



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3

CD. VALLES, S. L. P.

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO EN EL HGZ No.6 EN CD. VALLES
S.L.P. DEL PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2011**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DEL ROSARIO VERA HERNANDEZ

CD. VALLES S. L. P

MARZO 2012



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.

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO EN EL HGZ No.6 EN CD. VALLES
S.L.P. DEL PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2011**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DEL ROSARIO VERA HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO
MEDICO FAMILIAR

DR. OSMAN DAVID ACOSTA ORTEGA

ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADISTICO
MEDICO PEDIATRA H. G. Z. No. 6, IMSS
CD. VALLES, S. L. P.

DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

ASESOR DE TEMA
MEDICO FAMILIAR

DR. JOSE F. VELAZCO CHAVEZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 S.L.P.

CD. VALLES, S. L. P.

MARZO2012

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO EN EL HGZ No.6 EN CD. VALLES
S.L.P. DEL PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2011**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DEL ROSARIO VERA HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:

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

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

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

ÍNDICE

Título	4
Índice general	5
Antecedentes	6
Planteamiento del problema	15
Justificación	16
Hipótesis	18
Objetivos	19
Material y Métodos	20
Población de estudio	20
Diseño	20
Universo de trabajo	20
Tamaño de la muestra	20
Criterios de selección	21
Variables	22
Procedimiento	25
Condiciones Éticas y de Bioseguridad	28
Resultados	29
Discusión.	45
Conclusiones	49
Referencias	52
Anexos	56

TITULO:

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO EN EL HGZ No.6 EN CD. VALLES
S.L.P. DEL PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2011**

ANTECEDENTES

La OMS define al infarto de miocardio como la presencia de dolor precordial de más de 20 minutos de duración acompañado de descarga adrenérgica y con presencia de dos o tres criterios siguientes:

1. Cambio en el electrocardiograma consistente en elevación del segmento ST de 2 o más mm en 2 derivaciones contiguas.
2. Aumento de marcadores bioquímicos por arriba de lo normal (CPK MB, troponina I, mioglobina y PCR).
3. Cambios en el eco cardiograma con alteraciones en la contractilidad global y segmentaria del corazón con disminución de la fuerza de eyección ventricular.

La patología coronaria alcanza actualmente proporciones epidémicas; según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta patología es responsable de un tercio de las muertes en varones entre 45 y 54 años de edad y de la muerte de 4 de cada 10 varones en todos los grupos de edades.¹

Se conceptualiza el inicio de la familia como la unión de una pareja de hombre y mujer, los nuevos compañeros traen consigo una serie de expectativas y valores conscientes e inconscientes que al inicio de la relación suele ser muy difícil su confrontación pero poco a poco dichos puntos de fricción deberán adaptarse a las demandas contextuales modificadas, para establecer un nuevo sistema que esté formado por sus propias reglas y valores, de tal manera que se fijen límites que los protejan de las influencias de los sistemas familiares de donde provienen. El subsistema conyugal es una de las bases fundamentales de la familia, ya que constituye un apoyo para el resto de los integrantes del sistema, sobre todo es vital para el crecimiento de los hijos, pues se constituye en el modelo que los niños contemplan todo tipo de emoción, como el afecto, cariño, odio y lo que presencien se convertirá en parte de sus valores y expectativas. La encuesta de Subsistema Conyugal del Doctor Víctor Chávez Aguilar que engloba una serie de aspectos para

valorar la funcionalidad conyugal abarcando 5 funciones: comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.²

Existen varios estudios en los que se estudio la funcionalidad conyugal pudiendo mencionar entre otros el de Moreno Morales y cols. En 2008 estudio el impacto de la disfunción eréctil sobre la disfuncionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético.³

La incapacidad que produce un evento coronario llena de gran inquietud, temor o ansiedad, tanto al paciente como al grupo o entorno familiar; lo que se traduce no sólo en la disminución de actividades laborales o de la vida diaria, sino también en la esfera psicológica y social y entre éstas con mayor incidencia, la actividad sexual. La disminución de la actividad sexual va de un 30 a 75% según los estudios realizados en cardiopatía coronaria.

El desacondicionamiento físico que se traduce en falta de aire, fatiga o angina, cuando se realizan actividades que requieren esfuerzo, produce ansiedad, depresión, ira, hostilidad y con ello, una gran disminución del bienestar, la autoestima y la Calidad de Vida. La identificación de los problemas que producen discapacidad, no solamente son físicos o fisiológicos, también es necesario identificar los problemas psicológicos y de esa manera determinar su Calidad de Vida. Cuando nos referimos a Calidad de Vida, no es solamente un término, sino un gran conglomerado de actitudes, actividades, pensamientos, sentimientos, proyectos y todo lo que es propio e inherente a la vida diaria de una persona que tiene un pasado signado, en este caso, por un evento coronario y un futuro que no sabe cómo afrontar.⁴

El infarto de miocardio es una entidad que deja como secuela diversos grados de lesión condicionando una limitación en la actividad del paciente en distintos aspectos, y por ello un comportamiento como enfermedad crónica. La familia es el contexto social primario en que el paciente con infarto de miocardio se desarrolla y cualquier situación de estrés en alguno de sus integrantes o en el paciente mismo altera su estructura y su función. Cuanto más intensa es la adversidad, más significativa es la disfunción. La conducta que adopte el individuo y la familia, dependerá de la fase del ciclo vital, estructura y funcionamiento familiar, red de apoyo comunitario y profesional, ya que el impacto del Infarto de miocardio es considerable y exige cambios de roles y redistribución de tareas. Existen elementos que pueden alertar al médico acerca de las dificultades familiares para afrontar la enfermedad o sus secuelas, uno de ellos es la poca o nula adherencia al tratamiento del paciente para cumplir con las citas, medicación y cambios en el estilo de vida.^{5, 6} Los hombres de mediana edad en Lituania y Suecia tenían en 1978 tasas de mortalidad por enfermedad coronaria similares. Subsecuentemente, estas tasas aumentaron en Lituania y cayeron en Suecia. De esta forma, en 1994 la mortalidad coronaria fue 4 veces mayor en Lituania que en Suecia. La divergencia en la esperanza de vida, adicionalmente a las tasas de enfermedad coronaria entre los países de Europa oriental y occidental alrededor del colapso de la Unión Soviética ilustra la importancia de los factores socioeconómicos en la salud.⁷

En España en un año tienen detectados aproximadamente 98,000 casos con eventos silentes, de los cuales 23,000 son detectados como IAMCESST y 47,000 SESST predominando igualmente el sexo masculino entre las edades de 40 a 74 años, con un porcentaje de mortalidad del 56.5%.⁸

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en el mundo occidental. En los Estados Unidos de América es responsable del casi 50% de todas las muertes. Alrededor de 1.5 millones de personas, reportan infarto de miocardio cada año y de ellos casi 500.000 son fatales. Los que sobreviven se enfrentan a un

futuro incierto, porque tienen un riesgo de muerte de dos a nueve veces más alto que la población general.⁹

En Argentina se cuantificó este decremento en 63%, en Chile 33%, en Cuba 11% y en Puerto Rico 33%. En Brasil la mortalidad por cardiopatía isquémica ha disminuido en la mayor parte del país, salvo en los estados menos desarrollados donde la tendencia es al aumento. En el continente europeo, los países de la Unión Europea han experimentado un descenso de 30% en mujeres y de 32% en hombres. En otros continentes, países como Japón, Australia y Nueva Zelanda han mostrado un comportamiento similar. En Taiwán, la tendencia fue ascendente hasta los últimos años del siglo pasado, pero después se observó un descenso en la mortalidad.¹⁰

La actividad física puede invertir los efectos perjudiciales en una situación de estrés, estimulando la resistencia cardioprotectora mediante la liberación de catecolaminas por lo que la rehabilitación cardiaca ha desarrollado diversos programas en beneficio de los pacientes con cardiopatía isquémica, la OMS establece lo siguiente: la rehabilitación de pacientes con enfermedades cardiacas constituye el conjunto de actividades requeridas para garantizarles las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista físico, mental y social de manera que puedan, por sus propios esfuerzos, reincorporarse a la comunidad y a la familia lo mas normalmente posible.⁹

La enfermedad coronaria ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad general en México en el periodo del 2000 al 2008, con tasas crudas ascendentes de (43.5 a 55.8 por 100 mil). La edad promedio a la muerte por enfermedad fue en 2005 de 74.8 años sin embargo es considerablemente distinta para hombres y mujeres. Mientras que la edad promedio a la muerte por enfermedad cardiaca isquémica en hombres en 2005 fue de 72.5 años y en mujeres de 76.4 años; en este sentido se comporta de manera semejante a la de evento vascular cerebral, la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tanto la enfermedad isquémica como el evento vascular cerebral son una consecuencia del padecer de otras enfermedades y de la exposición prolongada a otros factores y condiciones. Ambas condiciones

mórbidas, junto con otras, como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial o algunos tipos de cáncer, son el resultado de la acumulación a lo largo de muchos años, de daños producidos por múltiples factores; son pues un desenlace, más que un inicio. Este conjunto de factores y condiciones son en mucho, productos sociales. Al igual que el evento vascular cerebral y la angina de pecho y esas otras enfermedades son formas de incorporación en nuestra biología, de un conjunto de condiciones creadas socialmente. Son las enfermedades de nuestra época definidas en función de lo que la sociedad es en la actualidad y que se incorporaran a través de diversas vías y se distribuirán en la población según distintos patrones de acumulación interactiva de factores de riesgo y protectores.⁷

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en países en vías de desarrollo como nuestro país, comportamiento reconocido por la Organización Mundial de la Salud, quien reporta que más del 75% de las muertes de causa cardiovascular, son generadas por cardiopatía coronaria, la cual se presenta en adultos jóvenes, cuando los individuos son más productivos económica y laboralmente, lo que redundando en una incapacidad temprana.⁹ En San Luis Potosí se reporta mortalidad por enfermedad isquémica de corazón en 2008 de 56.2 en mujeres y 86.3 en hombres Tasa por 100,000 habitantes estandarizada por el método directo usando la población mundial estándar World Health Organization 2000.⁷

En algunas ocasiones estos pacientes, debido a la gravedad de su dolencia, y conscientes de la posibilidad de un fatal desenlace, desarrollan un grado de dependencia con respecto al ambiente hospitalario en que están ingresados y hacia el personal que los atiende. El entorno hospitalario que les rodea, crea una sensación de seguridad tanto mayor, cuanto más confía el paciente en el personal que está a cargo de sus cuidados.^{11, 12} Por otro lado, la posibilidad de que poco tiempo después sean dados de alta y deban enfrentarse de nuevo a su vida diaria, su trabajo, su relación en pareja, su vida sexual y, a todas aquellas actividades que unas semanas antes realizaban con toda normalidad, produce un efecto de incertidumbre en el paciente, que duda de su capacidad para llevarlas a cabo, bajo su nueva

condición de enfermo coronario.⁶ Afortunadamente la mayoría de los pacientes coronarios aceptan, con mayor o menor rapidez, su nueva condición y son capaces de llevar una vida normal, con las limitaciones propias de cada proceso. Por el contrario, un pequeño grupo de pacientes, no tiene la capacidad de adaptarse a esta situación y suelen buscar refugio en su propia dolencia, haciéndose muy difícil la integración a su vida familiar y social.¹³

