.

- a) Selección. La selección se hace con base en necesidades básicas de cada miembro de la pareja y tiene duración variable.
- b) transición y adaptación. Los miembros de la pareja se enfrentan a la adaptación a un nuevo sistema de vida con hábitos, satisfacciones y demandas de su pareja.
- c) reafirmación como pareja y paternidad. Resolución de las dudas acerca de la adecuada elección del cónyuge y solución de la tarea de ser padre.
- d) Diferenciación y realización. Consolidación de la estabilidad del matrimonio y terminación de las dudas a cerca de la elección de pareja.
- e) Estabilización. Ambos miembros se encuentran en transición de la mitad de la vida, con una búsqueda de equilibrio entre las aspiraciones y los logros, con un re-ajuste de prioridades que conducen a una estabilización de ambos miembros de la pareja.

- f) Enfrentamiento con vejez, soledad y muerte. Estos eventos producen fuente de ansiedad para la pareja quien necesita apoyo y afecto mutuo, también de fuentes externas.

Funcionalidad conyugal

Para el estudio de la funcionalidad conyugal, se utilizará el test de evaluación del subsistema conyugal propuesta por Chávez⁴, que consta de 5 preguntas evaluando las funciones:

Comunicación.

- a) Clara
- b) Directa
- c) Congruente

Adjudicación y Asunción de roles.

- a) Congruencia
- b) Satisfacción
- c) Flexibilidad.

Satisfacción sexual.

- a) Frecuencia
- b) Satisfacción

Afecto.

- a) Manifestaciones físicas
- b) Calidad de convivencia
- c) Interés por el desarrollo de la pareja
- d) Reciprocidad

Toma de decisiones.

- a) Conjunta
- b) Individual

El valor de las respuestas de los ítem del cuestionario aplicado a los sujetos de estudio: nunca = 0, ocasional = 2.5 a 5, siempre = 5 a 10 la suma de los valores totales del ítem , clasificándola con sigue:

- 0-40 Parejas severamente disfuncional
- 41-70 Parejas moderadamente disfuncional
- 71-100 Parejas funcionales.

2.8. Diseño estadístico

1.- ¿Cuál fue el propósito estadístico de la investigación?

Relacionar los motivos de consulta, la hiperutilización de los servicios de salud con la disfunción conyugal.

2.- ¿Cuántos grupos se investigaron?

Uno, el de pacientes hiperutilizadores con una relación de pareja estable

3.- ¿Cuántas mediciones se realizaron en la unidad de muestreo?

Se aplicó la encuesta una sola vez, dicha aplicación se llevo a cabo en forma independiente.

4.- ¿Qué tipo de variables fueron medidas?

Cuantitativas y cualitativas

5.- ¿Qué escala de medición se utilizó?

Para las variables cuantitativas se utilizo escala discreta y continua, para las variables cualitativas se utilizo nominal y ordinal.

6.- ¿Qué distribución presentarán los datos obtenidos?

Las variables cuantitativas, distribución paramétrica.

Las variables cualitativas, con distribución no paramétrica.

7.- ¿Qué tipo de muestra es la que se investigo?

No aleatoria, con un muestreo por cuotas.

2.9. Instrumento de recolección de datos.

ENCUESTA. La cual fue un instrumento creado para lograr los propósitos específicos de la investigación.

La cual consta de seis secciones:

- **Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria (1 variable)**
- **Sección 2: Ficha de identificación (12 variables)**
- **Sección 3: Tipología de la familia (3 variables)**
- **Sección 4: Test de evaluación del subsistema conyugal (13 variables)**
- **Sección 5: Motivos de consulta (1 variable)**
- **Sección 6: Utilización de los servicios de salud (3 variable)**

La encuesta se muestra a continuación.

1.- CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Consentimiento para participación en la encuesta "**Disfunción en el sistema conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores que asisten a una unidad de medicina familiar del ISSSTE**". Esta investigación tiene autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial y será obtenida de manera voluntaria. Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. Del mismo modo, si usted se siente en algún momento herido, lastimado o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted terminando así su valiosa colaboración.

La información obtenida será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

El cuestionario se contesta aproximadamente en 20 minutos, no existen preguntas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted contestar el cuestionario? Si--- No ---

Muchas gracias por su participación

2.- FICHA DE IDENTIFICACION

	Fecha	Folio
Familia	No de Exp	Cónsul./ Turno

No.	Nombre	Edad	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación

3.- TIPOLOGIA FAMILIAR

Años de casados:	No de hijos:

Tipo de familia	1.Nuclear () 2.Extensa () Extensa compuesta ()
Etapas del ciclo vital de la familia	1. Matrimonio.() 2 Expansión (). 3 Dispersión () 4. Independencia. () 5. Retiro y muerte ()
Etapas del ciclo vital de la pareja	1.Selección () 2.Transición y adaptación () 3. Reafirmación y paternidad () 4. Diferenciación () 5.Estabilización () 6.vejez, soledad y muerte ()

4.- TEST EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIÓN		NUNCA	OCASIONAL	SIMPRE	EL	ELLA
COMUNICACIÓN	a. Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente.	0	5	10		
	b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10		
	c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	0	5	10		
ROLES	a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.	0	2.5	5		
	b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	0	2.5	5		
	c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.	0	2.5	5		
SATISFACCIÓN SEXUAL	a. Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales.	0	5	10		
	b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10		
AFECTO	a. Existe manifestaciones físicas de afecto en la pareja.	0	2.5	5		
	b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.	0	2.5	5		
	c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.	0	2.5	5		
	d. Percibe que son queridos por su pareja.	0	2.5	5		
TOMA DE DECISIONES	a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15		
TOTALES						

0 - 40 PAREJAS SEVERAMENTE DISFUNCIONA
 41- 70 PAREJAS MODERADAMENTE DISFUNCIONAL.
 71-100 PAREJA FUNCIONAL.

