

I. MARCO TEORICO

I.1. EL SISTEMA FAMILIAR

La familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que se encuentra entre el individuo y la sociedad, y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, adopción, unión consensual o matrimonio. Desde el punto de vista funcional y psicológico, implica además compartir un mismo espacio físico; desde el punto de vista sociológico no importa si se convive o no en el mismo espacio para ser considerado parte de la familia¹.

El sistema familiar a su vez se compone de subsistemas, tales como: el subsistema conyugal (papá y mamá), el subsistema paterno-filial (padres e hijos) y el subsistema fraternal (hermanos). Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderno), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionalista) y la integración (integrada, semi-integrada o desintegrada). Sin embargo, hay otras características que son indispensables conocer para determinar el grado de funcionalidad familiar, estas se engloban en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los Limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que

no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada².

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. El abordar las características nos lleva a la necesidad de considerar la familia, sus funciones, sus reglas, sus creencias, los ciclos por los que atraviesa, los subsistemas que la componen y la importancia en la manera como se organice.

Además, la familia es un entorno de intimidad donde ideas, afectos y sentimientos se aprenden e intercambian. La familia significa para la mayoría de personas el ámbito más valorado, ya que actúa como una red de relaciones y fuentes de apoyo, además de que contribuye al ajuste psicosocial del individuo³. La familia busca, así, llegar a convertirse en un espacio idóneo para la comunicación, la relación, la estabilidad y el desarrollo de identidad individual. Para su funcionamiento, a su vez, la familia debe desempeñar las funciones de procrear, de socializar, de sostener económicamente, de cuidar emocionalmente a los hijos y, por supuesto, de la crianza. Con estas tareas proporciona a sus miembros confort, tranquilidad, seguridad y salud. Para Eguiluz⁴, estas tareas se realizan a través de la interacción de tres niveles: biológico, psicológico y social. A nivel biológico, su función es perpetuar la especie; a nivel psicológico, su función es crear los vínculos interrelacionales para la satisfacción de necesidades individuales; a nivel social, su función es la de transmitir las creencias, valores, costumbres y habilidades del individuo que contribuyen a su desarrollo.

Una tarea en el desarrollo familiar es una responsabilidad creciente que surge en un determinado momento en la vida de la familia, donde los buenos resultados conduce a la satisfacción y al éxito en las tareas posteriores, mientras que el fracaso conlleva a la infelicidad, la desaprobación de la sociedad, y más tarde a la dificultad de realizar tareas futuras. Se puede decir que los dos grandes objetivos de toda familia, según Estrada⁵, son:

a) resolver las tareas o crisis que va enfrentando la familia en los diferentes etapas de desarrollo y,

b) aportar los complementos a las necesidades de sus miembros, con el objeto de lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

La familia, por tanto, es un sistema relacional en el cual una unidad que sufre un cambio en su estado ha sido afectada por otra unidad y, que también, provoca el cambio de otra con la que está vinculado. De acuerdo a las aportaciones de la teoría de sistemas⁶ todo organismo es un sistema, o sea, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones reciprocas; de este modo, se puede considerar a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, que se regula a través de reglas y que desempeña funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior⁴. Al ser un sistema abierto, la familia ajusta y cambia su estructura al entrar en contacto con el sistema social en que participa la escuela, el ámbito

laboral, los vecinos, pues en ella influyen sus reglas, valores y, en general, de su sistema de creencias y costumbres provocando modificaciones en la unidad^{3,4}.

I.1.2 SUBSISTEMA CONYUGAL

Aunque la familia es un sistema jerárquicamente organizado, esta se diferencia y desempeña sus tareas a través de los subsistemas que la componen. En cada uno de los subsistemas (conyugal, el parental y el fraterno), el individuo posee diferentes habilidades, niveles de poder y diferentes formas de relación con otros, en función del rol desempeñado: como padre, como esposo, como hijo, como hermano³.

El subsistema conyugal se forma en el momento que dos individuos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos. Sus funciones o actividades específicas están encaminadas a garantizar el funcionamiento familiar. Para lograr el cumplimiento de sus actividades, se requiere que se genere la acomodación mutua y la complementariedad, tanto con el sistema de creencias como en los valores, los estilos de comunicación conformados en sus respectivas familias de origen. De esta forma se va generando una renuncia por parte de los cónyuges a su propia individualidad para dar paso a las cosas comunes y al sentido de pertenencia que se debe tener en la nueva estructura⁷.

Así, al constituirse una nueva pareja se crean expectativas acerca de cómo se llevara a cabo la vida futura en familia, pues se contempla tener hijos e hijas,

cuidarlos atenderlos y lograr una armonía familiar. Sin embargo, diferentes factores intervienen en la manera como se llevaran a cabo las relaciones entre la pareja, con los hijos y en la familia. Estos factores abarcan desde la educación de la familia de origen de cada miembro de la pareja, su escolaridad, edad sexo, ingresos, expectativas y situaciones no esperadas, como la no llegada de los hijos e hijas, el nacimiento de los hijos o hijas con retardo en el desarrollo o enfermedades crónicas en algún miembro de la familia⁷.

La elección de una pareja dentro del mosaico de opciones, es una de las más importantes decisiones para los individuos que la integran, ya que esto repercutirá para el resto de sus vidas. Con la construcción de la pareja se generan diversas posibilidades para que ambos satisfagan mutuamente sus necesidades de apoyo, ayuda y nutrición emocional. La elección de la pareja se inspira de forma simultánea tanto en el parecido como en la diferencia. Esta elección está relacionada con la historia de cada miembro y con sus respectivas familias de origen, por lo que se puede reproducir patrones ya conocidos, o generar una ruptura que incorpore algo diferente. Es muy probable que tanto contraste y semejanza se persigan en la mayoría de las parejas, con lo cual se da lugar a elementos de complementariedad y de simetría en proporciones diversas. Las relaciones de pareja se basan en la reciprocidad de implica el intercambio en la relación con el conocimiento y valoración, con el cariño y ternura, con el deseo y el sexo. El dar y el recibir en forma equilibrada son aspectos implicados en el ejercicio de la relación de pareja⁸.

El subsistema conyugal, debe fijar límites con la finalidad de protegerse de las interferencias a través de las demandas y necesidades de otros subsistemas, como pueden ser los hijos, la familia de origen o los parientes políticos. Además puede ofrecer a sus miembros los cimientos del apoyo en la interacción con los ámbitos extra-familiares, con lo cual llegaría a proporcionar la seguridad ante las tensiones externas. De igual forma, las disfunciones en las relaciones de pareja influirán en el resto de la familia, particularmente en los hijos⁸.

I.1.3 DISFUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal. Algunos autores han considerado a las familias disfuncionales o desorganizadas como un factor de riesgo y generadoras de individuos con problemas de comportamiento o de adaptación

Las funciones llevadas a cabo por la pareja deben ser claras y gratificantes, es por ello que el médico familiar debe orientar a la pareja y contar con criterios definidos que permitan evaluar su grado de disfuncionalidad sin perder de vista el marco social en el que se encuentra inmerso⁹.