Cuando un paciente ha experimentado síntomas atribuibles a una cardiopatía isquémica, puede desarrollar una elaboración neurótica del evento, independientemente de que éste se repita o no, y de que exista una cardiopatía real o no. Como en cualquier otra dolencia validada socialmente (y las dolencias de un órgano tan noble como el corazón lo están con creces), aferrarse al rol de enfermo a través de la insistencia en el padecimiento de síntomas y en la discapacidad resultante que se les supone, sirve para distraer la conciencia (la propia, y a menudo también la ajena) de otras fuentes de estrés vital que parecen intolerables si se las afronta directamente: conflictos o insatisfacciones laborales y conyugales, problemas legales o sociales, y a cualquier exigencia incómoda de la vida adulta. Mantener el rol de enfermo permite postergar el despliegue de sentimientos desagradables que guardan relación con la posición psicosocial previa al evento cardiológico.¹²

Es bien sabido desde hace ya mucho tiempo que las personas casadas tendían a vivir más que la gente soltera, divorciada o viuda, lo que habla de las “virtudes médicas” del matrimonio como institución. En parte, este efecto beneficioso se deriva de los hábitos de los cónyuges. Por ejemplo, una persona que apoye a su pareja puede estimularle para que haga dieta o ejercicio. Pero también se puede producir el efecto contrario, tal y como lo refieren otros estudios.¹⁵

Diversos investigadores afirman que una persona tiene mayor riesgo de sufrir patologías como hipertensión, asma o hiperlipidemias si su pareja también la padecía, lo que se debe a que los cónyuges compartían las causas de la enfermedad, como una dieta inadecuada o una vida sedentaria.

Kawachi y cols. Constataron en 1998 que la calidad de la pareja podía predecir si un paciente se iba a recuperar de una insuficiencia cardiaca congestiva. El apoyo social se encontró asociado con mejores resultados en la enfermedad coronaria.¹⁶

Las discusiones entre los cónyuges debilitan poco a poco el corazón. Pero lo que últimamente preocupa a los expertos no son las peleas en sí, sino el papel que cada miembro de la pareja adopta cuando ambos se enfrentan y la percepción que tiene cada uno de la actitud del adversario. Como demuestra el estudio realizado por un equipo de científicos de la Universidad de Utah, EEUU, al evaluar la influencia de las discusiones maritales en la presión arterial y según se adopten actitudes dominantes o sumisas.¹⁷

En el Healthy Women Study en 393 mujeres, quienes respondieron un cuestionario sobre la calidad de su relación de pareja. Once años después la ecografía carotídea determinó la presencia de placas, que fue mayor en las habían indicado poca satisfacción marital. La conclusión fue que la buena relación de pareja podría proteger contra las enfermedades cardiovasculares. También la teoría del intercambio social afirma que en una relación, los hechos vividos por los cónyuges son producidos por la interacción entre la pareja y el medio en que están inseridos. Produciendo una sucesión de desafíos que exigen adaptaciones de los miembros de la pareja sea entre ellos, o bien con aquellos que están a su alrededor.¹⁸

El médico que reconoce la importancia que ejerce la dinámica de las relaciones del paciente sobre su salud puede ayudar a las parejas a utilizar sus propios recursos para llevar a cabo cambios. El médico familiar es el que se encuentra en la posición óptica para identificar y ayudar a las parejas con problemas.¹⁹

Uno de los mejores métodos de estudio de las relaciones conyugales lo constituye la llamada Encuesta sobre el Subsistema Conyugal creado por el Dr. Víctor Chávez Aguilar que es un instrumento que aunque si bien no ha sido validado estadísticamente, ha sido utilizado desde hace 15 años en diversos estudios como son los llevado a cabo por Salazar Colín y cols. En 2005 estudió la disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes

hiperutilizadores.²⁰ Gil Alfaro y cols. En 2006 estudió la funcionalidad familiar en atención primaria.²¹ o Arreola Chacón y cols. En 2004 estudiaron el Maltrato emocional infantil en familias con disfunción del subsistema conyugal en una unidad del primer nivel de atención.²²

Este instrumento está constituido por 5 ítems y cada ítem está relacionado con una dimensión de la relación conyugal de tal forma que la encuesta estudia cinco dimensiones diferentes de la relación conyugal.

La primera dimensión estudiada es la comunicación, que debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja, pudiendo ser esta clara, directa y congruente. Una segunda dimensión es la adjudicación y asunción de roles, los cuales son necesarios en la familia y dependiendo de cómo se asuman se reflejan en una mayor y menos disfuncionalidad en este se debe evaluar la congruencia, la satisfacción y la flexibilidad. La tercera dimensión es la satisfacción sexual siendo este aspecto importante porque de éste depende de que se lleven a cabo otras funciones y en donde se evalúan la frecuencia y calidad de la relaciones sexuales. La cuarta dimensión es el afecto evaluado a través de las manifestaciones o expresiones de afecto y sus indicadores como son la manifestación física de afecto, la calidad de convivencia y la reciprocidad. Por último está la dimensión relacionada a la toma de decisiones siendo ésta importante porque permite saber cómo se da este proceso incluyéndose la toma de decisiones conjunta y la toma de decisiones individual.²

La comunicación es la base de cualquier relación. Sin ella, no podemos llegar a un entendimiento ni a un conocimiento de nuestra pareja, por lo que daría lugar a un fracaso en la relación. Para tener una buena comunicación, debemos tener en cuenta una serie de elementos que contribuyen a mejorarla.²³

La asunción de un rol como propio puede destruir el vínculo en la pareja. Los roles deben fluir de modo que se asuman solo cuando sea necesario, facilitando que

ambos miembros de la pareja se sientan con permiso de manifestar sus necesidades.²⁴

Además de su función procreadora, las relaciones sexuales son una forma esencial de expresión de la vida en pareja. De hecho, frecuentemente se consideran como un indicador de la marcha global de la relación de convivencia entre dos personas. El ser humano busca la felicidad y el bienestar, y en este sentido, múltiples estudios han concluido que unas relaciones sexuales satisfactorias producen beneficios a nivel físico y psicológico.²⁵

El afecto es imprescindible para que una relación sobreviva, las carencias afectivas suelen terminar con muchas parejas, el afecto es la demostración de amor, fundamental una vez que el enamoramiento y la pasión empiezan a decaer es siempre importante tener una actitud cariñosa hacia nuestra pareja y hacerle demostraciones de cariño pese a que lleven mucho tiempo juntos, no sentirse queridos es una de las principales quejas de las parejas.²⁴

Tomar las decisiones es una capacidad humana que se ejerce en libertad de acción, tomando en cuenta la información necesaria o el conocimiento sobre las circunstancias y aplicando cierto grado de creatividad. Ciertamente cualquier decisión implica un riesgo, ya que te puede llevar tanto al éxito, como al fracaso. Pero tomar la decisión es un proceso altamente liberador, ya que elimina un buen grado de incertidumbre, por lo cual se produce la mayor parte del sufrimiento. Las personas sufren porque no saben lo que va a pasar o como deben actuar en una situación. Se preguntan: ¿Qué hacer? Cuando se toma una decisión, la actitud cambia radicalmente, se produce la sensación de paz y de control sobre la situación.²⁴

El manejo integral del paciente con infarto supone, por tanto, no sólo la atención relativa a su propia patología, sino el manejo del entorno social, emocional y sobre todo, relativo a la dinámica de familia con un especial énfasis en la función conyugal.²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Tres grandes pandemias marcan la historia del siglo XX: la hipertensión arterial, el tabaquismo y la de obesidad (con sus condiciones asociadas que son las hiperlipidemias y los síndromes de resistencia a la insulina). Junto a estas pandemias se dieron cambios en las formas de vivir marcados, entre otros elementos, por el aumento en el estrés, el cambio en los patrones de alimentación y la tendencia a realizar menos actividad física, con los consecuentes problemas cardiovasculares, específicamente el infarto de miocardio. Es ésta última condición la que trae como consecuencia diversos cambios en el núcleo familiar que van desde la adaptación de nuevos hábitos alimenticios hasta cambios profundos en la dinámica de pareja.⁷

Y son precisamente los cambios en las relaciones de pareja las que complican (o facilitan, según sean éstos cambios) la rehabilitación y la integración a la sociedad de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, principalmente si se encuentran en edad productiva.²⁶

Conocer la proporción de parejas con disfunción en la dinámica conyugal en las que uno o ambos miembros sufren de un infarto del miocardio podría cambiar el paradigma del manejo integral y familiar de estos pacientes por lo que en este trabajo nos hemos propuesto conocer la prevalencia de dichos trastornos, utilizando el instrumento del Dr. Víctor Chávez de por lo que nos proponemos la siguiente pregunta de investigación:

CUAL ES LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO EN EL HGZ No.6 EN CD. VALLES S.L.P. DEL PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2011?

JUSTIFICACIÓN:

En la actualidad, la medicina se ve influenciada por los aspectos tecnológicos que de alguna manera han deshumanizado la práctica médica diaria. La especialización médica también ha contribuido a esta circunstancia.²⁷

Conocer la dinámica social en la que se mueve un paciente con un trastorno crónico como es el infarto de miocardio debe coadyuvar a su rehabilitación y a su integración dentro de la sociedad. La familia es el cimiento de esta integración y el apoyo conyugal representa un importante aspecto que debe considerarse. Subsistema conyugal, el formado por la pareja. Es el eje en torno al cual se forman todas las relaciones. Con el subsistema conyugal comienza y termina la familia, y lleva implícitos tareas de complementariedad y de acomodación mutua, en los que cada miembro debe adaptarse para formar una identidad en pareja, un "nosotros" que va más allá del "tú" y "yo". (Es el "uno más uno son tres" que menciona Phillippe Caillé, haciendo clara referencia a la pareja como argumento singular claramente diferenciado de las dos personas que la forman, como un ser vivo que teje su propia historia). Posee funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia, como son el brindarse apoyo y seguridad, mostrarse afecto y tener relaciones sexuales satisfactorias.²⁸

Los médicos especialistas y sub-especialistas poco se ocupan de la relación de pareja e ignoran que esta relación es de vital importancia en su bienestar, en su recuperación y en su rehabilitación pero la dinámica de la vida en pareja muchas veces subyace en un velo de misterio que no es develado en las consultas rutinarias que a diario proporcionan estos especialistas.⁴

En la práctica médica diaria se desconoce cómo funciona esta dinámica de pareja, de ahí que indagar en la anatomía de las relaciones conyugales deba ser una

prioridad en el tratamiento integral de todo paciente con infarto del miocardio, y que todo médico de familia debe conocer.¹⁴

Conocer la proporción de parejas en las que un miembro o ambos han sufrido un infarto de miocardio y en quienes la dinámica conyugal se ha visto afectada, debe ser sin duda, función de todo médico que desea un tratamiento integral, sobre todo si se trata de personas en edad productiva

El trabajo que se realizó en la consulta externa de Cardiología del Hospital General de Zona No 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Valles, S. L. P. durante el periodo comprendido de septiembre-noviembre del 2011.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la validez del instrumento de subsistema conyugal en pacientes con infarto de miocardio en el HGZ no.6 en San Luis potosí del periodo septiembre-noviembre del 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la funcionalidad conyugal según edad, sexo, escolaridad, estado civil y tipo de familia
2. Determinar la validez de la confiabilidad mediante la correlación ítem-total y mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de la encuesta total y de la encuesta sin cada ítem específico.
3. Determinar la validación del constructo mediante el cálculo dominio-total y mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de la encuesta sin cada dominio específico
4. Determinar el índice de concordancia entre las encuestas de pacientes y la de sus parejas en forma global y por ítem.