5.- MOTIVOS DE CONSULTA

Motivo de consulta

6.- UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

¿Quién detecto al paciente? 1.- El médico en su consulta 2.- En archivo clínico 3.- En el servicio de psicología

Número de consultas al año por el paciente

Criterio utilizado por el médico para definir al paciente hiperutilizador

2.10. Método de recolección de datos.

En la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, se calculó una muestra de 100 pacientes con un nivel de confianza de 95%, con un margen de error del 10% y variabilidad del 0.5, Fue obtenida de manera no aleatoria, y por lo tanto no es representativa.

Previamente se tomó una muestra de 15 pacientes para realizar la prueba piloto del estudio, para lo cual se contó con la autorización de la dirección de la unidad y registro oficial del protocolo de investigación.

Se solicitó a los médicos ascritos a la consulta diaria identificar a los pacientes hiperutilizadores con los siguientes criterios:

- a) El número de visitas realizadas por el paciente, más de 5 veces dentro de un año anterior al estudio con sintomatología mal definida.
- b) Aquellos que a criterio del médico eran definidos como hiperutilizadores pidiéndoles que escribieran su juicio por el que catalogaban al paciente en la hoja de concentración de los mismos, ya que hay casos que el paciente habla por teléfono, aborda al médico en los pasillos o interrumpe su consulta, elementos que nunca se registran en un expediente clínico.

Una vez identificados a los pacientes hiperutilizadores se realizó un listado para localizar el expediente clínico, registrar los motivos de consulta y elaborar una agenda de citas.

Posteriormente se invitó por vía telefónica o detección directa por medio de la hoja diaria de citas, al paciente identificado para aplicar el cuestionario, también invitando a su pareja.

Cuando los pacientes aceptaron se les informó sobre las características de la investigación y se procedió a llenar el instrumento de recolección de datos, en primer lugar el paciente leía el consentimiento de participación voluntaria, si corroboraba su aceptación se interrogaba, la ficha de identificación, tipología de la familia y por último se aplicaba el test de evaluación del funcionamiento del subsistema conyugal. Finalmente al término de la encuesta se le agradecía al paciente su colaboración.

Se siguió la técnica de entrevista dirigida, realizándola en ocasiones en la sala de espera o en el consultorio. La información fue obtenida por la autora de este trabajo, con ayuda de dos residentes de 1º y 3º año de la especialidad en medicina Familiar de la clínica sede en estudio, previa capacitación de los mismos para aplicar el instrumento en la prueba piloto.

Finalmente con la información obtenida se diseñó una base de datos y se utilizó el programa SPSS, para almacenar la información adecuadamente y hacer su análisis estadístico.

2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos

Control de sesgos

- Sesgo de información. Al derechohabiente se le dio cierta privacidad y tiempo, para no sentirse observado y contestar lo más honesto posible.
- Sesgo de medición. Previa capacitación de dos residentes de primer y tercer años en la prueba piloto, se procedió a la aplicación y llenado del cuestionario.
- Sesgos de selección. Se reconoce que este tipo de sesgos es inevitable ya que fue una muestra no aleatoria ni representativa.
- Sesgos de captura de información. La autora recibió la capacitación pertinente para almacenar la información en el programa SPSS, la capacitación fue impartida por el asesor del trabajo.

2.12. Prueba piloto.

Se hizo una prueba piloto en la cual se aplicaron 15 encuestas, utilizando la técnica de entrevista dirigida en la cual participaron la autora y dos residentes, con los resultados de esta prueba no fue necesario hacer correcciones a la prueba.

2.13. Procedimiento estadístico

Plan de codificación de datos.

Se realizó un análisis descriptivo.

Se constituyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS para lo cual se utilizó una estructura que se presenta a continuación.

Nombre de la variable (ocho caracteres)	Tipo N=número S=cadena (nombre)	Ancho de la columna Enteros Decimales		Etiqueta Nombre completo de la variable	Valores que toma La variable CODIGOS	Escala de medición S= Continua o escalar O= Ordinaria N= Nominal
Sección 2						
Folio	N	3	0	Numero de folio	Número consecutivo	S
P2S2	N	3	0	Consultorio	Números enteros	S
P3S2	N	3	0	Turno	1= Matutino 2= Vespertino	N
P4S2	N	3	4	Sexo	1= Femenino 2= Masculino	N
P5S2	N	3	0	Número de integrantes de la familia	Número consecutivo	S
P6S2	N	3	0	Edad en años	Número consecutivo	S
P7S2	N	3	0	Estado Civil	1- casada(o) 2- Viuda(o) 3- Divorciada(o) 4- Unión libre 5- Separada(o)	N
P8S2	N	3	0	Escolaridad	Número de años a partir de la primaria	S
P9S2	N	3	0	Desarrollo familiar	1= Moderna 2= Tradicional 3= Primitiva o arcaica	N
P10S2	N	3	0	Ocupación	1= Hogar 2= Jubilado/pensionado 3= Desempleado 4= Subempleado 5= Estudiante 6= Estudia/ trabaja 7= Campesino 8= Artesano 9= Obrero 10= Chofer 11= Técnico 12= Empleado 13= Profesional 14= Artista 15= Comerciante 16= Empresario 17= Directivo 18= Otras ocupaciones	N
P11S2	N	3	0	Número de hijos	Número de hijos	S
P12S2	N	3	0	Años de relación de pareja	Número de años	S
SECCION 3						
P13S3	N	3	0	Tipología familiar en base a su estructura según Geyman	1= Nuclear 2= extensa 3= Extensa-compuesta	N
P14S3	N	3	0	Etapas del ciclo vital de la familia	1= Matrimonio 2= Expansión 3= Dispersión 4= Independencia 5= Retiro o muerte	N