A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores como son:

a) Recursos familiares que son las fuentes de apoyo, intrafamiliares o extra-familiares, que la familia utiliza en la solución de problemas que se les presentan. Pueden ser de tipo social, cultural, religioso, económico, educativo y médico. Por atención médica se entiende el hecho de responder a las necesidades de salud manifestadas por el paciente, en tanto que cuidado es la respuesta a las necesidades expresadas y no expresadas, detectadas por el equipo de salud. Apoyo significa, que se deben utilizar todos los recursos existentes al alcance de la familia para atender o resolver los problemas de salud identificados en cada grupo doméstico. El equipo de salud debe tener conocimiento de los recursos presentes tanto en la familia como en la localidad, para hacer uso de ellos oportunamente y coordinar su utilización cuando el caso lo requiera.

b) La capacidad de la familia para adaptarse o hacer frente a los eventos críticos depende grandemente de dichos recursos, los cuales se consideran efectivos si cuentan con las siguientes características:

- Interacción social evidente de los miembros de la familia con grupos de amigos, centros sociales o deportivos, vecinos, grupos de alcohólicos anónimos, asociaciones de padres, guarderías, asilos, etc.

- Satisfacción cultural reconocida, especialmente en grupos étnicos bien definidos.

- Creencias religiosas que permitan experiencias espirituales satisfactorias.

- Adecuada educación, de los miembros de la familia que les ayude a solucionar o comprender mejor los problemas que surgen por el estilo de vida establecido.

- Estabilidad económica suficiente para proveer una razonable satisfacción financiera y poder hacer frente a las demandas económicas de la vida diaria.

- Cuidados médicos disponibles a través de canales accesibles y que previamente hayan sido utilizados satisfactoriamente.

Se sabe que con escasos recursos las familias suelen ser disfuncionales y difícilmente logran salir de sus crisis. Por otro lado, es posible que una familia pueda contar con recursos pero no hacer uso de ellos, por lo que el manejo integral de las familias el médico debe ser capaz de identificar dichos recursos y facilitar su utilización en el manejo de los recursos. Además, la lista y las características de estos recursos deben elaborarse en función de los problemas detectados, los eventos críticos y los riesgos identificados en la familia, con la finalidad de que puedan ser sugeridos como alternativas de solución, de manejo o de apoyo para la misma familia.

El instrumento de valoración para el estudio de funcionalidad habla de alteraciones en la funciones del subsistema conyugal, y que provocan desequilibrio como lo son: comunicación adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, instrumento propuesto por Chaves Aguilar, su parámetro de medición de acuerdo a los reactivos va de 0-40

clasificándolo como pareja severamente disfuncional, de 41 a 70 como pareja moderadamente disfuncional y de 71 a 100 como pareja funcional¹⁰.

I.1.4 RESIDENCIA MÉDICA

Dentro de la formación del área de salud existen etapas en el área de la medicina en la cual el desprendimiento de un sistema nos enfrenta para mejorar la calidad de vida, por lo cual cada uno de los procesos que pasamos tienen instrucciones precisas para poder cursarlas, en el caso del médico residente son las siguientes:

De acuerdo al artículo 353-A se entiende por médico residente al profesionista de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de residentes, para cumplir una residencia (ley federal del trabajo).

La especialización médica en México data de la época prehispánica y se acentuó durante el Virreinato con la apertura de hospitales de especialidades, y no fue sino hasta el siglo XX cuando se impulsó más su creación y consolidación. En 1906 se estableció en la Escuela de Medicina un programa de cursos para graduados de diversas especialidades. A partir de la creación de la primera residencia del Hospital General, en 1942, la realización de estos cursos se hizo regular y ordenada. A mediados del siglo XIX Teodoro Billroth ideó en Viena un

sistema de residencias; redactó un programa de adiestramiento, realizando una rigurosa selección de alumnos y exigiendo una preparación a conciencia. Teodoro contempló la rotación y el estrecho contacto con los servicios de Medicina Interna y organizó una consulta externa con seguimientos minuciosos de los casos.

La residencia hospitalaria se constituyó en una forma de adiestramiento y preparación para los médicos jóvenes recién graduados. Esa residencia se realizaba dentro del hospital durante un tiempo exclusivo, con reconocimiento y respaldo de una institución universitaria.

En la actualidad los médicos residentes se ocupan de funciones asistenciales, crean relaciones estrechas con sus profesores, forjan una enseñanza estrecha debido a que participan en la docencia y ayudan a los residentes de menor grado gracias a los conocimientos que han obtenido en los servicios¹¹.

El termino residente es un médico general titulado con cedula profesional que lo faculta como profesionista en el área de la salud que decide concursar por una plaza en alguna de las especialidades de su elección sometándose al examen nacional, El número de lugares, los requisitos y otras especificaciones de la residencia son decididos en los propios hospitales y avalados por un comité interinstitucional¹².

El sistema de residencias médicas constituye la base de la educación médica de posgrado y es el procedimiento idóneo que permite la transición del estudiante graduado a ser médico especializado.

La residencia médica es la única estructura de formación apta, si se realiza un programa evaluado y acreditado por sus pares y desarrollo en un servicio-institución categorizado técnicamente e integrado totalmente en el proceso educacional.

Los médicos residentes deberán cumplir con todas las tareas, horarios y obligaciones que les asigne el programa, así como con las reglamentaciones administrativas que determine cada institución, teniendo en todo momento la prioridad absoluta en el cuidado del paciente a su cargo¹³.

Para los médicos residentes en medicina familiar, en cuanto a la descripción de su tiempo, cumplen con un horario semanal que dependerá del servicio de rotación en que se encuentre presentándose a las 7 am hasta las 2 pm con dos horas extras para complementación de actividades, dentro de este tiempo se realizan actividades complementarias de 12 hrs entre semana y 24 hrs en fin de semana, siendo cada cuatro días, presentando clases diariamente de 14 a 16 hrs en horario de lunes a viernes así como clases de diversas materias por la mañana a las 7 am variando las asignaturas.

En cuanto a los médicos en curso en especialización en medicina familiar para médicos generales del IMSS constituye una serie de actividades apegados al PUEM, dividiéndose en seminario de atención médica, seminario de educación, seminario de investigación y trabajo atención medica que comprende estudio de salud familiar taller de auto-imagen, taller del expediente clínico, rotación hospitalaria, y asesoría en consultorio, en cuanto a horarios extra laborales el

cual se adecua al alumno siendo por semana un total de 10 horas, independiente a esto se hacen actividades fuera de la unidad así como actividades complementarias de 24 hrs. en una semana, durante un periodo por año, así como una hora cada quince días para su estudio de seguimiento de salud familiar.

Para los residentes de urgencias medico quirúrgicas presentan actividades semanalmente con una entrada a su área a las 7 am sin horario de salida. Presentan clases diariamente de 12 a 13hrs con sesión de casos clínicos y sesiones radiológicas con la aprobación de artículos, los viernes presentan clases a las 8 am con la presentación de temas generales y cada tercer sábado de mes acuden a actividades escolares de estadística de 9 a 14 horas, siendo muy discutido su horario de actividades en el ámbito familiar.

El objetivo general del plan de estudios de esta especialización medica semi-presencial es formar médicos competentes en los diversos campos disciplinarios del saber y el quehacer de la medicina, capaces de desarrollar una práctica profesional de alta calidad científica, con un profundo sentido humanista y vocación social de servicio, que integren a su trabajo experto de atención medica las actividades de investigación y de educación.

El plan de estudios se organiza en ciclos colectivos anuales y está conformado por cuatro asignaturas un trabajo y tres seminarios, en torno a la función profesional sustantiva: la atención médica, origen y razón de ser de las funciones

de investigación y educación, que acorde a los propósitos de enseñanza, merecen menor profundización.

También según las funciones profesionales en torno a las cuales se organiza estos estudios, el nombre de la asignatura, su ubicación anual y su carga académica en horas y en créditos escolares, de acuerdo a la duración del curso tres años.