HIPÓTESIS:

Por tratarse el presente de un estudio de prevalencia (estudio descriptivo), no cuenta con hipótesis.

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO:

- a) Por el control de la maniobra: OBSERVACIONAL
- b) Por la captación de la información: PROSPECTIVO
- c) Por la medición en el tiempo: TRANSVERSAL
- d) Por finalidad del estudio: DESCRIPTIVO

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

La población que se estudio fueron pacientes con diagnostico de infarto de miocardio en edades de 25 a 60 años del HGZ6 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Cd. Valles S.L.P. en el periodo de septiembre-noviembre del 2011.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Dado que son 96 pacientes, se determino la inclusión en el estudio de la totalidad del Universo de Trabajo. Por lo que no obtenemos muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión:

1. Usuarios de ambos géneros cónyuges con diagnostico de infarto de miocardio en uno o ambos sin importar patologías agregadas.
2. Edad de entre 25 y 60 años
3. Ambulatorios en control en la consulta de Cardiología
3. Que acepten ambos participar en el estudio

Criterios de Exclusión

1. Usuarios que no tengan pareja estable o no vivan juntos
2. Usuarios o sus parejas que declinen contestar la encuesta

Criterios de Eliminación:

1. Usuarios que contesten de manera incompleta la encuesta
2. Cónyuge del paciente que conteste de manera incompleta la encuesta
3. Usuario que no acuda con su cónyuge a la consulta de cardiología

Información a recolectar e Instrumento de recolección de datos:

Se uso una encuesta con dos partes. La primera parte constituida por una hoja de recolección de datos socio-demográficos del paciente con Infarto de Miocardio, no se aplicará a la pareja. La segunda parte por el contrario, se aplico tanto al paciente con Infarto de Miocardio como a su pareja y la constituye el instrumento de evaluación del subsistema conyugal de Víctor Chávez Aguilar ¹⁶ que incluye 5 ítems relacionados con la función conyugal los cuales son 1) aspectos de comunicación entre cónyuges, 2) asunción de roles, 3) afecto entre los cónyuges, 4) satisfacción sexual y 5) toma de decisiones. Cada unos de estos ítems tiene varios sub-ítems ponderados cuantitativamente en una escala de valoración con tres posibles respuestas para cada pregunta: Nunca, ocasionalmente y Siempre. Cada respuesta tiene un valor ponderal que es diferente según el apartado del que se trate. La suma de los valores ponderales da un valor que se contrasta en una escala de valor para ítem o apartado y en forma global total.

La escala de valor establece el diagnóstico de funcionalidad conyugal que para fines del presente estudio tuvo tres posibilidades: Pareja Funcional, Pareja con disfunción moderada y Pareja con disfunción severa.

Para el diagnóstico de funcionalidad se tomaron en cuenta tanto las respuestas que otorgo el paciente como las que otorgo la pareja, por lo que el diagnóstico de pareja lo hizo el puntaje promedio de las encuestas de ambos. Sin embargo en el análisis se hizo una comparación entre las respuestas obtenidas por cada integrante de la pareja.

La escala de valores tanto para la suma total de los cuestionamientos como para cada ítem o apartado del instrumento, se detallaron en la Operacionalización de variables. Este instrumento ha sido usado en diversos estudios sobre funcionalidad

conyugal como ha sido mencionado en el Marco Teórico ^{14.15}

El estudio se llevo a cabo de lunes a viernes en ambos turnos en la consulta externa de Cardiología del HGZ No. 6 de Ciudad Valles SLP durante el periodo comprendido de septiembre del 2011 a noviembre del 2011, para lo que se recabo en los primeros días del período de estudio los nombres y los números de seguridad social de cada uno de los pacientes con infarto en control ambulatorio y que cumplieran con la condición de estar dentro del grupo de personas en edad productiva.

Todos los días, se busco en la lista de pacientes citados a los pacientes susceptibles de entrar en el estudio (pacientes ambulatorios con infarto y en edad productiva), identificándose éstos y corroborándose su condición de unión en convivencia de pareja a fin de estar apegados a los criterios de inclusión.

Una vez identificados y seleccionados conforme los criterios de inclusión se espero a que salieran de su consulta regular de cardiología para abordarlos e invitarlos verbalmente a participar el estudio explicándoseles los objetivos del mismo y la ausencia de riesgos para la salud de este estudio, utilizando el consentimiento informado, enfatizándose en la confidencialidad de la información otorgada a los investigadores y en su utilización exclusiva para fines estadísticos. Una vez aceptado a participar, se corrobora que hayan acudido acompañados por su pareja, y en caso contrario, se aplicaron las encuestas en su próxima cita, cuando ya hayan acudido acompañados de su pareja.

Los pacientes que acudieron sin su pareja fueron citados en un plazo no mayor a un mes. Para el caso de que los pacientes acudan acompañados de su pareja se procedió a la aplicación de la encuesta, recabando previamente su autorización esta vez por escrito, y se procedió a aplicar el instrumento en un consultorio privado asignado ex profeso para tal fin contiguo al consultorio de cardiología.

Se inicio con la aplicación de la encuesta al paciente con infarto en forma privada entre tanto su pareja espero afuera. Posteriormente se realizo el mismo procedimiento con su pareja, entre tanto el paciente con infarto espero afuera.

La encuesta se llevo a cabo por el propio investigador. Si una pregunta no fue respondida se cuestiono al respecto al encuestado y de persistir con la idea de no

responderla, se dio por terminada la aplicación de este instrumento, aplicándose para ello los criterios de eliminación.

Tabla 1: Operacionalización de Variables:

VARIABLES	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Clasificación	Estratificación	Fuente
Infarto	Independiente	Presencia de un cuadro clínico característico con dos o tres criterios siguientes: cambios en el EKG característicos, aumento de marcadores séricos isquémicos y/o cambios ecocardiográficos característicos.	Diagnóstico efectuado por médico cardiólogo del lugar del estudio, según sus propios criterios médicos			Expediente clínico
Género	Control	Condición de diferencia con respecto a la reproducción de la especie	Sexo referido por la persona encuestada. Es la pregunta 1 de la encuesta como hombre o mujer.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	• Referida por paciente
Edad	Control	Tiempo en años transcurrido entre la fecha de nacimiento y el tiempo actual	Años cumplidos de la persona en estudio al momento de la encuesta.	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • A)25-39 años • B)40-49 años • C)50-60 años 	• Referido por paciente
Años de Unión	Control	Tiempo en años desde la formalización de la relación de convivencia hasta la fecha actual	El tiempo en años completos referido por la persona encuestada a la pregunta sobre el tiempo que lleva con su relación o matrimonio. Pregunta 3 de la encuesta	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 1)0-9 años • 2)10-19 años • 3)20-29 años • 4)30-39 años • 5)40-49 años 	• Referido por paciente
Ocupación	Control	Actividad laboral que desempeña una persona y de la que depende económicamente	Actividad laboral referida por el encuestado.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 1)Profesionista • 2)Empleados • 3)Desempleado • 4)Pensionados 	• Referido por paciente
Estado civil	Control	Condición social que determina la relación de un individuo con otro del sexo opuesto, ante la sociedad y que esta jurídicamente constituida.	Es la condición social que manifiesta el encuestado en relación a su relación de convivencia con su pareja. Pregunta 5 de la encuesta	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Unión libre 	• Referido por paciente
Número de matrimonios previos	Control	Número de parejas social y jurídicamente formales que tuvo el individuo antes de su relación actual	Numero de relaciones de convivencia previas a la actual, referidas por el encuestado. Pregunta 6.	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 1)Cero • 2)Uno • 3)Dos y más 	• Referido por paciente
Escolaridad	Control	Años de preparación académica realizados en educación formal por una persona	Nivel de enseñanza escolar cursado de manera completa y que le otorga un certificado de estudios de dicho nivel. Pregunta 8	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 1)Primaria • 2)Secundaria • 3)Bachillerato • 4)Profesional 	Referido por paciente

VARIABLES	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Clasificación	Estratificación	Fuente
Enfermedades cronicodegenerativas	Confusora	Aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca.	Padecimiento que refiera el paciente al momento de interrogar patologías	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1)Has 2)DM2 3)Alcoholismo 4)Tabaquismo 5)Artritis R. 	Referido por paciente y expediente clínico
Tiempo de evolución de Infarto de Miocardio	dependiente	Tiempo que ha transcurrido desde que se presenta el infarto de miocardio	Tiempo que ha transcurrido desde que se presenta el infarto de miocardio	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> 1) menos de 6 meses 2)6 a 12 meses 3)2 a 4 años 4)5 a 9 años 5) 10 años o mas 	Expediente clínico
Funcionalidad de la Comunicación Conyugal	Dependiente	Calidad en el intercambio de mensajes entre los miembros de una pareja que vive bajo una relación conyugal.	Categorización de la calidad del funcionamiento de una relación conyugal, según la suma del valor ponderal de las respuestas otorgadas por el encuestado para el apartado "comunicación conyugal" de la encuesta aplicada (Ítem I)	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Pareja funcional. entre 21 y 30. Disfunción moderada: entre 11 y 20. Disfunción Severa: entre 0 y 10. 	Arrojado de evaluación de cuestionario de subsistema conyugal
Funcionalidad de los roles conyugales	Dependiente	Papel autoimpuesto y/o mutuamente otorgado dentro de la dinámica de pareja por y para cada uno de los miembros de una relación conyugal.	Categorización de la calidad del funcionamiento de una relación conyugal, según la suma del valor ponderal de las respuestas otorgadas por el encuestado para el apartado "adjudicación y asunción de roles" de la encuesta aplicada (Ítem II)	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Pareja funcional. entre 11 y 15. Disfunción moderada: entre 6 y 10. Disfunción Severa: entre 0 y 5. 	Arrojado de evaluación de cuestionario de subsistema conyugal
Funcionalidad de la sexualidad conyugal	Dependiente	Nivel de cumplimiento en las expectativas de frecuencia y calidad en las relaciones sexuales de los miembros de una relación conyugal.	Categorización de la calidad del funcionamiento de una relación conyugal, según la suma del valor ponderal de las respuestas otorgadas por el encuestado para el apartado "Satisfacción sexual" de la encuesta aplicada (Ítem III)	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Pareja funcional. entre 15 y 20. Disfunción moderada: entre 10 y 14. Disfunción Severa: entre 0 y 9. 	Arrojado de evaluación de cuestionario de subsistema conyugal
Funcionalidad Afectiva conyugal	Dependiente	Es el grado de satisfacción de un cónyuge respecto a las demostraciones de cariño de su pareja para	Categorización de la calidad del funcionamiento de una relación conyugal, según la suma del valor ponderal de las respuestas otorgadas	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Pareja funcional. entre 15 y 20. Disfunción 	Arrojado de evaluación de cuestionario de subsistema conyugal