P15S3	N	3	0	Etapas del ciclo vital de la pareja	1=Selección 2= Transición y adaptación 3=Reafirmación y paternidad 4=Diferenciación 5= Estabilización 6= Vejez, soledad y muerte	N
SECCION 4 P16S4	N	3	0	PREGUNTA DE COMUNICACIÓN a. Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	Nunca=0 Ocasional= 5 Siempre 10	S
P17S4	N	3	0	b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	Nunca=0 Ocasional= 5 Siempre 10	S
P18S4	N	3	0	c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y no verbal	Nunca = 0 Ocasional = 5 Siempre = 10	S
P19S4	N	3	0	PREGUNTAS DE: ROLES a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5	S
P20S4	N	3	0	b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5	S
P21S4	N	3	0	c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5	S
P22S4	N	3	0	PREGUNTAS DE: SATISFACCIÓN SEXUAL a. Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales.	Nunca = 0 Ocasional = 5 Siempre = 10	S
P23S4	N	3	0	b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	Nunca = 0 Ocasional = 5 Siempre = 10	S
P24S4	N	3	0	PREGUNTA DE: AFECTO a. Existe manifestación físicas de afecto en la pareja	Nunca = 0 Ocasional = 2.5 Siempre = 5	S

P25S4	N	3	0	b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.	Nunca = 0 Ocasional = 2,5 Siempre = 5	S
P26S4	N	3	0	c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	Nunca = 0 Ocasional = 2,5 Siempre = 5	S
P27S4	N	3	0	d. Percibe que es querido por su pareja	Nunca = 0 Ocasional = 2,5 Siempre = 5	S
P28S4	N	3	0	PREGUNTA DE: TOMA DE DECISIONES a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	Nunca = 0 Ocasional = 7,5 Siempre = 15	S
P29S4	N	3	0	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE L SUBSISTEMA CONYUGAL	0-40 Pareja severamente disfuncional 41-70 Pareja Moderadamente disfuncional 71-100 Pareja funcional	S
SECCION 5 P30S5	N	3	0	MOTIVOS DE CONSULTA	1=Procesos agudos 2=Procesos crónicos 3=Salud mental 4=Signos y síntomas definidos 5=Otros	N
SECCION 6 P31S6	N	3	0	UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD Número de consulta realizadas al año por el paciente	Número de consultas	S
P32S6	N	3	0	¿Quién detecto a l paciente?	1= El médico en su consulta 2= En archivo clínico 3= En el servicio de psicología	N
P33S6	N	3	0	Criterio utilizado por el médico para definir al paciente hiperutilizador	1= cumplir los criterios preteviamente establecidos 2=Incapacidades frecuentes. 3= Otros	N

2.14 Cronograma

2003

2004

ACTIVIDAD	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09
PLANTACIÓN DEL PROYECTO	---																
MARCO TEÓRICO		---	---	---	---	---	---	---	---								
MATERIAL Y MÉTODOS									---	---	---	---					
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN														---			
PRUEBA PILOTO													---				
EJECUCIÓN DEL PROYECTO													---				
RECOLECCIÓN DE DATOS													---	---	---		
ALMACENAMIENTO LOS DATOS														---	---		
ANÁLISIS DE LOS DATOS																	---
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS																	---
DISCUSIÓN DE RESULTADOS																	---
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO																	---
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL																	---
REPORTE FINAL																	---
AUTORIZACIONES																	---
IMPRESIÓN DEL TRABAJO FINAL																	---
SOLUCITUD DE EXAMEN DE TESIS																	---

2.15 Recursos humanos, materiales físicos y financieros del estudio

Para obtener la información se necesito la ayuda de los médicos adscritos a su consultorio y de dos residentes de primer y tercer año de la especialidad en medicina familiar, utilizando recursos materiales como son: disquetes computadora de escritorio, bolígrafo, fotocopias, lápices, borradores de lápices etc.

Utilizando recursos físicos dentro de los cuales se encuentra las salas de espera y consultorio disponible de la clínica.

El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la autora de la tesis

2.16 Consideraciones éticas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la salud, vigente en nuestro país³⁶, el presente trabajo se apega al titulo segundo, capitulo 1, articulo 17, categoría 1, sobre “ investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participan en el estudio, únicamente aportan datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participa seres humanos contenidos en la declaración de “ Helsinki” de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en Octubre 2000³⁷. Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada persona que se le invitaba a participar. Dicho texto se incluye en la sección 1 del instrumento.

3.- RESULTADOS.

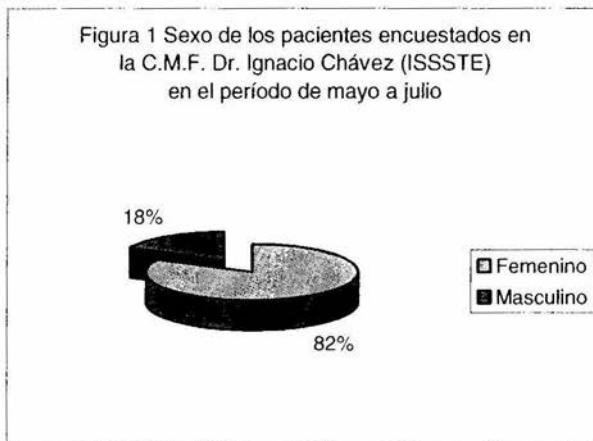
Se aplicaron 80 encuestas a derechohabientes de la C.M.F. "Dr. Ignacio Chávez" durante los meses de mayo a julio del 2004.

Se obtuvo información de 12 consultorios de la unidad médica; el número de pacientes varió desde 2 hasta 17 por consultorio.

El 41.2% de las encuestas se realizaron en el turno matutino y 58.8% en el turno vespertino.

3.1. Sexo.

En la figura 1. Se muestra la distribución según el sexo.



Fuente: Encuestas realizadas n=80

3.2 Número de integrantes de la familia.

El número de integrantes de la familia fue de 2 como mínimo y hasta 8 integrantes como máximo; el promedio fue 4.4 integrantes con desviación estándar de 1.074.