El perfil comprende tres vertientes de logros educativos que se esperan como efectos del proceso de educación formal, esto es: Orientación profesional-humanista, la formación intelectual y el desempeño operativo del especialista medico

En su quehacer cotidiano el especialista medico se enfrenta a situaciones reales que demanda su atención y le plantean de inicio, un conflicto conceptual, y de toma de decisiones sea en aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estas situaciones problema que se presentan en consultorio, salas de hospitalización, en el laboratorio clínico, en el quirófano, en la sala de urgencias en la comunidad, en los grupos escolares, deportivos o trabajadores y en cualquier ámbito donde se precise la acción del médico constituyen el sustento de la metodología educativa del plan único de especialidades médicas.

I.1.5 FACTORES EN LA DISFUNCION CONYUGAL DE LOS MEDICOS RESIDENTES

Principalmente, la evaluación del funcionamiento del subsistema conyugal en médicos inscritos en un programa de especialización médica es de suma importancia, debido a los escasos estudios realizados en este tema.

La calidad de vida respecto de la salud entre los residentes de medicina al comienzo de su adiestramiento arrojó resultados previsibles, por ser un grupo joven y con altas expectativas al momento. Obtener un lugar para efectuar el curso de especialidad médica es todo un logro en México: en 2003, 20,182 médicos presentaron el examen de selección en todo el país, de éstos sólo 4,501 fueron aceptados; para 2004 el número de concursantes a una de las 3,908 plazas de residencia médica fue de 21,643.

La precariedad laboral y el futuro incierto en que están inmersos los médicos residentes observando un panorama laboral, probable causa del proceso, se refleja en los siguientes aspectos:

a) Gran sobrecarga de trabajo en las actividades asistencial y académica. Se calcula que en promedio trabajan 80 horas semanales sólo en la actividad asistencial hospitalaria, independiente de las labores extra hospitalarias

b) Ausencia de horario fijo como en la mayor parte de los otros trabajos. Desde que firman su contrato de becarios se establece que es de tiempo completo en la dependencia hospitalaria, y esto afecta diferentes dimensiones de su calidad de vida

c) Trastornos del ciclo sueño-vigilia por la sobrecarga física (trabajan todo el día). En general, manifiestan algún grado de alteración del sueño (como lo demuestran los ítems respectivos del cuestionario). Está demostrado que los trastornos en el ciclo sueño vigilia afectan significativamente el rendimiento físico, psicológico y social. Numerosos estudios han demostrado que la educación médica, en todos los grados, es muy exigente y estresante, y en residencias médicas más, por estar en contacto con problemas de resolución urgente, además de que los hospitales oficiales casi nunca cuentan con todos los recursos para brindar atención adecuada.

Existen propuestas enérgicas en el sentido de reducir estos horarios de trabajo con el fin de mejorar la calidad de vida de los médicos y la atención médica a los pacientes^{14, 15}.

Aunque los médicos residentes tienden a ser académicamente centrados, estudiosos y trabajadores, y suelen tomar en serio su profesión¹⁶, a menudo trabajan en contra de crear y mantener relaciones y matrimonios saludables¹⁷.

Las mujeres en la medicina tienen desafíos adicionales¹⁸. Pueden sufrir estrés al tratar de hacer malabares entre ser médico, esposa o pareja, madre, hija y voluntario, y encontrando así mucho menos tiempo para sí mismas¹⁹.

El sector salud es una profesión con un índice muy elevado en el número de divorcios, comparativamente con otros grupos poblacionales (INEGI) ²⁰. Un número cada vez mayor de médicos infelices que pasan a través de una ruptura o divorcio están cantando la misma melodía.

En Canadá, por ejemplo, la tasa de divorcio en 1987 fue del 44% y disminuyó hasta un 37% en 2006, pero poco a poco la tendencia va en aumento. A pesar de su gran carga de estrés, no hay estadísticas fiables que sugieran que la tasa de divorcio entre los médicos difiere²¹.

Por otra parte, existen grandes diferencias en función del sexo y de la especialidad. Según un estudio de EU en 1997, los psiquiatras tenían la mayor tasa de divorcio de alrededor del 50%, seguido por los cirujanos con el 33%. Para el mismo periodo, la profesión en su conjunto tenía una tasa de divorcio del 29%. Además, el estudio encontró una elevada tasa de divorcios entre los médicos mujeres y las que se casaron cuando aún estaba en la escuela de medicina²¹.

Adicionalmente, un estudio realizado en 2003 por el Dr. Gail Robinson²² del Hospital General de Toronto, al estrés que enfrentan las mujeres médicos, encontraron que las tasas de suicidio y divorcio son mucho más altas que las del público en general.

Una encuesta realizada en EU en 1999 encontró que un 22% de los médicos varones se casaron con otro médico. En el 2002, un estudio concentrado en el matrimonio entre médicos encontró que la tasa de divorcio fue relativamente baja de alrededor del 11%²¹.

En México, un estudio realizado en 2008 mostró que al determinar el número de horas de las actividades médicas contra el número de horas de recreación realizadas por semana, se observó que siete de cada diez residentes realizaban

entre dos y tres turnos, y ocho de cada diez realizaban más de 50 hrs de actividades médicas. Además, el 67% de los residentes realizaban menos de 6hrs de recreación y el 26% menos de 2 horas de recreación²³. En consecuencia, la residencia produce rupturas sentimentales y familiares, más aún, existe mayor insatisfacción cuando se tienen hijos. El apoyo familiar es indispensable como núcleo generador de motivación hacia la profesión.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es la unidad social básica en la que se generan muchos problemas relacionados con la funcionalidad familiar. Siendo el funcionamiento familiar un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad de sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se pueden presentar, con base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional.

Desde hace algunos años esta situación, ha creado la necesidad de estudiar y conocer los problemas que hoy en día preocupan a los residentes en medicina como son la separación o el divorcio.

Los médicos que pueden armonizar las necesidades de trabajo, familia y bienestar físico, emocional y espiritual son más felices, más sanos, más claros en sus pensamientos y más energéticos. Sin embargo, esta es una meta que resulta difícil de alcanzar para la mayoría de los médicos.

Comunicar de forma madura y dando lugar en una relación o matrimonio no es innata. Tiene que ser aprendido. Y este tipo de comunicación no se enseña en la escuela de medicina, ya sea en la enseñanza formal o con el ejemplo. De hecho,

las expectativas y el rigor del entrenamiento en algunas residencias son "tóxicas" y, la antítesis de las relaciones saludables en el hogar.

Por tal motivo se llega a la siguiente pregunta

¿Cuál es la funcionalidad del subsistema conyugal de los médicos inscritos a una especialización médica en la UMF 92 zona oriente del IMSS?

III. JUSTIFICACION

III.1. ACADEMICA

Para obtener el grado de Especialidad en Medicina Familiar ,a través del presente estudio funcionalidad del subsistema conyugal en médicos inscritos a un programa de especialización en la UMF 92 zona oriente del IMSS, Uno de los factores importantes que inciden en la calidad de vida y en la experiencia matrimonial o de pareja es el trabajo, algunas profesiones son más proclives a rupturas que otras.

III.2 CIENTIFICA

El personal del área médica, específicamente los médicos residentes, es un grupo muy vulnerable a las disfunciones familiares, debido a que los individuos trabajan más horas y, en general, afrontan niveles de estrés superiores a los de la población. Consecuentemente, esto puede modificar la calidad de vida familiar y personal del médico residente. Un resultado en el desequilibrio del subsistema conyugal puede tener efectos en el comportamiento del individuo modificando su humor, emociones, motivaciones y su cognición, influenciando así directamente su capacidad de actuación y su habilidad para alcanzar objetivos bien definidos.