VARIABLES	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Clasificación	Estratificación	Fuente
		con él o ella	por el encuestado para el apartado "Afecto" de la encuesta aplicada (Ítem IV)		moderada: entre 10 y 14. • Disfunción Severa: entre 0 y 9.	
Funcionalidad de la Toma de decisiones conyugales	Dependiente	Papel de los miembros de una relación conyugal al momento de tomar una solución ante un problema	Categorización de la calidad del funcionamiento de una relación conyugal, el valor ponderal de la respuesta otorgada por el encuestado para el apartado "Toma de decisiones" de la encuesta aplicada (Ítem V)	Cualitativa ordinal	• Pareja funcional: 15. • Disfunción moderada: 7.5 • Disfunción Severa: 0.	• Arrojado de evaluación de cuestionario de subsistema conyugal

Método para captar la información

La captura de datos se realizó en el programa Epi Info® versión v. 6.04d (distribuido por el Center of Disease Control and Prevention [CDC] de E.U.A., a través de <http://www.cdc.gov>) y en Excell de Microsoft Office 2007.

Los datos fueron analizados mediante el cálculo de prevalencias (tasas porcentuales) con IC al 95%. Se calculó la prevalencia de funcionalidad conyugal desde la perspectiva de los pacientes infartados y también la funcionalidad conyugal desde la perspectiva de la pareja.

También se obtuvieron prevalencias de funcionalidad según edad, sexo, tipo de familia, número de matrimonios previos, años de matrimonio actual y ocupación a fin de conocer las diferencias que pudieran existir en relación a cada estrato de cada una de estas variables para lo que se usó la prueba de χ^2 a fin de determinar si existían diferencias en las prevalencias por estrato, considerándose una significancia estadística si el valor de p es < 0.05 . Se usó la corrección de Yates χ^2 cuando la marcó error.

Para la validación de la confiabilidad se usó la correlación de Pearson y el cálculo del índice de Cronbach total y sin cada ítem específico. Para la validación del constructo se usaron las mismas pruebas pero el alfa de Cronbach se calculó sin los ítems de cada dimensión específica.

Para el índice de concordancia se usó la prueba de concordancia Kappa de Cohen.

Para la presentación de los resultados se usaron tablas y gráficos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo cumple con lo estipulado en la Ley General de Salud, según sus últimas reformas (DOF-30-12-2009), en el Título Segundo “Sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en su capítulo I, artículos 13 a 18 y artículos 20 a 23; Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100; Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos.

También está en concordancia con lo estipulado en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki.

Este estudio es una investigación “sin riesgo” para la integridad física, psicológica y social de los participantes.

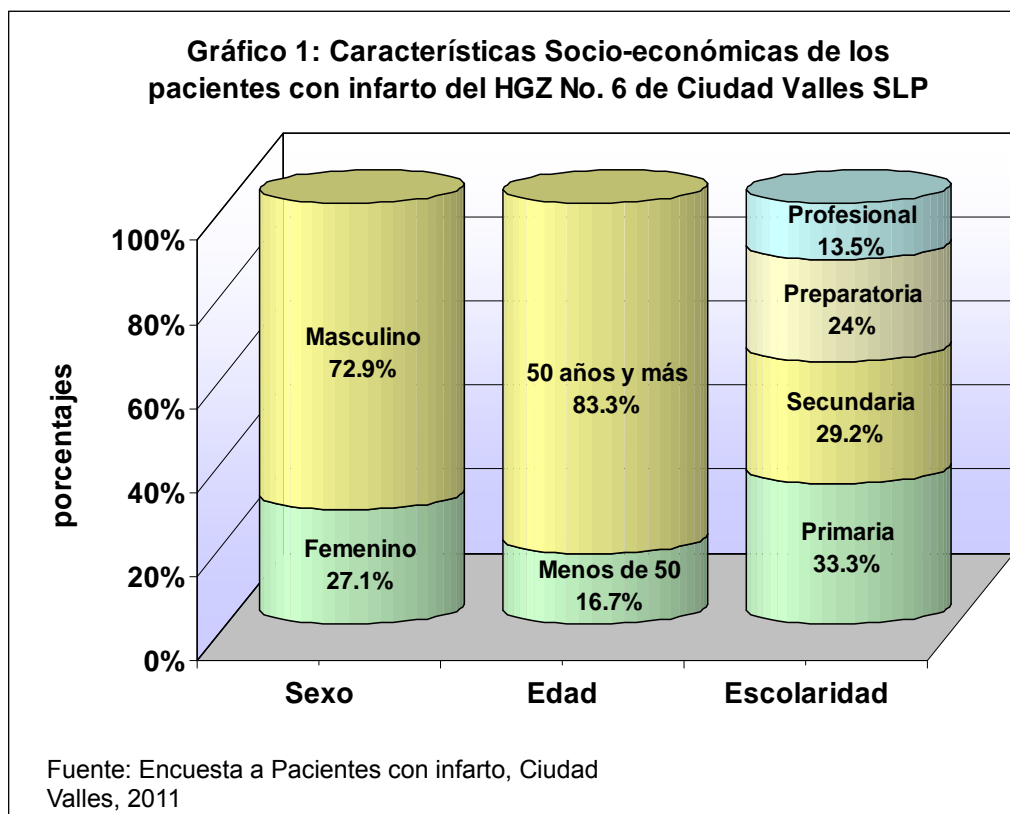
La información recolectada se maneja de forma no nominal, para garantizar la preservación del anonimato de los participantes.

La recolección de datos se hizo previa autorización por escrito de los participantes.

RESULTADOS:

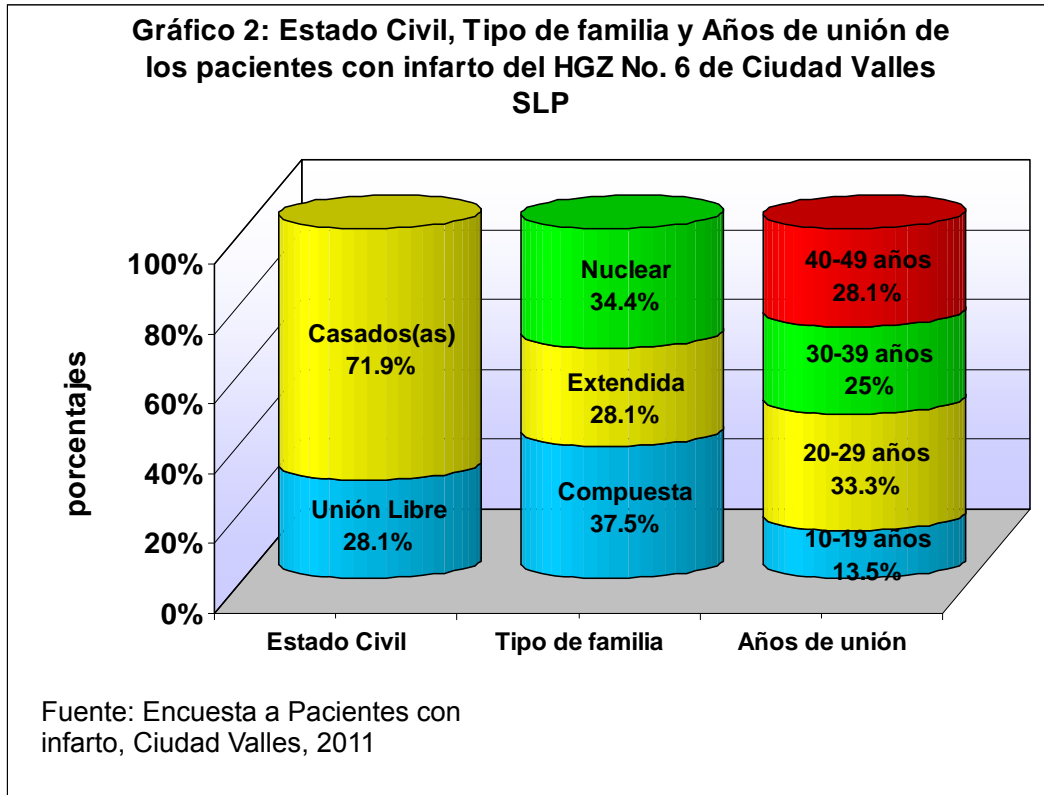
Fueron un total de 96 pacientes con infarto en edad productiva los registrados en el control de la consulta externa de cardiología del Hospital General de Zona No. 6 del IMSS de Ciudad Valles SLP. Todos los Pacientes y sus parejas fueron reclutados en sus visitas habituales de control durante el período de estudio y todos aceptaron a participar en el estudio sin ningún problema.

El promedio de edad de los pacientes con infarto fue de 54.8 años (IC95% 53.8 – 55.7 años), con un rango de edad de 41 a 60 años. Poco más del 70% son pacientes del sexo masculino. La mayoría cursó estudios de nivel básico y nivel medio básico, una cuarta parte cursó el bachillerato y solo el 13.5% son profesionistas (Gráfico 1).