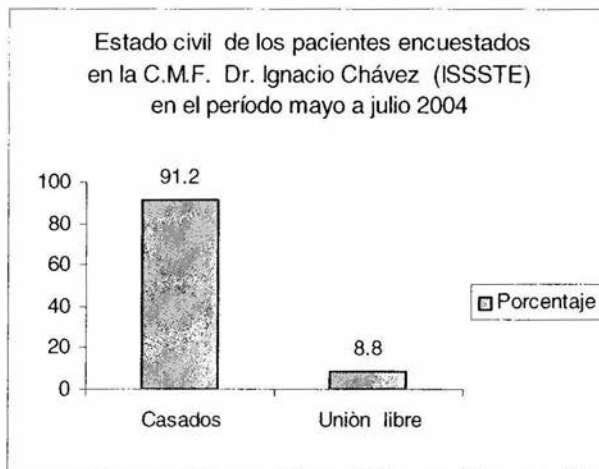
3.3. Edad.

Respecto a la edad se encontró un promedio de 47.5 años, desviación estándar de 10.7 y mínimo de 25 y máximo de 72 años.

3.4. Estado civil.

El estado civil mostró mayor porcentaje de personas casados como se indica en la figura 2.

Figura 2



Fuente: Encuestas realizadas n=80

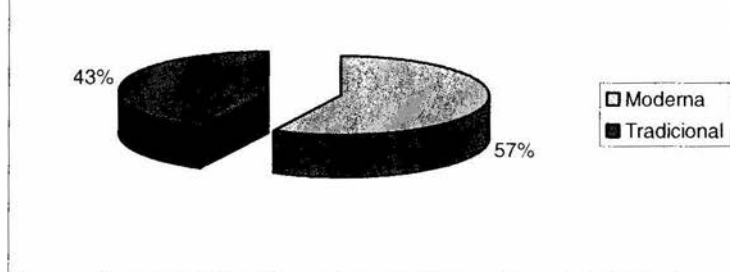
3.5. Escolaridad.

La escolaridad encontrada en los pacientes encuestados fue de 6 años como mínimo y máximo 18 años con una desviación estándar 3.4.

3.6. Desarrollo familiar.

Con respecto al desarrollo familiar los resultados se muestran en la figura 3.

Figura 3. Desarrollo familiar de los pacientes encuestados de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE) en el período de mayo a julio del 2004



Fuente: Encuestas realizadas n=80

3.7. Ocupación.

La ocupación de los pacientes encuestados en su mayoría eran profesionales, seguida del hogar y empleada (o), la frecuencia y porcentaje se muestran en el cuadro 5.

Cuadro 5

Ocupación de los pacientes encuestados de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez del (ISSSTE) en el período de mayo a Julio del 2004.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	26	32.5 %
Hogar	20	25.0 %
Empleado	18	22.5 %
Otras ocupaciones	7	8.8 %
Jubilados / pensionados	5	6.3 %
Técnico	3	3.8 %
Comerciante	1	1.3 %
Total	80	100 %

Fuente: Encuestas realizadas. n= 80

3.8. Número de hijos

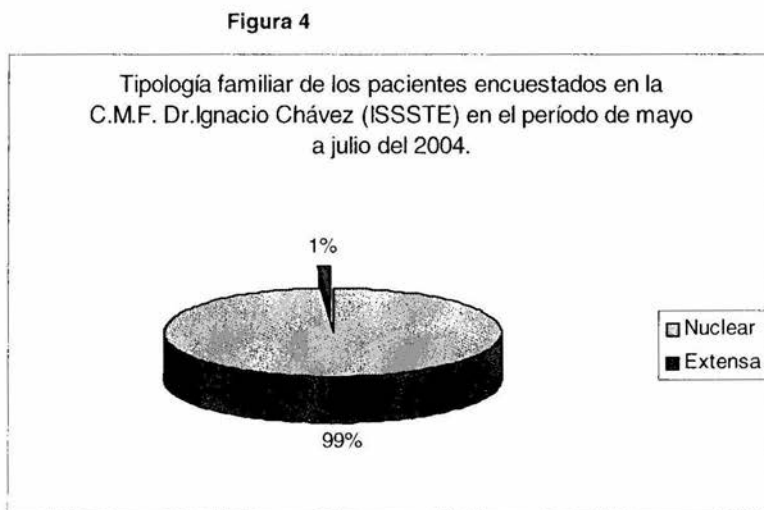
El número de hijos de las familias encuestas fue de 0 como mínimo y máximo 6, el promedio fue 2.3 hijos con desviación estándar de 1.097.

3.9. Años de relación de pareja.

En cuanto a los años de relación de pareja, se encontró un mínimo de 2 años con un máximo de 52 años, el promedio fue de 23.8 años y una desviación estándar de 10.7.