III.3 SOCIAL

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismo que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para la utilización, como es el caso para evaluar el subsistema conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde hace 10 años para la aplicación única y exclusiva a la pareja

III.4 ECONOMICA

Una relación sana e íntima es vital para la mayoría de los médicos:

- Las responsabilidades profesionales y/o temperamentales de un médico puede estar en contradicción con este objetivo
- La profesión médica necesita un cambio cultural a partir de la creencia de que la vocación de los médicos trasciende la vida familiar
- Todas las relaciones necesitan atención, paciencia y cuidado
- La terapia de pareja a menudo puede ayudar a restaurar la intimidad, la felicidad y el bienestar personal

IV. HIPOTESIS

El subsistema conyugal se modificara al $> 50\%$ en médicos inscritos en un programa de especialización médica en la UMF 92 zona oriente del IMSS

IV.1 ELEMENTOS DE LA HIPOTESIS

IV.1.1 UNIDADES DE OBSERVACION

Médicos inscritos a un programa de especialización medica en la UMF 92 zona oriente del IMSS, que se encuentren casados o unión libre.

IV.1.2 VARIABLES

IV.1.2.1 DEPENDIENTE

Funcionalidad del subsistema conyugal.

IV.1.2.2 INDEPENDIENTE

Médicos inscritos en un programa de especialización medica en la UMF 92 zona oriente del IMSS

IV.1.3 ELEMENTOS LOGICOS

La, el , en ,los presentan algún grado de :

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer la funcionalidad del subsistema conyugal de los médicos inscritos a un programa de especialización médica en la UMF 92 zona oriente del IMSS.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el género y edad en los médicos inscritos en una especialización medica
- Conocer el estado civil de médicos residentes
- Identificar la presencia de hijos en médicos inscritos en una especialización medica
- Identificar el número de guardias en los médicos inscritos en una especialización medica
- Identificar la ocupación y grado de escolaridad de las parejas de los médicos residentes
- Conocer el número de años cursados en la residencia medica

VI. METODOS

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Descriptivo, Prospectivo y Transversal.

VI.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Con la finalidad de conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en médicos residentes y así poder identificar los principales factores socio-demográficos que intervienen en la funcionalidad, se aplicó un cuestionario a los médicos inscritos a una especialización médica de la zona oriente del Estado de México (anexo 1). La encuesta solicita información demográfica y relacionada al trabajo e incluye una sección para evaluar la funcionalidad familiar del individuo encuestado.

Después, se procedió a filtrar los datos obtenidos aplicando los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación antes citados. Entonces, se aplicó el instrumento de evaluación incluyéndose una ficha de identificación y la previa autorización por medio del consentimiento informado (anexo 2). Para evaluar cualitativamente la funcionalidad del subsistema conyugal entre los médicos participantes, la funcionalidad se caracterizó por medio de una escala de 3 puntos, con 1 = Funcional, 2 = Moderadamente disfuncional y 3 = Severamente disfuncional. El cual fue evaluado por parte del investigador por medio del programa SPSS versión 20 realizando un análisis descriptivo de las variables.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala	Unidad de medida.
Dependiente Funcionalidad Sistema conyugal	Características que conforman a la familia	Característica en las cuales por puntaje se clasifica un subsistema familiar	Cualitativa	Ordinal	1. Funcional. 2. Moderadamente disfuncional. 3. Severamente disfuncional.
Independiente Médicos inscritos en un programa de especialización médica en la UMF 92 zona oriente del IMSS	Profesional de medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con una residencia.	Se obtiene por medio del cuestionario	Cualitativa	Nominal	1. Residente MF 2. Alumno CFMFAMG 3. Residente de Urgencias 4. Alumno CFMGAU
Año cursado de residencia	Son los años de estudios cursados por un graduado o licenciado en medicina en su periodo de posgrado y es de acuerdo a la especialidad.	De acuerdo a la especialidad en curso	Cuantitativa	continua	1. Primer Año 2. Segundo Año 3. Tercer Año 4. Cuarto Año

Frecuencia mensual de guardias	Permite hacer referencia a la cantidad de veces que un proceso periódico se repite por unidad de tiempo	Cantidad de guardia complementaria realizada durante un mes	Cuantitativa	Continua	1. Menos de 7 2. 7 a 8 3. 9 a 10 4. Más de 10
--------------------------------	---	---	--------------	----------	--

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Escala	Unidad de medida.
<i>Género</i>	Se refiere a la identidad sexual de origen biológico de un individuo	Se obtiene por medio del cuestionario	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
<i>Edad de los participantes</i>	Periodo de tiempo en años de un individuo desde su nacimiento	Se mide en años	Cuantitativa	Discreta	Edad cumplida en años
<i>Estado civil</i>	condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Se clasifica de acuerdo a si son solteros, casados, unión libre o divorciados	Cualitativa	Nominal	1. Unión Libre 2. Casado
<i>Presencia de Hijos</i>	Familia	Presencia de un nuevo integrante en la familia	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

<i>Ocupación de la pareja</i>	El término, que proviene del latín <i>occupatio</i> , se utiliza como sinónimo de trabajo , oficio, empleo y actividad	Oficio o profesión a la que se dedica un individuo	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de Casa 2. Empleado 3. Otro
<i>Escolaridad de la pareja</i>	Se refiere al máximo nivel educativo alcanzado de la pareja	Grado de estudio de la persona durante el cuestionario	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Nivel Medio superior 4. Nivel superior

VI.4 UNIVERSO DEL ESTUDIO

Por conveniencia, se obtuvo el censo a nivel delegacional de los médicos inscritos en un programa de especialización médica. Sesenta y ocho médicos residentes y de curso a través del servicio de hospitalización de la Delegación Regional Estado de México Oriente dieron su consentimiento para participar en este estudio. La tabla 1 muestra las variables dependientes e independientes que fueron utilizadas en el estudio.

La variable dependiente indica si el estado del subsistema conyugal del médico residente es funcional, moderadamente funcional o completamente disfuncional. Esta fue creada a partir de las respuestas a una serie de preguntas relacionadas con la comunicación, roles, satisfacción sexual, afección y toma de decisiones en la relación de pareja del médico.

Las variables de control intentan caracterizar al médico residente y a los factores demográficos, como son: edad, sexo, estado civil, tipo de residencia, años de residencia, número de guardias mensuales, presencia de hijos, ocupación y escolaridad de la pareja.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos residentes en formación cuyos cónyuges viven en el mismo domicilio.
- Médicos residentes que siguieron un proceso tradicional.
- Médicos que llevaron cursos de formación de Medicina familiar o de Urgencias.
- Consentimiento de participación en este estudio firmado.

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos residentes y de curso cuyos cónyuges hayan habitado en domicilios diferentes.
- Médicos con problemas psiquiátricos.

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Llenado incompleto o incorrecto de la encuesta.
- Consentimiento de participación en este estudio no firmado.

VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

VI.5.1 DESCRIPCION

Chávez Aguilar planteó la disfunción familiar como un problema de diagnóstico y tratamiento, señalando de qué manera el núcleo familiar se involucra en un proceso dinámico para mantener su equilibrio, analizo los instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad de la familia, por ello propuso realizarla por medio de la cuali-cuantificación de las funciones familiares, por ser un método práctico y de fácil aplicación. Describió los elementos que tipifican a las familias sanas y se revisan las características primordiales de la crisis familiar y los elementos básicos que identifican a la disfunción familiar y severa.