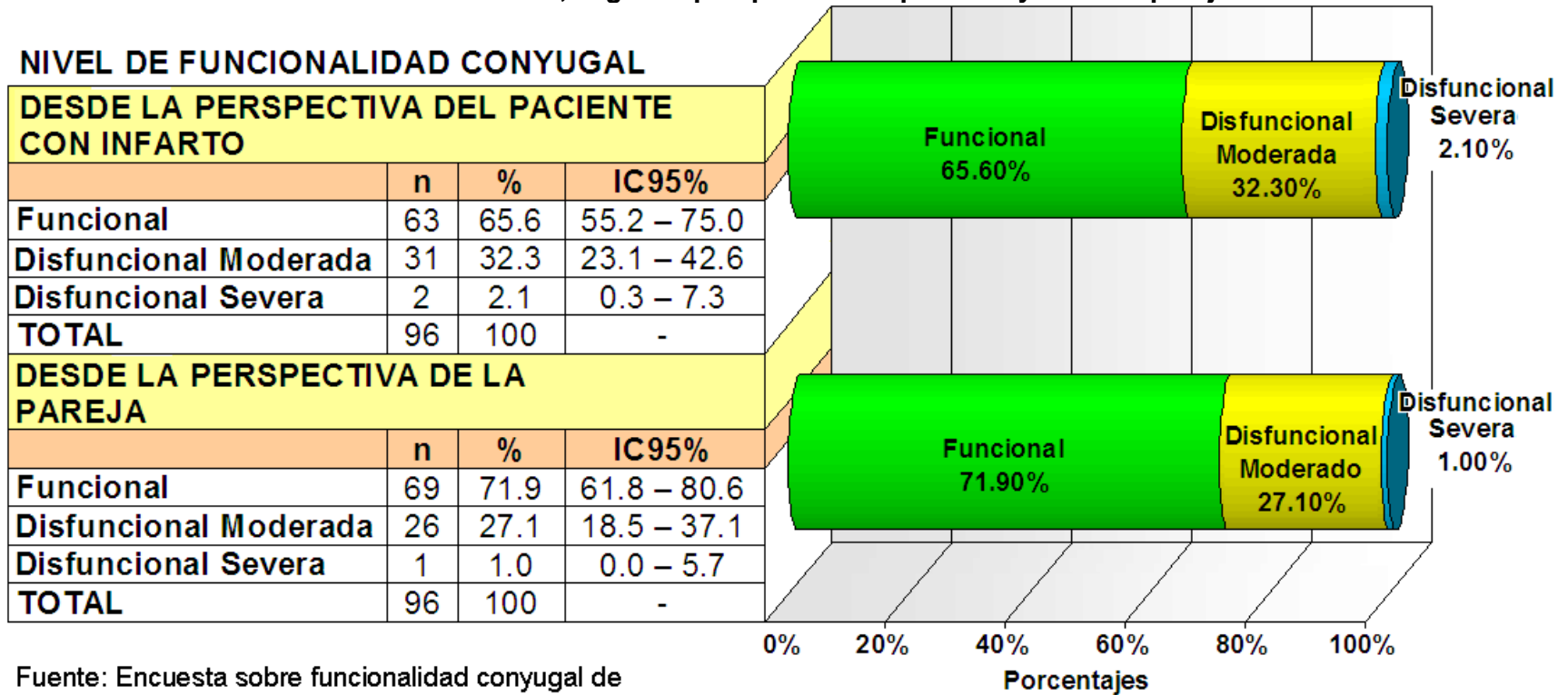
En relación a la familia y su matrimonio, encontramos que poco más de dos tercios de los pacientes están casados. El promedio de tiempo de unión para el grupo de estudio fue de 29.7 años (IC95% 27.7 – 31.6 años) con un

rango de 7 a 44 años de matrimonio o unión. El 37.5% de los pacientes refirieron vivir en una familia Compuesta y el 34.4% en una familia nuclear (Gráfico 2).



La gráfica 3 muestra los resultados globales de las encuestas de funcionalidad conyugal aplicadas a los pacientes con infarto y los resultados de las encuestas aplicadas a sus parejas. Aunque desde la perspectiva de los conyuges de los pacientes, existen más relaciones funcionales en comparación a la perspectiva de los propios pacientes, (71.9% vs. 65.5%), no encontramos diferencias significativas entre estas dos proporciones ($p = 0.35$). De manera similar, las parejas de los pacientes subestiman la disfuncionalidad severa (1% Vs. 2.1%) y la moderada (27.1% Vs. 32.3%) aunque tampoco se encontraron diferencias significativas entre estas proporciones ($p = 0.95$ y 0.43 respectivamente).

Gráfico 3. Tipo de relación conyugal de los pacientes con infarto del HGZ No. 6 de Ciudad Valles SLP, según la perspectiva del paciente y la de su pareja.



Fuente: Encuesta sobre funcionalidad conyugal de pacientes infartados y sus parejas, Ciudad Valles, 2011

Tabla 1. Funcionalidad conyugal desde la perspectiva de los pacientes con infarto del HGZ No. 6 de Ciudad Valles SLP, según edad y sexo.

	SEXO N=96						GRUPO DE EDAD N=96					
	Femenino N=26			Masculino N=70			Menos de 50 años N=16			50 años y más N=80		
	N	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Funcional	19	73.1	52.2-88.4	44	62.9	50.5-74.1	12	75.0	47.6-92.7	51	63.8	52.2-74.2
Moderada	7	26.9	11.6-47.8	24	34.3	23.3-46.6	4	25.0	7.3-52.4	27	33.8	23.6-45.2
Severa	0	0	0	2	2.9	0.3-9.9	0	0	0	2	2.5	0.3-8.7

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

Tabla 2. Funcionalidad conyugal desde la perspectiva de los pacientes con infarto del HGZ No. 6 de Ciudad Valles SLP, según escolaridad.

	ESCOLARIDAD N=96											
	Primaria N=32			Secundaria N=28			Preparatoria N=23			Profesional N=13		
	N	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Funcional	19	59.4	40.6-76.3	17	60.7	40.6-78.5	16	69.6	47.1-86.8	11	84.6	54.6-98.1
Moderada	13	40.6	23.7-59.4	10	35.7	18.6-55.9	6	26.1	10.2-48.4	2	15.4	1.9-45.4
Severa	0	0	0	1	3.6	0.1-18.3	1	4.3	0.1-21.9	0	0	0

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

Tabla 3. Funcionalidad conyugal desde la perspectiva de los pacientes con infarto del HGZ No. 6 de Ciudad Valles SLP, según estado civil y tipo de familia.

	ESTADO CIVIL *						TIPO DE FAMILIA *								
	Casado N=69			Unión Libre N=27			Compuesta N=36			Extendida N=27			Nuclear N=33		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	N	%	IC95%
Funcional	52	75.4	63.5-84.9	11	40.7	22.4-61.2	23	63.9	46.2-79.2	13	48.1	28.7-68.1	27	81.8	64.5-93.0
Moderada	17	24.6	15.1-36.5	14	51.9	31.9-71.3	12	33.3	18.6-51.0	14	51.9	31.9-71.3	5	15.2	5.1-31.9
Severa	0	0	0	2	7.4	0.9-24.3	1	2.8	0.1-14.5	0	0	0	1	3.0	0.1-15.8

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

* $p < 0.05$

Tabla 4. Funcionalidad conyugal desde la perspectiva de los pacientes con infarto del HGZ No. 6 de Ciudad Valles SLP, según el tiempo de unión de la pareja.

	AÑOS DE UNION DE LA PAREJA											
	10 a 19 años N=13			20 a 29 años N=32			30 a 39 años N=24			40 a 49 años N=27		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Funcional	9	69.2	38.6-90.9	20	62.5	43.7-78.9	17	70.8	48.9-87.4	17	63.0	42.4-80.6
Moderada	3	23.1	5.0-53.8	11	34.4	18.6-53.2	7	29.2	12.6-51.1	10	37.0	19.4-57.6
Severa	1	7.7	0.2-36.0	1	3.1	0.1-16.2	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

El estado civil parece influir en la funcionalidad conyugal encontrándose una proporción mayor de parejas funcionales en relación a las disfuncionales entre los pacientes casados. Entre los pacientes en Unión Libre esta proporción está invertida (Tabla 3).

Las Tablas 1 a 4 muestran las proporciones de los tipos de funcionalidad encontrados desde la perspectiva de los pacientes con infarto según variables de estudio. No se encontraron diferencias significativas en las prevalencias de Funcionalidad y disfuncionalidad conyugal respecto al género ($p = 0.26$), edad ($p = 0.24$), escolaridad del paciente con infarto ($p = 0.24$), y los años de unión o matrimonio que lleva con su pareja ($p = 0.48$), pero sí en relación al Estado Civil ($p = 0.02$) y al tipo de familia con la que convive ($p = 0.03$). Cuando consideramos el tipo de familia, observamos que los pacientes que conviven en familias nucleares tienen proporciones de relaciones funcionales hasta 4 veces mayores con respecto a las uniones disfuncionales. Entre los pacientes con familias compuestas la proporción de relaciones funcionales respecto a las disfuncionales es de 2 a 1 y entre las familias extendidas la proporción es de 1 a 1.

La tabla 5 muestra las principales estadísticas del análisis de las respuestas tanto en las encuestas de los pacientes con infarto como en la de sus parejas. En dicha tabla podemos apreciar que existe una sobre estimación de la funcionalidad conyugal tanto por los pacientes como por sus parejas en las respuestas a los ítems de cuatro de las cinco dimensiones de la funcionalidad conyugal estudiadas por el instrumento utilizado, a saber: "Comunicación" (ítems 1,2 y 3), "Adjudicación y asunción de roles" (ítems 4, 5 y 6), "Afecto" (ítems 9, 10, 11 y 12) y "Toma de decisiones" (ítem 13). En estas cuatro dimensiones cada uno de los ítems tiene una moda igual al valor máximo esperado para cada ítem y el promedio es muy similar a dicho valor máximo. Al comparar los promedios obtenidos por ítem entre los valores de las respuestas de los pacientes y los de sus parejas, no se encontraron diferencias significativas para estas cuatro dimensiones. Los ítems de la dimensión "Satisfacción sexual" (ítems 7 y 8) son los únicos cuyas modas y promedios son diferentes al valor máximo esperado de cada ítem que lo constituye. Para esta dimensión sólo se encontraron diferencias significativas en los promedios de los valores de respuesta al ítem 7 entre pacientes y sus parejas, no así para

Tabla 5. Comparación de resultados por ítem de las encuestas a pacientes con infarto del HGZ No.6 de Ciudad Valles y la de sus parejas.

No. ítem	Valor esperado más alto del ítem	Moda de resultados por ítem		Media de resultados por ítem \pm IC 95%		Desviación Estándar por ítem	
		Paciente	Pareja	Paciente	Pareja	Paciente	Pareja
Dimensión: Comunicación							
1	10	10	10	8.4 \pm 0.47	8.9 \pm 0.42	2.35	2.11
2	10	10	10	8.1 \pm 0.48	8.4 \pm 0.47	2.43	2.35
3	10	10	10	7.6 \pm 0.52	7.8 \pm 0.52	2.61	2.60
Dimensión: Adjudicación y Asunción de Roles							
4	5	5	5	4.2 \pm 0.23	4.3 \pm 0.22	1.76	1.10
5	5	5	5	4.1 \pm 0.24	4.3 \pm 0.22	1.20	1.12
6	5	5	5	4.0 \pm 0.27	4.1 \pm 0.26	1.34	1.30
Dimensión: Satisfacción Sexual							
7	10	5	5	5.6 \pm 0.60 *	6.8 \pm 0.52 *	3.01	2.61
8	10	5	5	6.5 \pm 0.58	6.4 \pm 0.53	2.89	2.69
Dimensión: Afecto							
9	5	5	5	4.2 \pm 0.23	4.1 \pm 0.25	1.66	1.26
10	5	5	5	4.1 \pm 0.27	4.2 \pm 0.24	1.36	1.23
11	5	5	5	4.2 \pm 0.23	4.3 \pm 0.24	1.54	1.20
12	5	5	5	4.3 \pm 0.23	3.8 \pm 0.26	1.14	1.31
Dimensión: Toma de Decisiones							
13	15	15	15	13.0 \pm 0.69	13.2 \pm 0.68	3.46	3.41
TOTAL	100	100	100	78.3 \pm 3.52	80.5 \pm 3.07	17.57	15.36

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

Comparación de medias paciente/pareja: * $p < 0.05$

el ítem 8 en el que no se encontraron diferencias significativas.