3.10. Tipología familiar en base a su estructura según Geyman.

En la figura 4 se muestra la distribución según tipología familiar

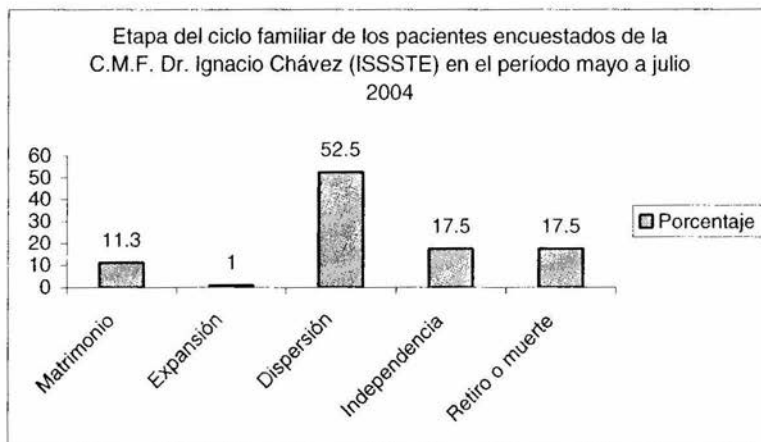


Fuente: Encuestas realizadas n=80

3.11. Etapa del ciclo vital familiar y de pareja.

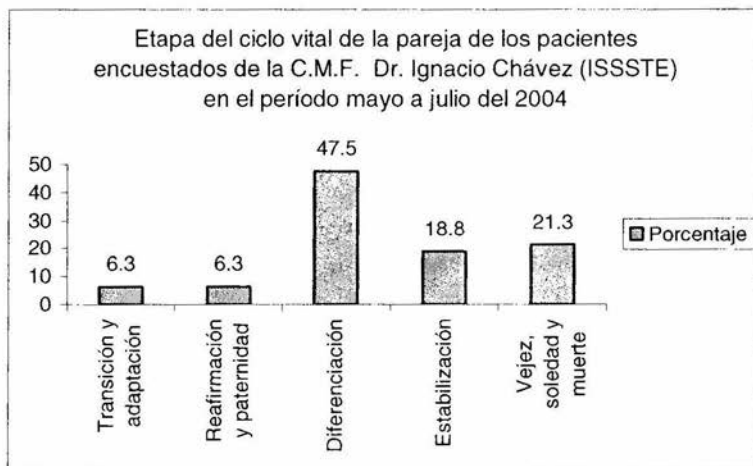
Por lo que respecta a la etapa del ciclo vital familiar y de pareja la información se muestra en la figura 5 y 6 respectivamente.

Figura 5



Fuente: Encuestas realizadas n= 80

Figura 6



Fuente: Encuestas realizadas n= 80

3.12 Test de evaluación de la funcionalidad conyugal.

3.12.1 Función de comunicación.

La pregunta: ¿Cuándo quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente? un 32.5% respondió ocasional y un 67.5% siempre.

La pregunta ¿La pareja expresa claramente los mensajes que intercambian? en un 50% respondió ocasional y un 50% siempre.

La pregunta ¿Existe congruencia con la comunicación verbal y no verbal? En un 87.5% contestó que ocasional y un 12.5% siempre.

3.12.2 Función de Roles.

En el parámetros ¿La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican? un 71% respondió que siempre, el 27.5% ocasional y el 1.3% nunca.

En el parámetro ¿Son satisfactorios los roles que asume la pareja? un 71.3% respondió que siempre, un 27.5% ocasional y un 1.3% nunca.

En el parámetro ¿Se propicia el intercambio de roles entre la pareja? un 26.2% contestó que ocasional y un 73.8% siempre.

3.12.3 Función Satisfacción sexual.

En la pregunta ¿Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales? el 60% respondió que siempre, un 33.7% ocasional y un 6.3% nunca.

En la pregunta ¿Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual? el 31.3% contestó que siempre, el 55% ocasional y el 13.7% nunca.

3.12.4 Función de Afecto.

En la pregunta ¿Existe manifestaciones físicas de afecto en la pareja? el 53.8% respondió siempre y el 46.2% ocasional.

En la pregunta ¿El tiempo que se dedica la pareja es gratificante? el 20% respondió que siempre y el 80% ocasional.

En la pregunta ¿Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja? se obtuvo que el 48.8% contestó siempre, el 50% ocasional y el 1.3% nunca.

En la pregunta ¿Percibe que es querido por su pareja un 53.8% contesto siempre y un 46.2% ocasional.

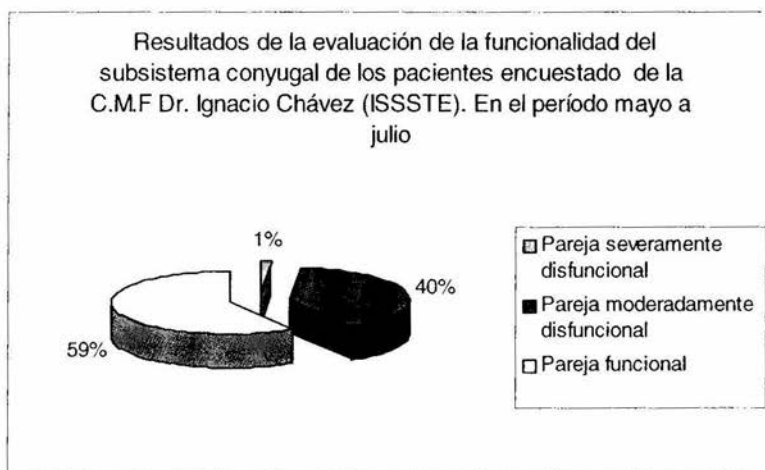
3.12.5. Función de toma de dediciones.

La pregunta ¿las dediciones importantes para la pareja se toman conjuntamente? el 53.7% respondió que siempre y el 46.3% ocasional.

3.12.6 Resultados de la evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal.

Al aplicar el test de la funcionalidad conyugal a 80 pacientes los resultados se muestran en la figura 7.

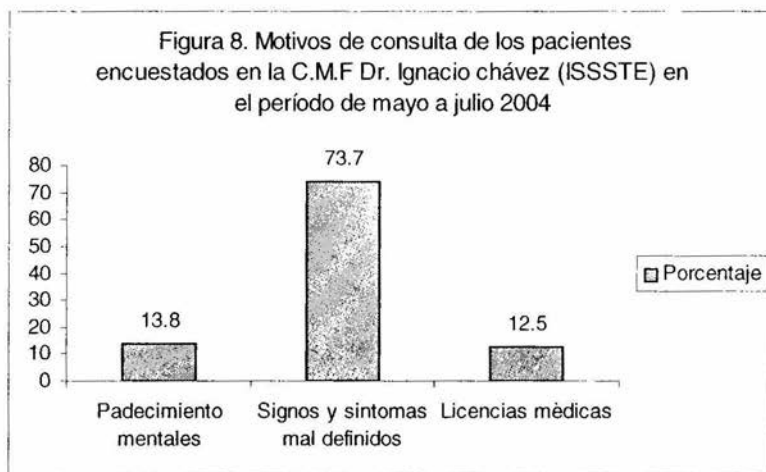
Figura 7



Fuente: Encuestas realizadas n=80

3.13. Motivos de consulta.

En relación a los motivos de consulta de los pacientes encuestados aparecen en la figura 8 los resultados obtenidos.