VI.5.2 VALIDACION

Instrumento publicado en 1994 en la revista del IMSS

VI.5.3 APLICACIÓN

La evaluación del subsistema conyugal por el cuestionario Chávez Aguilar, aborda las principales funciones del subsistema conyugal. El cuestionario evalúa los siguientes criterios: función de comunicación (3 ítems), función de adjudicación y asunción de roles (3 ítems), función de satisfacción sexual (2

ítems), función de afecto (4 ítems), función de toma de decisiones (1 ítem). A cada ítem se le da un valor: 0-nunca, 2.5 o 5- ocasional, 1.5, 5 o 10- siempre, según para del criterio de función o evaluación a considerar. La calificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y se propone que en general las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total observado como sigue: 0-40: pareja severamente disfuncional, 41-70: pareja moderadamente disfuncional, 71-100: pareja funcional.

VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO

El presente estudio se realizó en la UMF 92 de la subdelegación oriente del IMSS la cual se encuentra localizada en Av. central esquina Santa Prisca, considerando a los médicos inscritos a un programa de especialización, se les aplicara los criterios de inclusión , exclusión y/o eliminación entregándoles el test de subsistema conyugal con previa ficha de identificación.

VI.7 LIMITE DE ESPACIO

El presente estudio se realizó en las unidades de Medicina Familiar No 75, 64 y 92 respectivamente con previo consentimiento para aplicar dicha encuesta, en médicos que cumplan con los criterios de inclusión previo consentimiento informado.

VI.8 LÍMITE DE TIEMPO

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N. 92 en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2013.

VI.9 DISEÑO DE ANÁLISIS

VI.9.1 ANALISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos se registraron en excel a través de una base de datos y el análisis estadístico se realizó por medio del paquete SPSS/PPC V20; mediante estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes.

VII. IMPLICACIONES ETICAS

Este estudio toma en cuenta el cuidado que se debe tener con la seguridad y bienestar de los pacientes, se realizó una declaración escrita de que se respetaran cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki , la enmienda de Tokio , el informe de Belmont y el código de reglamentos Federales de Estados Unidos, para la investigación médica, se tomó el censo de residentes de la zona oriente estado de México continuando con la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización de datos, además de basarse en la ley general de Salud con el artículo 13 fracción II y el artículo 17.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

VIII. RESULTADOS

VIII.1 ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizó un análisis estadístico de los datos recopilados, utilizando el programa estadístico de IBM SPSS V20. Referente a los análisis estadísticos, se calculó la estadística descriptiva así como pruebas de significación χ^2 de las variables. La siguiente tabla muestra el tipo de análisis que fue aplicado en este estudio.

Tabla 2. Tipo de análisis utilizado en el estudio de la funcionalidad del subsistema conyugal en médicos residentes.

Variables	Análisis
VARIABLES DEPENDIENTES	Gráficas, Tablas, Frecuencias, Porcentajes, Pruebas de significación estadística χ^2
VARIABLES INDEPENDIENTE-DEMOCRÁFICA	Gráficas, Tablas, Frecuencias, Porcentajes, Medidas de tendencia central y Pruebas de significación estadística χ^2

VIII.1.2 CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

Después de haber filtrado los datos, el tamaño de la muestra resultante fue de 68 médicos residentes, a través del servicio de hospitalización de la Delegación Regional Estado de México Oriente, quienes dieron su consentimiento para participar en este estudio.

La grafica 1 muestra el porcentaje en género de los médicos residentes encuestados. Se puede observar que la muestra utilizada es cuasi equitativa en género, es decir, alrededor de 49% son de sexo femenino y 51% de sexo masculino.

La gráfica 2 muestra la distribución por grupos de médicos inscritos en una especialidad, por género y por edad promedio. Análogamente, se puede observar una distribución similar en edad para los distintos grupos de residentes. La edad promedio total de la población encuestada es de alrededor de 37 años, con una edad promedio por genero de 37 y 36 años para el sexo masculino y femenino respectivamente. La edad promedio más elevada se encuentra en el grupo de alumnos CFMF AMG con 43 años, mientras que el grupo de residentes en medicina y urgencias tienen una edad promedio de 31 y 30 años respectivamente. El grupo de residentes en medicina familiar, así como el grupo de alumnos CFMF AMG representan cada uno el 48.5% de la población encuestada, mientras que una menor participación es atribuida al grupo de médicos residentes de urgencias con solo el 3%. Aunque el sexo femenino ligeramente domina entre los médicos inscritos en medicina familiar (~52%), es el sexo masculino quien forma la mayoría entre los alumnos CFMG AMG (~55%).

El 85% del total de los médicos encuestados son casados, siendo el grupo de alumnos CFMF AMGS con el mayor porcentaje de alrededor de 46% del total

(grafica 3). Es este mismo grupo de residentes quien también tiene el mayor porcentaje en presencia de hijos con ~43% (grafica 4).

Adicionalmente, el 75% de los residentes en medicina familiar son casados y también el 52% de este grupo tienen hijos (tabla 2). Los resultados anteriores indican una posible correlación entre el estado civil del médico y la presencia de hijos.

De acuerdo a la gráfica 5 se puede observar que alrededor del 40% del total de los médicos tienen una carga de trabajo de 7 a 8 guardias por mes. Este 40% pertenece solamente al grupo de residentes en medicina familiar, dentro del cual sus integrantes se encuentran uniformemente distribuidos en los 3 años de residencia. El grupo con menor carga de trabajo es el de alumnos CFMF AMG con ~43% del total de los médicos, en el cual la mayoría de sus integrantes se encuentran en el tercer año. Una de las variables más importantes que es atribuida al mal funcionamiento del sistema familiar, es la carga de trabajo del individuo (tabla 3).

En las pruebas de significación estadística, la prueba de una cola o dos colas son formas alternativas del cálculo de la significación estadística de un sistema en términos de una prueba estadística, según se trate de un solo sentido se considera extrema (y poco probable) o ambas direcciones de datos se consideran igualmente probables. La terminología "cola" se debe a que los extremos de las distribuciones suelen ser pequeños, como en la distribución normal o "curva de campana". Un nivel de significación de 0,05 en una prueba

de dos colas asigna la mitad de su valor para probar la significación estadística en una dirección y la otra mitad de para probar la significación estadística en la otra dirección. Esto significa que 0.025 es en cada cola de la distribución de la estadística de la prueba.

Una prueba es de dos colas cuando no se establece una dirección específica de la hipótesis.

El 78% del total de los medico residentes reportaron que su subsistema familiar es completamente funcional, mientras que solo el 3% dicen tener una disfuncionalidad severa (gráfica 9, tablas 4-6). Del 78 % de médicos con completa funcionalidad conyugal, la mayoría con el 46% son médicos hombres y el 32% son médicos mujeres (gráfica 10). Adicionalmente, una gran parte de los médicos que reportaron funcionalidad conyugal moderada son mujeres con el 15%, mientras que el 4% son hombres. La distribución de la funcional tiene un comportamiento semejante tanto para los hombres como para las mujeres médicos.

Los cálculos de correlaciones y niveles de significancia estadística para determinar las variables asociadas con la funcionalidad del subsistema familiar se muestran en la tabla 7. En color azul y verde, se resaltan aquellas variables cuya correlación es significativa al 0.05% y al 0.01% respectivamente. Las correlaciones son utilizadas para medir el grado de relación de dos variables y cuyos valores varían entre -1 y 1. Cuando una de las variables aumenta y la otra también lo hace en proporción constante, se considera que la correlación es

positiva. Contrariamente, si una de las variables aumenta cuando la otra disminuye en proporción constante, entonces se considera que la correlación es negativa.

De los resultados de la tabla 7 se puede observar que la funcionalidad esta correlacionada negativamente con la variable de años cursados en la residencia. Aunque esta correlación es débil, esto sugiere que los médicos residentes que no tienen suficiente tiempo para su vida personal y/o familiar presentan un deterioro en su subsistema familiar. Este resultado es congruente con la literatura que indica que el nivel de estrés y el Burnout relacionada a la carga de trabajo son factores determinantes de la funcionalidad del subsistema familiar.