Al evaluar la confiabilidad de las encuestas, encontramos un alfa de Cronbach de 0.881 para las encuestas aplicadas a los pacientes con infarto y de 0.843 para las encuestas aplicadas a sus parejas. La validación de la confiabilidad ítem / total se muestra en la Tabla 6. En ella se puede apreciar que los ítems de las encuestas a pacientes tienen mejores correlaciones que los ítems de las encuestas a las parejas. Las correlaciones en las encuestas aplicadas a pacientes con infarto tienen un rango de 0.4 a 0.77 con una media de 0.66. Los peores ítems en las encuestas a pacientes tuvieron correlaciones moderadas y son los ítems 7, 8 y 13 con unas correlaciones de 0.41, 0.40 y 0.54 respectivamente (correlaciones moderadas), mientras que el resto tiene correlaciones altas. Las correlaciones en las encuestas aplicadas a las parejas de los pacientes tienen un rango de 0.38 a 0.65 con una media de 0.54 y los ítems con peores correlaciones fueron el ítem 11 (0.38, baja correlación) y los ítems 7 y 8 con 0.41 y 0.45 respectivamente (correlaciones moderadas). Sólo cuatro ítems tuvieron correlaciones altas entre las encuestas a las parejas, los ítems 2, 3, 9 y 10.

En general, el índice de Cronbach se mantiene significativamente alto cuando se considera el retiro de cada uno de los ítems en las encuestas de los pacientes (Tabla 6). En relación a las encuestas de los pacientes con infarto, el alfa de Cronbach sin ítem específico oscila entre 0.862 (ítem 2) a 0.887 (ítems 7 y 8) con una media de 0.873 (α total de la encuesta = 0.881). Para las encuestas de las parejas de los pacientes el alfa oscila entre 0.820 (Ítems 2 y 3) y 0.842 (Ítems 7 y 13) con una media de 0.832 (α total de la encuesta = 0.843) (Tabla 6).

Tabla 6. Validación de la confiabilidad de los resultados de las encuestas a Pacientes con infarto del HGZ No.6 de Ciudad Valles y a sus parejas.

No. ítem	Varianza de la suma sin el ítem		Correlación ítem / total (r)		Coeficiente de Cronbach sin el ítem	
	Paciente (σ^2 total de la encuesta = 312)	Pareja (σ^2 total de la encuesta = 238)	Paciente	Pareja	Paciente (α total de la encuesta = 0.881)	Pareja (α total de la encuesta = 0.843)
Dimensión: Comunicación						
1	258	199	0.64	0.59	0.869	0.825
2	249	190	0.74	0.65	0.862	0.820
3	247	186	0.71	0.65	0.864	0.820
Dimensión: Adjudicación y Asunción de Roles						
4	283	221	0.69	0.51	0.872	0.836
5	280	219	0.77	0.54	0.870	0.834
6	279	215	0.69	0.57	0.871	0.832
Dimensión: Satisfacción Sexual						
7	263	201	0.41	0.41	0.887	0.842
8	266	197	0.40	0.45	0.887	0.838
Dimensión: Afecto						
9	281	214	0.77	0.62	0.870	0.830
10	276	214	0.74	0.62	0.869	0.830
11	282	223	0.74	0.38	0.871	0.840
12	283	215	0.71	0.56	0.872	0.832
Dimensión: Toma de Decisiones						
13	242	180	0.54	0.51	0.882	0.842
PROMEDIOS TOTALES						
	268.38	205.69	0.66	0.54	0.873	0.832

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

La Tabla 7 muestra la validación del constructo y en ella se aprecian mejores correlaciones dominio / total entre las encuestas a pacientes con infarto con respecto a las de sus parejas. Para las encuestas de los pacientes con infarto las correlaciones oscilan entre 0.34 y 0.78 con una media de 0.62, existiendo baja correlación en el dominio “satisfacción sexual”, moderada correlación para el dominio “Toma de decisiones” y altas correlaciones para las demás dimensiones. Para las encuestas de las parejas de los pacientes con infarto las correlaciones oscilan entre 0.4 y 0.65 con una media de 0.55, existiendo moderadas correlaciones para los dominios “adjudicación de roles”, “satisfacción sexual” y “toma de decisiones”; mientras que los dominios “comunicación” y “afecto” tienen correlaciones altas.

La alfa de Cronbach sin dominio específico en las encuestas a pacientes con infarto oscila entre 0.776 y 0.846 con una media de 0.815 (α total de la encuesta = 0.881), siendo evidente que cuando se retiran los dominios “satisfacción sexual” y “toma de decisiones”, el alfa mejora. En las encuestas de las parejas de los pacientes con infarto el alfa de Cronbach sin dominio específico oscila entre 0.776 y 0.846 con una media de 0.815, siendo también evidente que el coeficiente mejora con el retiro de la dimensión “satisfacción sexual” (Tabla 7).

Es interesante comparar las perspectivas que ambos conyugues tienen respecto a su propio matrimonio y en general puede visualizarse con los resultados que las relaciones no solo están sobrevaluadas sino también se correlacionan mutuamente de manera significativa. Así, podemos ver en el gráfico 4 cómo las respuestas de los pacientes tienen una alta correlación con la de sus parejas ($r = 0.77$). Al considerar cada dominio de manera individual podemos ver que esta correlación alta se mantiene en el dominio “comunicación” ($r = 0.704$) y “toma de decisiones” ($r = 0.641$) pero disminuye a correlaciones más moderadas en las demás dimensiones, siendo la dimensión “satisfacción sexual” la que tiene una menor correlación de las cinco ($r = 0.520$) (Gráfico 5).

Tabla 7. Validación del Constructo en los resultados de las encuestas a Pacientes con infarto del HGZ No.6 de Ciudad Valles y a sus parejas.

Dimensión o dominio	Varianza de la suma sin el dominio		Correlación dominio / total (r)		Coeficiente de Cronbach sin el dominio	
	Paciente (σ^2 total de la encuesta = 312)	Pareja (σ^2 total de la encuesta = 238)	Paciente	Pareja	Paciente (α total de la encuesta = 0.881)	Pareja (α total de la encuesta = 0.843)
Comunicación	156	119	0.68	0.60	0.827	0.776
Adjudicación y Asunción de Roles	224	183	0.77	0.59	0.846	0.815
Satisfacción Sexual	228	168	0.34	0.40	0.904	0.846
Afecto	199	160	0.78	0.65	0.830	0.798
Toma de Decisiones	242	180	0.54	0.51	0.882	0.842
PROMEDIOS:	209.8	162	0.62	0.55	0.858	0.815

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

Gráfico 4: Correlación de los resultados totales de los pacientes con infarto del HGZ No. 6 de Ciudad Valles Vs. los de sus parejas

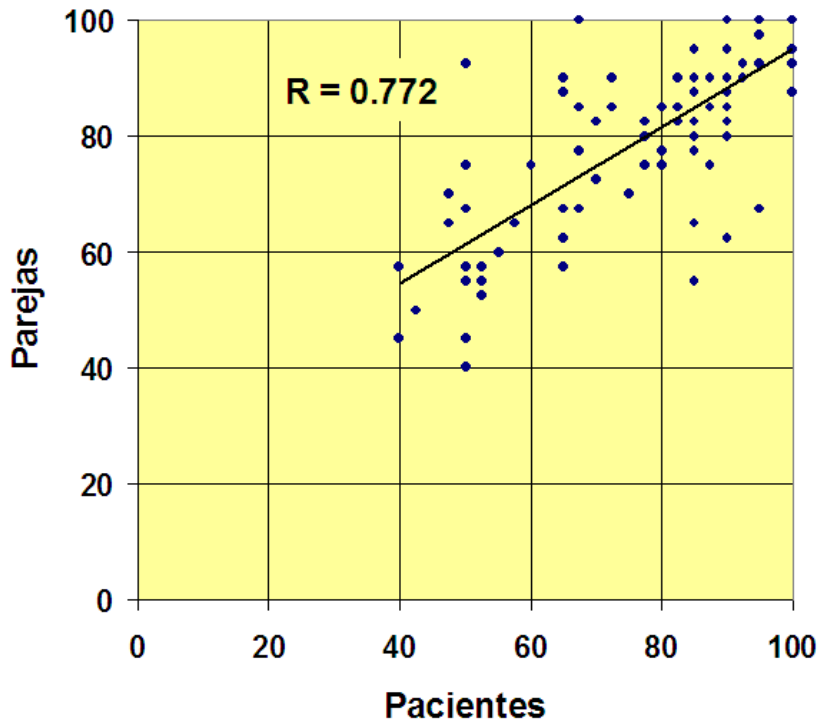
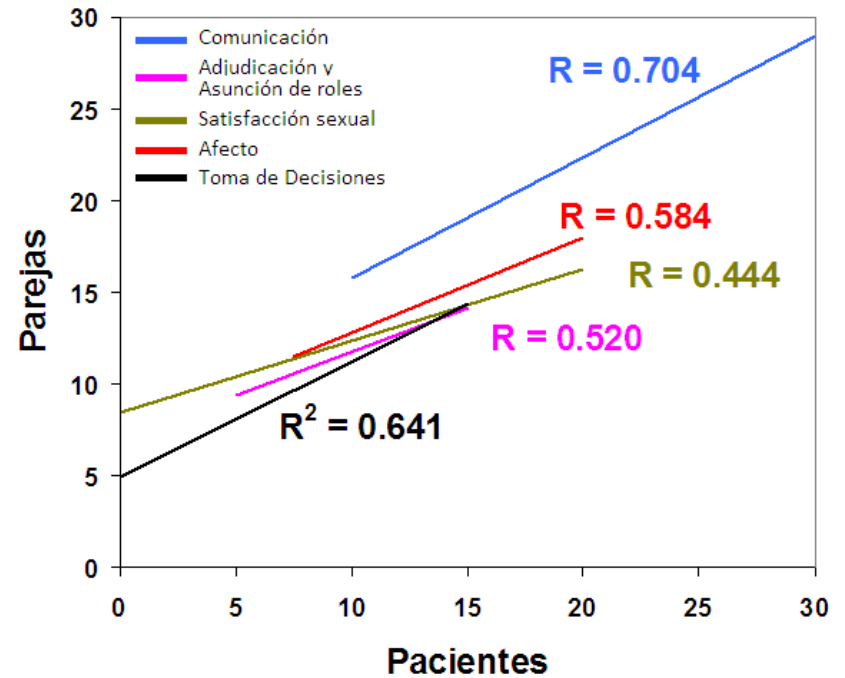


Gráfico 5: Correlación de los resultados de los pacientes con infarto del HGZ No. 6 de Ciudad Valles Vs. los de sus parejas, según dimensión.



Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

Tabla 8. Concordancia de los resultados de Pacientes con infarto del HGZ No.6 de Ciudad Valles con los resultados de sus parejas.