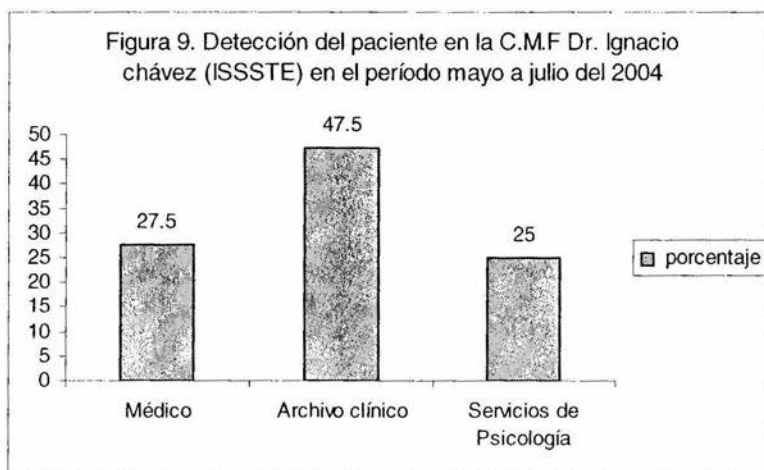
Fuente: Encuestas realizadas n=80

3.14 Número de consultas realizadas al año por el paciente.

El número de consultas realizadas por el paciente fue de 6 como mínimo y 15 la máxima; el promedio obtenido fue 8.1 consultas con desviación estándar 1.888.

3.15 Detección del paciente

Con respecto a la información obtenida de quien detecto al paciente se muestra en la figura 9.

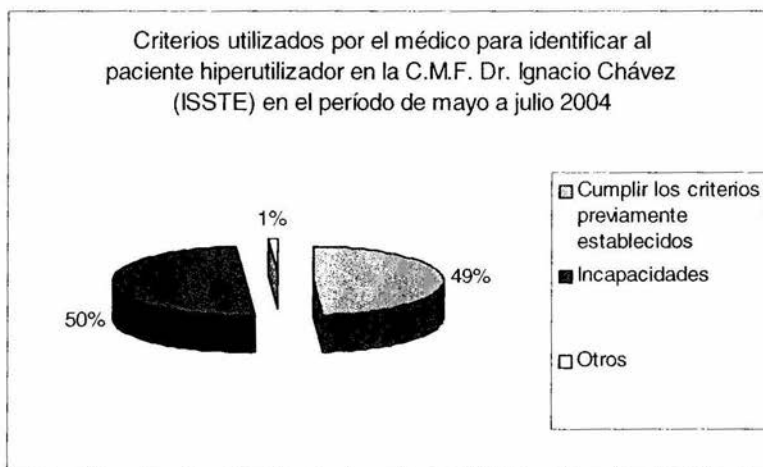


Fuente: encuestas realizadas n=80

3.16 Criterios utilizados para identificar al paciente hiperutilizador.

Los criterios utilizados para identificar al paciente hiperutilizador se muestran en la figura 10.

Figura 10



Fuente: Encuestas realizadas n= 80

3.17. Relación entre la funcionalidad conyugal y los motivos de consulta.

Para saber si existía asociación entre motivos de consulta y los resultados obtenidos en la evaluación de funcionalidad del subsistema conyugal, se hicieron tablas cruzadas comparando las parejas moderadamente disfuncionales y las parejas funcionales contra los motivos de consulta, agrupados en salud mental, síntomas y signos mal definidos y licencias médicas los resultados se muestran en los cuadros 6,7 y 8.

Cuadro 6

Funcionalidad conyugal y motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores de la C.M.F Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE) en el período mayo a julio del 2004.

	Padecimientos mentales	Síntomas y signos Mal definidos	Total
Parejas moderadamente disfuncionales	5	27	32
Parejas funcionales	5	32	37
Total	10	59	69

Fuente: Encuestas realizadas

Ji Cuadrada= 0.06 p= 0.80 n.s.

Como se observa en el cuadro 6, no se encontró diferencia significativa entre los dos grupos de padecimientos mentales y signos y síntomas mal definidos respecto a la presencia de disfunción conyugal.

En el cuadro 7. Se observa que si existe diferencia significativa entre los grupos de padecimientos mentales y licencias médicas respecto a la funcionalidad ya que las parejas funcionales acuden más por licencias médicas y las parejas moderadamente disfuncionales acuden con padecimientos mentales.

Cuadro 7

Funcionalidad conyugal y motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores de la C.M.F Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE) en el período mayo a julio del 2004.

	Padecimientos mentales	Licencias medicas	Total
Parejas moderadamente disfuncionales	5	0	5
Parejas funcionales	5	10	15
Total	10	10	20

Fuente: Encuestas realizadas.

Prueba exacta de Fisher $p= 0.03$

En el cuadro 8. Se muestra que si hay diferencias significativas entre los pacientes hiperutilizadores que acuden por síntomas y signos mal definidos contra los que piden licencias médicas, observando que las parejas funcionales piden más licencias médicas que las parejas moderadamente disfuncionales.

Cuadro 8

Funcionalidad conyugal y motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores de la C.M.F Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE) en el período mayo a julio del 2004.

	Síntomas y signos Mal definidos	Licencias medicas	Total
Parejas moderadamente disfuncionales	27	0	27
Parejas funcionales	32	10	42
Total	59	10	69

Fuente: Encuestas realizadas.

Prueba exacta de Fisher $p= 0.004$

4.- DISCUSIÓN.