Además se puede observar que la funcionalidad esta indirectamente influenciada (vía la variable años cursados de residencia) con la carga de trabajo por mes, la edad del médico y el tipo de residencia cursada. En este estudio la presencia de hijos y la ocupación del cónyuge no muestran una correlación directa o indirecta significativa con la funcionalidad del subsistema familiar, contrariamente, la escolaridad del conyugue del médico residente si podría jugar un papel importante en la relación familiar del médico.

La grafica 11 muestra la funcional dependiendo del tipo de residencia cursada. La prueba de Chi-cuadrado refleja un p-valor=.549, el cual es mayor que $\alpha=0.05$, por lo tanto se puede indicar que no hay una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de residencia y la funcionalidad. Sin embargo como se mostró anteriormente, existe una relación indirecta entre ellas

Utilizando el método de test no paramétrico en este estudio, el subsistema conyugal se modificara a $< 50\%$ en médicos inscritos en una especialización médica. A pesar de un alto nivel de funcionalidad en los médicos residentes, cuestiones relacionadas a las variables de género y carga de trabajo resultan destacadas (tabla 8).

IX. DISCUSIÓN

Las limitaciones de este estudio están determinadas por varios factores. En primer lugar, los datos utilizados son auto-reportados y no se verificaron. En segundo lugar, sólo se utilizó una medida única para definir la funcionalidad del subsistema familiar en los médicos residentes. En tercer lugar, el término de funcionalidad no fue definido en la encuesta, por lo que los médicos residentes, pudieron haber no tenido la misma comprensión de las preguntas al completar la encuesta. En esta parte también se puede resaltar la veracidad con la que el médico haya contestado la encuesta, debido a varios factores sociales, y que puede afectar enormemente los resultados de este estudio. En cuarto lugar, la población estudiada intenta representar aquellos médicos residentes del sector oriente del Estado de México, que estuvieron en práctica en el 2013. Los resultados de este trabajo no intentan ser y no pueden ser generalizados a toda la población de médicos residentes. Por último, no se intenta desarrollar un modelo causal, por lo tanto, no sabemos si la asociación del género, edad, carga de trabajo, etc. con la funcionalidad familiar es la causa o el efecto de la condición.

A pesar de que en la literatura se ha reportado un gran número de disfuncionalidad familiar entre los médicos residentes, en este estudio un alto porcentaje de médicos residentes mostraron una alta funcionalidad del subsistema familiar. Sin embargo, un análisis estadístico más profundo, considerando una muestra más grande y variables adicionales en los

cuestionarios que permitan eliminar o disminuir los errores de llenado, son necesarias para generalizar estos resultados.

Hoy en día, los médicos deben hacer malabares con los muchos roles en las muchas horas de trabajo en un día. Por otro lado, durante los últimos 15 años, más mujeres han entrado en esta actividad laboral y los hombres se han involucrado más en sus familias. Hoy en día, aproximadamente la mitad de la población de médicos residentes son mujeres, por lo que el médico y su esposa simplemente no describen más la mayoría de los matrimonios de médicos.

Adicionalmente, las médicos mujeres están teniendo un momento especialmente difícil con la expansión de sus roles a medida que tratan de expresar su feminidad sin perder el poder, el prestigio y el respeto en su profesión o en sus hogares.

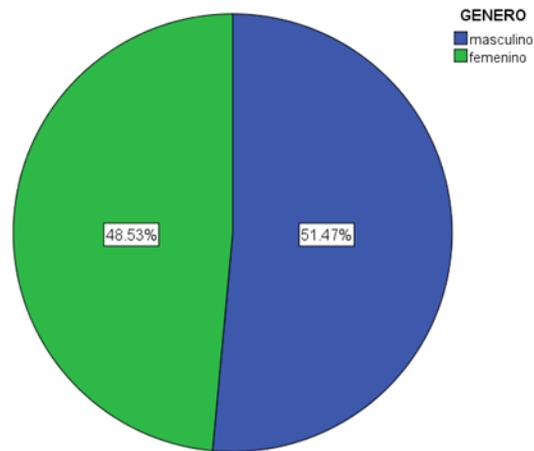
Los médicos mujeres necesitan incorporar la feminidad en sus vidas para ser una persona completa, pero eso es muy difícil cuando se trabaja con una sobre carga de horas a la semana en un campo dominado por los hombres.

Por otra parte la combinación de excesivas cargas de trabajo, funciones ampliadas, y la falta de un programa o sistema de apoyo para el médico, pueden generar el Burnout. Las múltiples horas y múltiples roles contribuyen en gran medida al estrés del médico residente, sin embargo, probablemente el ingrediente más desgarrador del Burnout es la falta de apoyo y respeto hacia los médicos de la sociedad.

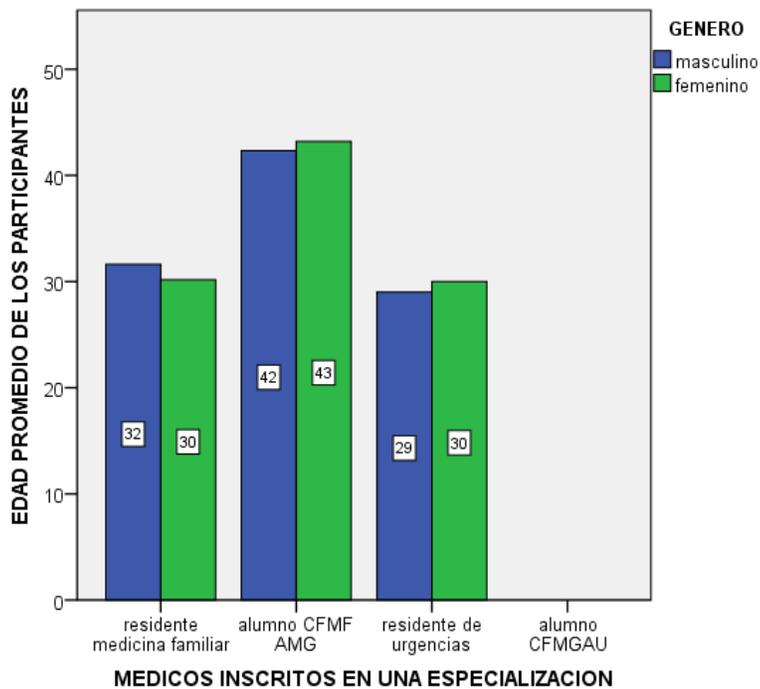
Los resultados de este estudio pueden ser útiles para el desarrollo de programas de ayuda a la prevención de la disfuncionalidad conyugal en médicos cursando una residencia.

X. TABLAS Y GRAFICAS

Gráfica 1. Participación por género en el estudio.



Gráfica 2. Relación entre género y edad promedio para los diferentes grupos de médicos residentes encuestados.



XI. Tabla 3. Variables demográficas.

		MEDICOS INSCRITOS EN UNA ESPECIALIZACION						
		residente medicina familiar		alumno CFMF AMG		residente de urgencias		Total
		%	N %	%	N %	%	N %	N %
GENERO	masculino	48.5%	23.5%	54.5%	26.5%	50.0%	1.5%	51.5%
	femenino	51.5%	25.0%	45.5%	22.1%	50.0%	1.5%	48.5%
	Total	100.0%	48.5%	100.0%	48.5%	100.0%	2.9%	100.0%

Gráfica 3. Porcentajes del estado civil para los distintos grupos de médicos residentes.