		PERSPECTIVA DEL PACIENTE			
		Funcional*	Disfuncional Moderada*	Disfuncional Severa	TOTAL
PERSPECTIVA DE LA PAREJA	Funcional*	58 (60.4%)	11 (11.5%)	0 (0.0%)	69 (71.9%)
	Disfuncional Moderada*	5 (5.2%)	19 (19.8%)	2 (2.1%)	26 (27.1%)
	Disfuncional Severa	0 (0.0%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)
	TOTAL	63 (65.6%)	31 (32.3%)	2 (2.1%)	96 (100.0%)

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

* $p < 0.05$

$\kappa = 0.55$

Lo anterior se ve reflejado en un índice de concordancia significativamente moderado teniéndose una Kappa de 0.55 para los resultados totales y con un 80.2% de coincidencia entre ambos conyugues en la valoración de su propia relación conyugal (Tabla 8).

Un análisis más detallado se ve en la Tabla 9, donde podemos apreciar los índices Kappa por ítem, cuyo rango oscila entre 0.21 y 0.66, apreciándose niveles discretos de concordancia para los ítems 4, 7, 8, 11 y 12 y niveles moderados en los ítems 1, 3, 5, 6, 9 y 10. Sólo los ítems 2 y 13 tuvieron un nivel de concordancia sustancial.

Tabla 9. Concordancia según ítem de los resultados de Pacientes con infarto del HGZ No.6 de Ciudad Valles y de sus parejas.

<i>Ítem</i>	<i>Índice de concordancia Paciente/Pareja (κ)</i>
ítem 1	0.56
ítem 2	0.66
ítem 3	0.42
ítem 4	0.35
ítem 5	0.47
ítem 6	0.43
ítem 7	0.21
ítem 8	0.39
ítem 9	0.42
ítem 10	0.47
ítem 11	0.27
ítem 12	0.36
ítem 13	0.63
Global	$\kappa = 0.55$

Fuente: Encuesta a Pacientes con infarto, Ciudad Valles, 2011

DISCUSION:

Existen varios estudios con patologías diferentes a las de nuestro trabajo que demuestran disfuncionalidad conyugal en proporciones diferentes a nuestro trabajo (tabla 10). En nuestro estudio encontramos un alto porcentaje de funcionalidad y esto probablemente se deba al tipo de patología de nuestra población, infarto de miocardio, que encierra una responsabilidad más alta por parte del cónyuge por cuidar a su enfermo y del paciente mismo de padecer un nuevo evento cardiaco. En el análisis de los ítems en lo particular encontramos una sobrevaloración de la funcionalidad excepto en el ítem de sexualidad donde encontramos rangos más bajos de respuesta. Si analizamos a detalle cada estudio que presentamos en la tabla 10 veremos que existen prevalencias altas de disfuncionalidad cuando el plano sexual se ve afectado. Así vemos que los estudios de López Crespo, López Saucedo y Zamora muestran porcentajes de disfuncionalidad de 64%, 81.2% y 60.1% respectivamente y, aunado al hecho de que son estudios enfocados a las mujeres, ya que las poblaciones estudiadas son de dicho género exclusivamente, muestran más porcentaje de disfuncionalidad principalmente en los ítems de sexualidad y comunicación. Aunque pudiéramos interpretar como factores de riesgo a una mayor disfuncionalidad aquellas condiciones o patologías que afectan más a las mujeres) en los casos antes expuestos, el síndrome climatérico, la obesidad, el cáncer de mama, requeriremos de más estudios para hacer tal afirmación. En nuestro estudio de pacientes con infarto de miocardio por ejemplo, estudiamos tanto al paciente como a su cónyuge, en una condición que afecta tanto a hombres como a mujeres, y encontramos por el contrario, niveles altos de funcionalidad conyugal en el orden del 65.60% desde la perspectiva del paciente y 71.90% desde la de su conyuge y similarmente en los estudios de poblaciones donde se toma en consideración a ambos géneros, como los realizados por Salazar Colín y Ramírez Castro, también se encuentran mayores porcentajes de funcionalidad hasta en un 47% y 56.25% respectivamente. Dadas estas circunstancias, es importante que los estudios de funcionalidad conyugal se apliquen tanto a uno como a otro conyuge y tomar en consideración la patología de uno o de otro, al momento de interpretar los resultados.

Tabla 10 Resumen de los trabajos sobre Funcionalidad Conyugal publicados recientemente

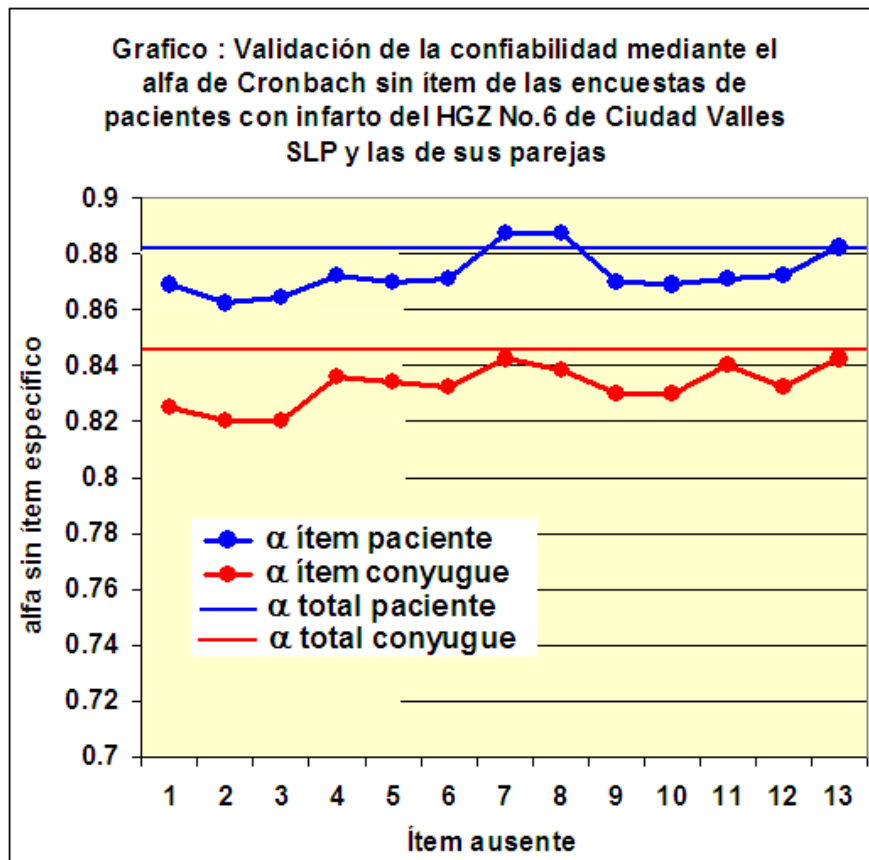
Autor	Vera	Zamora	Ramírez Castro	Arreola Chacón	López Crespo		López Saucedá	Salazar Colín
Lugar	Cd. Valles	Tamuin. S.L.P	Tepic Nayarit	Tepic Nayarit	Tepic Nayarit		Tepic Nayarit	Mexico,D.F
Población	Infartados en edad productiva y cónyuges	Mujeres con sx. De climaterio	Trabajadores de base de 25 a 60 años de IMSS	Familias con hijos de entre 5 y 10 años	Mujeres obesas	Mujeres no obesas	Mujeres mastectomizadas	Pacientes hiperutilizadores de consulta de primer nivel.
Porcentaje de funcionalidad	65.6% y 71.9%	39.9%	56.25%	27.1%	26%	81%	18.7%	47%
Porcentaje de disfuncionalidad	34.4 % y 28.1%	60.1%	43.7%	72.9%	64%	19%	81.2%	33%

Tabla 11. Interpretación de correlación de ítem/total e Tabla 12. Interpretación de la correlación dominio /total índice de concordancia paciente/pareja

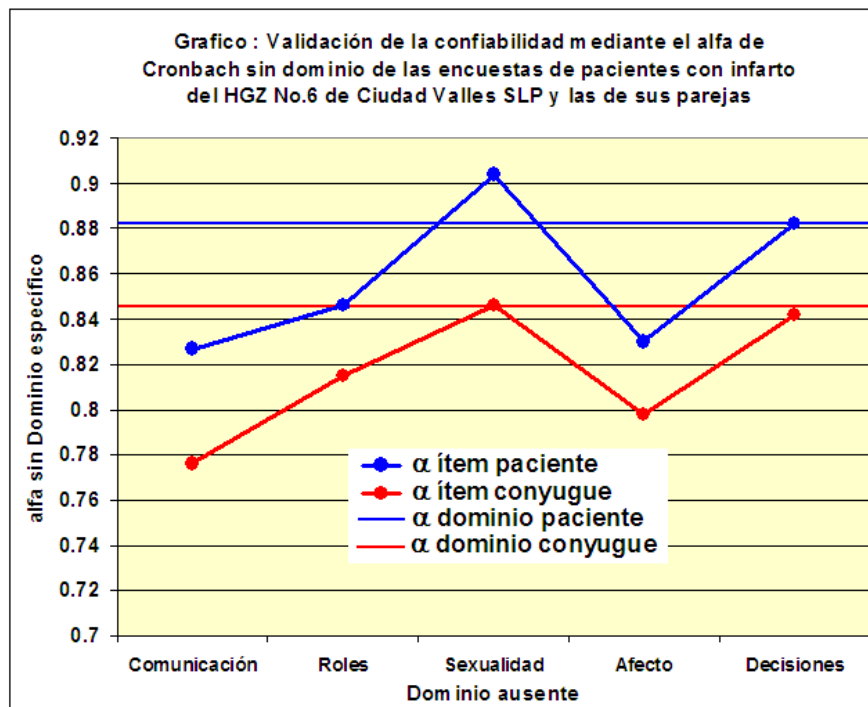
Ítem	Correlación ítem/total		Índice de concordancia Paciente/Pareja
	Paciente	Pareja	
ítem 1	alta	moderada	moderado
ítem 2	alta	alta	sustancial
ítem 3	alta	alta	moderado
ítem 4	alta	moderada	discreto
ítem 5	alta	moderada	moderado
ítem 6	alta	moderada	moderado
ítem 7	moderada	moderada	discreto
ítem 8	moderada	moderada	discreto
ítem 9	alta	alta	moderado
ítem 10	alta	alta	moderado
ítem 11	alta	baja	discreto
ítem 12	alta	moderada	discreto
ítem 13	moderada	moderada	sustancial

Dimensión o dominio	Correlación dominio/total	
	Paciente	Pareja
Comunicación	alta	alta
Adjudicación y Asunción de Roles	alta	moderada
Satisfacción Sexual	baja	moderada
Afecto	alta	moderada
Toma de Decisiones	moderada	alta

Aunque una institución como el matrimonio es difícil y compleja por cuanto que se trata de la sociedad de dos personas, cada una con un sentir y un modo de pensar diferentes, en nuestro estudio obtuvimos índices de concordancia en general ciertamente altos y las respuestas promedio que ambos daban son básicamente similares. Esto lo podemos ver claramente en la tabla 5 en la que la moda de respuesta es similar para ambos conyugues y el promedio ponderado de respuestas también es muy similar, teniéndose únicamente diferencias significativas en los promedios otorgados al ítem 7.