Con los resultados obtenidos se puede definir el perfil de los pacientes hiperutilizadores en la población estudiada de la C.M.F. "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE en el periodo comprendido mayo a julio del 2004. El perfil se define a continuación: en un 82% el paciente hiperutilizador es mujer, con una edad promedio de 47.5 años, en 72% es casada, en 57% pertenece a una familia nuclear, 57% tiene una actividad profesional o se dedica al hogar, pertenece a una familia nuclear en su mayoría con 4 integrantes, con respecto a la etapa del ciclo vital familiar se encuentra en dispersión y en cuanto al ciclo vital de la pareja se encuentra en su mayor parte en la diferenciación. Estos resultados son semejantes con los estudios realizados por De la Revilla²⁸, Llorantes Alvarez³⁰, Juárez Márquez³³, y Rubio³².

Al aplicar el instrumento para evaluar la funcionalidad conyugal, se detectó que las parejas funcionales ocupan un 58.8% y las parejas moderadamente disfuncionales 40% y solo una pareja disfuncional. En la mayoría de la bibliografía revisada se estudió la funcionalidad familiar de los pacientes hiperutilizadores aplicando el Apgar familiar obteniendo resultados semejantes a nuestro estudio.

La disfunción conyugal (1.3%) es muy inferior a la encontrada en otros estudios^{29,32,33}, en los que llega a estar presente en el 77% incluso autores encuentran disfunción en el 21 % de la población general. Creemos que la causa de este bajo porcentaje está relacionado con una falta de sinceridad al responder el cuestionario, ya que siendo la situación familiar de los sujetos sobradamente conocida como disfunción por el departamento de psicología, las respuestas dadas por el encuestado acerca de su relación conyugal no correspondía con la realidad.

A pesar de que el instrumento utilizado para estudiar la funcionalidad conyugal no es diagnóstico, es útil para detectar aquellas parejas que se sospeche una disfunción.

Los datos que se deducen del análisis del motivo de consulta el 73.8% de los pacientes hiperutilizadores acudieron por síntomas y signos mal definidos de los cuales pertenecen a parejas moderadamente disfuncionales lo cual implica que debe poner alerta al médico familiar a estudiar la funcionalidad conyugal evidenciado porque la

población estudiada están en una relación de pareja que pudiera explicar dicha sintomatología y por otra parte las parejas funcionales acuden por licencia médica esto puede modificar la percepción de salud relacionada con la conducta médica.

En el estudio realizado por Fuentes³¹ refiere que los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores fueron predominantemente por motivos burocráticos entre ellos las licencias médicas, seguida de patología mental y síntomas y signos mal definidos.

Cabe mencionar que es importante diferenciar el tipo de visita realizada por el paciente ya que en la bibliografía consultada involucraron a patología crónica degenerativa o se comparo con los pacientes no hiperutilizadores, en nuestro estudio no se tomo en cuenta estos aspectos.

En este trabajo el número de visitas realizadas por el paciente hiperutilizador fue estudiada de forma retrospectiva correspondiendo a 8 consultas por año, está es la primera evidencia realizada en esta unidad clínica del número de consultas, que puede ser usado como un parámetro de referencia para futuros trabajos.

En los estudios realizados por Rubio considera 7 visitas espontáneas, De la Revilla²⁸ considera 9 visitas al año, Lorante³⁰ considera aquel paciente que consulta un número de veces superior al percentil 75 según la distribución de frecuencia de consultas, considerando en su estudio el punto de corte que correspondió a 6 o más consultas al año.

Un criterio utilizado por el médico para identificar al paciente hiperutilizador fue el número de incapacidades que se otorgó al paciente, este indicador constituye el 50% de los criterios identificados por los médicos, alejándose de los criterios previamente establecidos para detectar al paciente hiperutilizador, cabe mencionar que depende del sistema de salud que brinda atención.

La limitación fundamental de este trabajo en cuanto a los resultados obtenidos no se pueden generalizar, porque el muestreo no fue aleatorio; fue por pacientes elegidos por el médico, o por cumplir los criterios previamente establecidos para el estudio.

4.1. Aplicación práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la familia.

El perfil del médico familiar se enfoca en la atención del individuo, la familia, su comunidad y realizar un trabajo en equipo, además de realizar actividades docentes o de investigación, una parte muy importante es la de realizar prevención y anticipación de riesgo.

El médico familiar es el primer contacto que tiene un paciente en el primer nivel de atención, es fundamental aprovechar cada consulta para realizar prevención, realizar un interrogatorio dirigido para conocer cual es el impacto real de su padecimiento en su entorno biosicosocial

La utilización de los servicios de atención primaria corresponde a la expresión de una necesidad en materia de salud. Desde este punto de vista, el análisis de sus indicadores interesa tanto a los gestores que determinan el tipo y cantidad de recursos a asignar, como al médico familiar principal proveedor de dicho servicio.

Determinar la importancia de los factores como son: individuo (necesidades, factores sociodemográficos), la familia (estructura, ciclo vital, funcionalidad), el médico y la organización, puede suponer un punto de partida para posibles cambios de actuación y planificación tendientes a racionalizar la utilización de las consultas de demanda.

Un tema importante que no debe olvidar el médico familiar es el estudio de la vida familiar y de pareja piedra angular de la especialidad. La detección de parejas con un grado de disfunción facilita el inicio del estudio clínico de la familia con las ventajas que ello con lleva, como es el establecimiento de acciones preventivas y atención más eficaz.

5.- CONCLUSIONES.

En este trabajo se logro identificar el perfil de los pacientes hiperutilizadores y además en su mayoría acuden por signos y síntomas mal definidos en promedio acuden en 8 ocasiones al año, las parejas hiperutilizadores funcionales solicitan más incapacidades que las parejas disfuncionales hay que estudiar a fondo el tipo de padecimiento y estudiar otros aspectos como estrés laboral, o crisis psicosiales y no solo relacionar la disfunción conyugal como agente causal.

Como aplicación práctica fundamental consideramos que el médico familiar debe diagnosticar e identificar al paciente hiperutilizador en forma integral y sencilla abordarlo con un enfoque biopsicosocial con modificación en la relación médico paciente para que exprese sus quejas y el motivo real que origino su demanda en atención primaria para disminuir la carga de trabajo en la consulta del médico familiar Igualmente mejorar la utilización de los servicios de salud evitando la hiperutilización de los mismos.