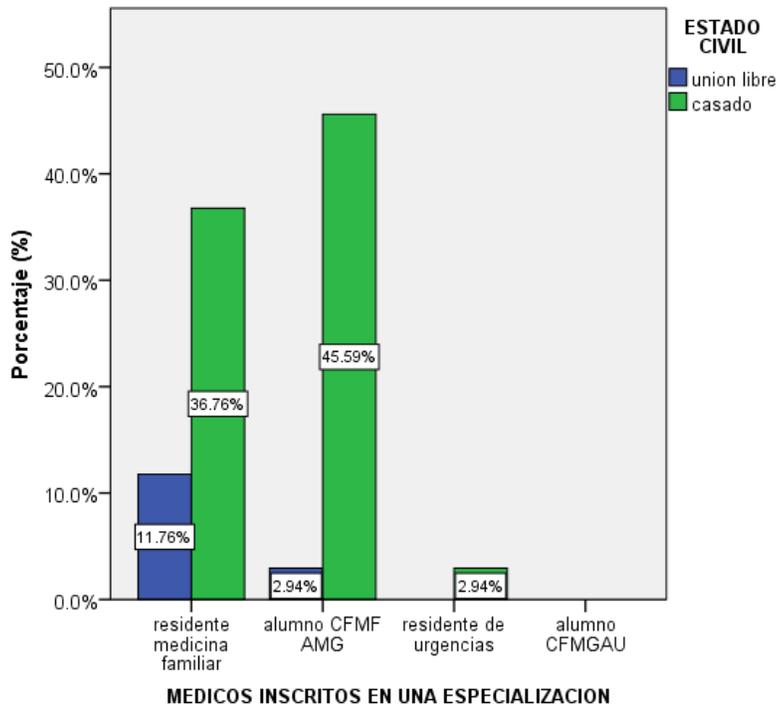


Tabla 2. Variables demográficas.

		MEDICOS INSCRITOS EN UNA ESPECIALIZACION						
		Residente medicina familiar		Alumno CFMF AMG		Residente de urgencias		Total
		%	N %	%	N %	%	N %	N %
ESTADO CIVIL	Unión libre	24.2%	11.8%	6.1%	2.9%	0.0%	0.0%	14.7%
	casado	75.8%	36.8%	93.9%	45.6%	100.0%	2.9%	85.3%
	Total	100.0%	48.5%	100.0%	48.5%	100.0%	2.9%	100.0%

Gráfica 4. Porcentajes de médicos con presencia de hijos.

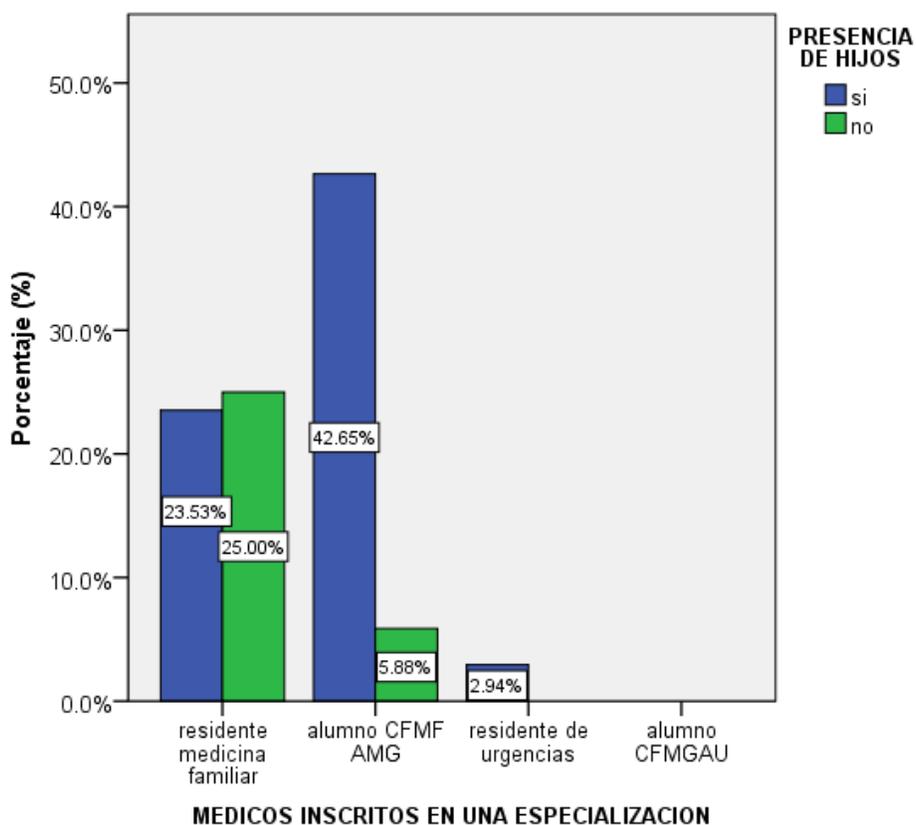


Tabla 3. Variables demográficas.

		MEDICOS INSCRITOS EN UNA ESPECIALIZACION						
		Residente medicina familiar		Alumno CFMF AMG		Residente de urgencias		Total
		%	N %	%	N %	%	N %	N %
PRESENCIA DE HIJOS	si	48.5%	23.5%	87.9%	42.6%	100.0%	2.9%	69.1%
	no	51.5%	25.0%	12.1%	5.9%	0.0%	0.0%	30.9%
	Total	100.0%	48.5%	100.0%	48.5%	100.0%	2.9%	100.0%

Gráfica 5. Porcentajes de la frecuencia mensual de guardias para los distintos grupos de médicos residentes

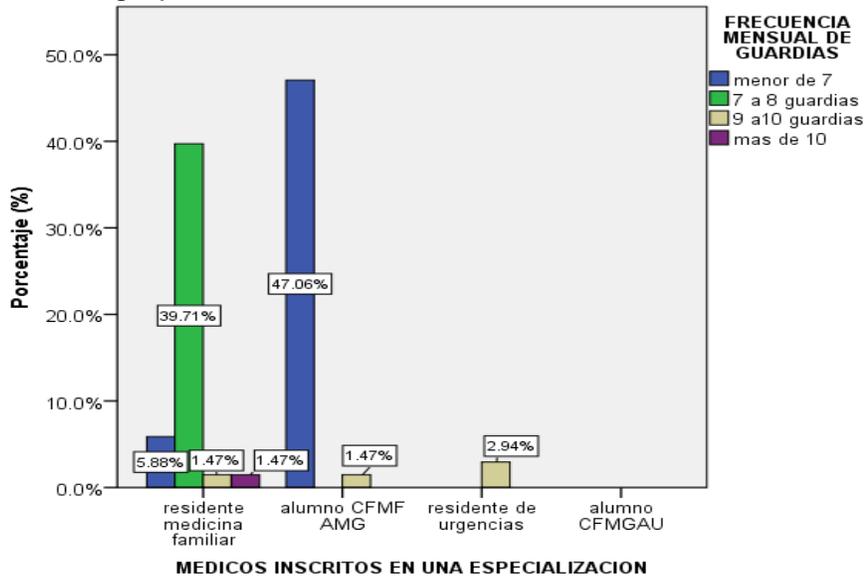


Tabla 4. Variables demográficas.