Todo esto hace de la validación del instrumento una necesidad y la validación interna que efectuamos da índices de concordancia alfa muy aceptables como apreciamos en la tabla 6. La interpretación de las correlaciones ítem total se muestra en la tabla 11 y en general también se tienen índices adecuados excepto en el ítem 11 que se refiere al interés por el desarrollo y la superación de la pareja que muestra una correlación baja para la pareja no así para el paciente por lo que consideramos que este ítem debe mejorarse ya que no es consistente con correlaciones altas en los ítems que pertenecen a la misma dimensión junto con este ítem 11. El índice de concordancia para este ítem también es bajo, lo que a nuestro parecer indica que, al menos en el aspecto abordado por el ítem, ambos conyugues no ven de la misma manera a su propio matrimonio.



CONCLUSIONES:

1. La prevalencia de relaciones funcionales entre los pacientes con infarto, desde la perspectiva de los pacientes es del 65.6% y desde la perspectiva de sus parejas es de 71.9%. No hay diferencias significativas entre ambas proporciones.
2. No hay diferencias significativas en las Prevalencias de disfuncionalidad según sexo, grupo de edad, escolaridad y años de unión de la pareja.
3. Existe mejor funcionalidad conyugal entre pacientes con infarto casados (75.4% de los casados), en comparación a los pacientes en unión libre (40.7% de las uniones libres).
4. Las familias nucleares tienen mejores proporciones de matrimonios funcionales en una relación 5.4 a 1 con respecto a los matrimonios disfuncionales. En las familias compuestas esta relación es de 1.9 a 1 y en las familias extendidas es de 1 a 0.93.
5. La validación interna del instrumento arroja un alfa de Cronbach de la encuesta total de 0.881 para las encuestas de pacientes con infarto y de 0.843 para las de sus conyugues.
6. La confiabilidad ítem/total muestra mejores correlaciones entre las encuestas a los pacientes que entre la de sus parejas. En general, las correlaciones son buenas, excepto para el ítem 11 de las encuestas a pareja que resultó ser baja por lo que este ítem debe ser mejorado.
7. El coeficiente alfa de Cronbach sin ítem específico es satisfactorio para todos los ítems y en ambas encuestas. Aunque el retiro de los ítems 7 y 8 de las encuestas realizadas a los pacientes mejora el coeficiente alfa de la encuesta total, lo que pudiéramos interpretar como un punto de mejora para dicha encuesta.
8. La confiabilidad dominio/total muestra correlaciones satisfactorias excepto en el dominio "satisfacción sexual" en las encuestas de los pacientes que resulto con un índice bajo por lo que este constructo debe de mejorar.
9. El coeficiente alfa de Cronbach sin dominio específico es satisfactorio para todos los ítems y en ambas encuestas. Aunque el retiro del dominio satisfacción sexual mejora el coeficiente alfa de la encuesta total, lo que pudiéramos interpretar como un punto de mejora para dicha encuesta.

10. Hay una alta correlación entre las respuestas de los pacientes con infarto y las respuestas de sus parejas con una $r = 0.77$. De manera específica, los dominios que más se correlacionan son los de comunicación ($r = 0.704$) y el menor correlacionado es el de Satisfacción sexual ($r = 0.520$)
11. El índice de concordancia total de ambas encuestas, pacientes y sus parejas es moderado ($\kappa = 0.55$). Los índices Kappa por ítem es satisfactorio excepto para los ítems 4, 7, 8, 11 y 12 que resulta en una concordancia discreta.

REFERENCIAS:

1. kaduo Arai, Saavedra Leonardo. Avances en cardiología. 2008. 28 (1): 9-12.
2. Chávez- Aguilar Víctor, Velazco- Orellana Rubén. Disfunciones Familiares del Subsistema Conyugal. Criterios para su Evaluación. Revista Médica del IMSS. 1994:32(1). 39-43
3. Moreno- Morales MC, Arrieta-Pérez R. Impacto de la disfunción eréctil sobre la disfuncionalidad del subsistema conyugal del paciente diabético. Archivos de Medicina Familiar.2008:10 (2). Abril-junio. Pp. 42-44
4. Ames Raúl. Actividad sexual pos infarto. Revista peruana de cardiología. 2004. septiembre-diciembre. Pp. 171-175
5. Huerta, José Luis. La familia en el proceso salud –enfermedad. En: Medicina familiar. México, editorial alfa, año 2005. Pp. 13, 18-19,102-103.
6. Bautista- Samperio, Bravo-Gómez, Irigoyen- Coria A. Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardiaca ambulatoria. Archivos en medicina familiar. Jul.-sept. 2009. 11(3):107-110
7. González -Guzmán Rafael, Alcalá- Ramírez Julian. Enfermedad Isquémica del Corazón. Depto. De salud pública. Facultad de medicina sept.-oct. 2010. 53 (59) 35-43.
8. Huerta- Robles Benjamín. Epidemiología de los síndromes coronarios agudo. Archivos de cardiología de México. 2007. 7(4), octubre-diciembre. Pp. 214-218.
9. Cabello-Mijares Gerardo, Morales-G. Amira. Eficacia del programa de rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica. Anales médicos. Enero-marzo. 2010. 55 (1).Pp. 24-28.

10. Escobedo- de la Peña Jorge, Rodríguez- Abrego Gabriela. Morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica en el instituto mexicano del seguro social. Estudio ecológico de tendencias en población comparada por el IMSS entre 1990 2002.
11. Yusuf- S. Hawken, S-Ounpuu S. On behalf of the interheart Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the interheart study): case control study. *Lancet*. 2004.364: 937-952.
12. Rosengren A, Hawken, S-Ounpuu S. For the interheart investigators. Association of psychosocial risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the interheart study): case .control study. *Lancet*. 2004. 364: 953-962,
13. Rozansky A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and the implications for the therapy. *Circulation*. 1999: (16): 2192-2217.
14. Barbudo del Cura, Eduardo; Leira Sanmartín Mónica. Comunicación médico – paciente en cardiología. En: [http://: msd.es](http://msd.es). El médico.mx. Marzo 2007. 52-53
15. Booth-Kewley S, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychol Bull*; 1987; 101: 343.
16. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation* 89: 1992-1994.
17. Barefoot JC, Larsen S, Von Der-Lieth L, Scholl M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women. *Am J Epidemiol* 1999; 142: 477- 484.
18. Diez- Roux AV, Ranjit N, Powell L, Jackson S, Lewis TT,Shea S. Psychosocial factors and coronary calcium in adults without clinical cardiovascular disease. *Ann Intern Med*; 2006. 144: 822- 831.
19. Mossman Clarisse, Wagner Adriana. Calidad conyugal. Artículo Paidea. 2001.16 (35): 315-325.

20. Salazar-Colín E, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores Archivos Medicina Familiar 2005; 7 (2)
21. Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar.2006. 8 (1): 27-32.
22. Arreola- Chacón Claudia, Vázquez-Uribe Cipriano. Maltrato Infantil en familias con disfunción del subsistema conyugal en una unidad de primer nivel de atención. Revista Humanitas 2004. Marzo pag. 28.
23. La comunicación en pareja disponible en: www.pulevasalud.com/ps/subcategorias. Revisado el 04-dic-2011.
24. Los roles de pareja. Disponible en: <http://crecimientopositivo.es/blog>. Revisado el 04-dic-2011.
25. Respuesta sexual humana. Disponible en: <http://www.sexologia.org/respuesta.sexual.html>. Revisado el 04-dic-2011
26. Rivera- Castañeda M. Existe el sexo después del infarto de miocardio? Disponible en: <http://www.avancecardiologico.mx> Revisado el 04-dic-2011
27. Trejo- Escalante, Fernando. Deshumanización de la Medicina. Hospitales de Costa Rica; 1978. (6): 19-21
28. Herramientas para el diagnóstico de la disfunción familiar. Teoría general de los sistemas aplicada a la familia. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.mx>. Sociedad española de medicina de familia y comunitaria. Diario electrónico de la sanidad.
29. Ramírez Castro José Bartolo, Peña Virgen Salvador y cols. Ausentismo laboral no programado y disfunción del subsistema conyugal.

30. Zamora Martiñon Liliana. Funcionalidad Conyugal en mujeres de 45 a 59 años con síndrome climatérico de la UMF 3 Tamuin S.L.P. 2011. Tesis recepcional en prensa.

31 López Crespo Elda María, Medina Carrillo Leopoldo. Funcionalidad conyugal y autoestima en relación a la mujer obesa. . Revista Humanitatis. Unidad académica de medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit. Año II, (4-5) enero-diciembre 2004.

ANEXOS:

Anexo 1:



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA.**

Lugar y fecha _____

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

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES
CON INFARTO DE MIOCARDIO EN EL HGZ No.6 EN SAN LUIS POTOSI DEL
PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2011**

Registrado ante el comité local de Investigación No. 2402.

El objetivo del estudio es **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO EN EL HGZ No.6 EN
SAN LUIS POTOSI DEL PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2011**

“Se me ha explicado que mi participación consiste en: proporcionar información sobre la
relación con mi pareja a través de una encuesta

Declaro que se me ha explicado ampliamente que **NO EXISTEN** riesgos, inconvenientes y molestias derivados de mi participación y los beneficios son: identificación de problemas en mi relación de pareja y buscar soluciones a las mismas.

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

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

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

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma del investigador <u>Rosario Vera Hernández</u>
-----------------------------	--

Anexo 3: Encuesta segunda parte.



ENCUESTA SOBRE FUNCIONALIDAD CONYUGAL.VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO EN EL HGZ No.6 EN SAN LUIS POTOSI DEL PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2011

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I COMUNICACIÓN			
a) se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b) la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II ADJUDICACION Y ASUNCION DE 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 entra la pareja	0	2.5	5
III SATISFACCION SEXUAL			
a) es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b) es satisfactoria la calidad de la actividad	0	5	10
IV AFECTO			
a) existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) el tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V TOMA DE DECISIONES			
a) las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15
00-40 = pareja severamente disfuncional			
41-70 = pareja con disfunción moderada			
71-100= pareja funcional.			

Anexo 4: Cronograma de actividades

CRONOGRAMA	ANEXO 3																							
	2010												2011											
AÑO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ACTIVIDAD																								
TITULO Y DISEÑO DEL PROYECTO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
RECOPILACION DE INFORMACION BIBLIOGRAFICA												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ASESORIA METODOLOGICA													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
REGISTRO DEL PROTOCOLO ANTE EL COMITE																		■						
CAPTURAS DE DATOS																					■			
ANALISIS DE DATOS																						■		
MANEJO ESTADISTICO																							■	
PRESENTACION DE LA UNAM																								■