El estudio de la vida familiar y de pareja en la actualidad ofrece, por tanto, un campo extraordinariamente rico para los profesionales que se dediquen a su atención, así como de la investigación psicosocial, requiere de herramientas que le permitan, al mismo tiempo, tener una visión panorámica sobre los procesos de la vida social que inciden en los fenómenos de pareja, los procesos de la vida en pareja que funcionan en el interior de cada núcleo como organización específica y los procesos de la vida individual. Encontrando un panorama que exige un planteamiento capaz de comprender los malestares y problemas al entorno de su dinámica y el medio que les rodea.

La detección de parejas con un grado de disfunción facilita el inicio del estudio clínico de la familia con las ventajas que ello conlleva como es el establecimiento de acciones preventivas y atención más eficaz para evitar la desintegración de la familia

Esta investigación no fue profunda, solo fue descriptiva, cumplió con los objetivos que se buscaba al inicio del trabajo, abriendo una línea de instigación para los médicos especialmente a los médicos familiares para trabajos posteriores.

6.- REFERENCIAS

- 1.- Orueta SR, Viguera PF, Torres P. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria* 1993;12(2):46-48.
- 2.- Martínez HN, Valadèz RB, Sánchez EL. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. *Arch. Med. Fam.* 2001;3(4):95-98.
- 3.- De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. España: Doyma;1994:1-25
- 4.- Chávez AV, Velazco OA. Disfunción familiar del subsistema conyugal. *Rev. Méd. IMSS (Méx.)* 1994;32:39-43.
- 5.- García-Campayo J, Sanz CC, Arévalo ME. Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria. *Atención primaria* 1998;21(8):545-551.
- 6.- Puget IB. *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. 2da ed: Paidós. México;1988: 13-30
- 7.- Díaz- Loving R. *Antología psicosocial de la pareja*. México: Asociación mexicana de psicología;1999: 37-57.
- 8.- Gorjón CS. La función integradora de la pareja. *Psiquiatría* 1995;2(1):15-19.
- 9.- Díaz Morfa José. *Prevención de conflictos de pareja*. México. Olla;1998: 27 70.
- 10.- Johnw S. La atención de salud centrada en la familia. En Taylo R.B. *Medicina de Familia: Principios y práctica*. 3a edición. Ediciones DOYMA Barcelona, España.1991; p. 31-37.
- 11.- Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*. 1983;9(2):171-180.
- 12.- Montalvo RJ, Soria TR. Estructura familiar y problemas psicológicos. *Revista de psicología y ciencia social*. 2001;1(2):32-37.
- 13.- Ocampo CJ, Díaz- Living R. El real y el ideal en la elección de pareja. *Psicología y salud*. 2000;10(2):275-280.
- 14.- Lauro Estrada Inda. *El ciclo vital de la familia*, 25ta ed. México. Posada; 1990: 43-57.
- 15.- Eguiluz RLL. La construcción de significados en la relación de pareja. *Revista de Psicología* 2002;4:8-16.

- 16.- Attie Rohl Thalia. La pareja en crisis. Prensa Médica Mexicana. México. D.F.1991:1-23
- 17.- Salinas JL, Pérez MP, Viniegra L. Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar. Rev.Inv. Clin. 1992;44:169-186.
- 18.- Saucedá GJM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1991;29(1):61-67.
- 19.- Sarquis Y. Clemencia. Introducción al estudio de la pareja humana. 2^{da} ed. Ediciones de la Universidad Católica de Chile 1995: 69-81
- 20.- Velazco OR, Chávez AV. La disfunción familiar un reto diagnóstico-terapéutico. Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1994;32:271-275.
- 21.- Velasco CML, Sinibaldi GJ. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: manual Moderno 1999: 7-27.
- 22.- De la Revilla. La disfunción familiar. Atención primaria. 1992;10(22):582-583.
- 23.- Barragán TL, morales CS. Modelos de consejos maritales: Basado en solución de conflictos y reforzamiento recíproco. México: Facultad de psicología UNAM 1998.
- 24.- Vicencio J. Como me duele quererte. Revista de psicología 2001;4:17-22.
- 25.- Saucedá GJM. Foncerrada MM. Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1983;23(2):159-166.
- 26.- Peñalva C. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. Salud mental.2001;24(2):32-42.
- 27.- McDaniel HS, Campheil LT. Seabum BD. Orientación familiar en atención primaria. Ibèrica Barcelona:Springer-Verlang:1998: 189-210
- 28.- De la Revilla, 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.
- 29.- Mancera RJ, Muñoz CF, Paniagua GF. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. Atención Primaria. 2001;27(9):658-662.
- 30.- Llorente AS, López RT, García LLJ, Alonso AP. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. Atención Primaria. 1996;15(2):100-106.
- 31.- Fuentes GMC, Álvarez TE, et al. Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. Atención Primaria. 1994;14(6):809-814.

- 32.- Rubio MML, Adalid VC, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Atención primaria*. 1998;22(10):627-630.
- 33.- Juárez MS, Hernández RE, López CA. Relaciones intrafamiliares en familias hiperdemandantes de atención médica en medicina familiar. *Arch. Med. Fam.* 2003;5(4):104-108.
- 34.- Irigoyen CA. Diagnóstico familiar. 6ª Ed. México: Editorial Medicina familiar Mexicana, 2000:13-17.
- 35.- GTPI, Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en medicina familiar, 1ª Ed. Editorial medicina familiar mexicana, México 2003.
- 36.- Reglamento de la Ley general de salud en materia de Investigación para la salud. Secretaría de salud, México. 3 feb.1983.
- 37.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adaptada en la 18ª asamblea Médica Mundial en Helsinki, Filadelfia, junio de 1964 y Enmendada en la 52ª asamblea general, Edimburgo, Escocia, octubre del 2000.