		MEDICOS INSCRITOS EN UNA ESPECIALIZACION						
		Residente medicina familiar		Alumno CFMF AMG		Residente de urgencias		Total
		%	N %	%	N %	%	N %	N %
FRECUENCIA MENSUAL DE GUARDIAS	menor de 7	12.1%	5.9%	97.0%	47.1%	0.0%	0.0%	52.9%
	7 a 8	81.8%	39.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	39.7%
	9 a10 guardias	3.0%	1.5%	3.0%	1.5%	100.0%	2.9%	5.9%
	más de 10	3.0%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
	Total	100.0%	48.5%	100.0%	48.5%	100.0%	2.9%	100.0%

N.B.: % refiere al porcentaje por grupo. N% refiere al porcentaje total de la muestra

Grafica 6. Grado cursado de residencia.

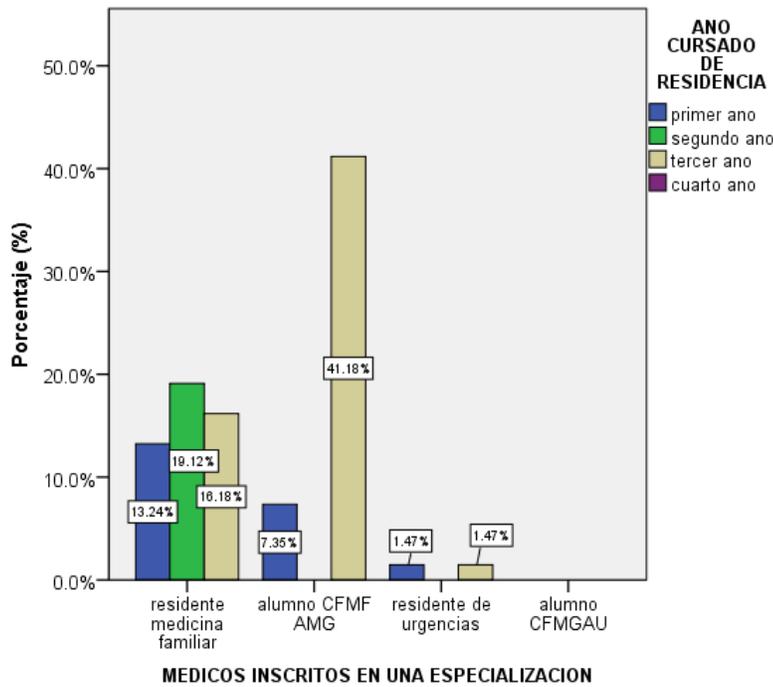


Tabla 5. Año cursado de residencia

		MÉDICOS INSCRITOS EN UNA ESPECIALIZACIÓN						
		Residente medicina familiar		Alumno CFMF AMG		Residente de urgencias		Total
		%	N %	%	N %	%	N %	N %
AÑO CURSADO DE RESIDENCIA	primer año	27.3%	13.2%	15.2%	7.4%	50.0%	1.5%	22.1%
	segundo año	39.4%	19.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19.1%
	tercer año	33.3%	16.2%	84.8%	41.2%	50.0%	1.5%	58.8%
	Total	100.0%	48.5%	100.0%	48.5%	100.0%	2.9%	100.0%

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de las diferentes formaciones en médicos residentes, años cursados en ellas y sus respectivas frecuencias de guardias al mes.

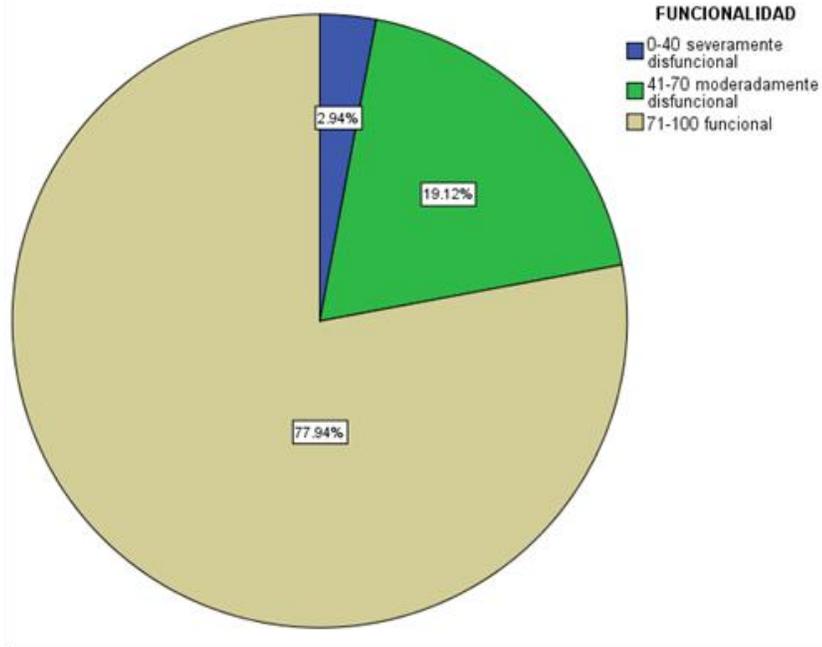
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Médicos Inscritos en una Especialización	Residente medicina familiar	33	48.5	48.5	48.5
	Alumno CFMF AMG	33	48.5	48.5	97.1
	Residente de urgencias	2	2.9	2.9	100.0
	Total	68	100.0	100.0	
Años Cursados de Residencia	Primer año	15	22.1	22.1	22.1
	Segundo año	13	19.1	19.1	41.2
	Tercer año	40	58.8	58.8	100.0
	Total	68	100.0	100.0	
Frecuencia Mensual de Guardias	Menos de 7	36	52.9	52.9	52.9
	7 a 8 guardias	27	39.7	39.7	92.6
	9 a 10 guardias	4	5.9	5.9	98.5
	Más de 10	1	1.5	1.5	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

Tabla 7. Estadística Descriptiva de las Variables Demográficas y de Control

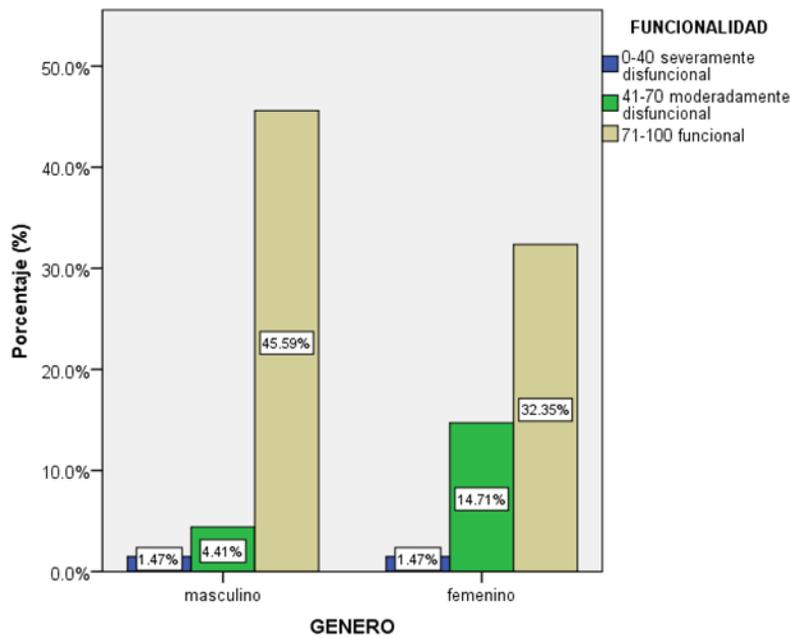
	MEDICOS INSCRITOS EN UNA ESPECIALIZACION	AÑO CURSADO DE RESIDENCIA	FRECUENCIA MENSUAL DE GUARDIAS
N Valido	68	68	68
Faltante	0	0	0
Media	1.54	2.37	1.56
Mediana	2.00	3.00	1.00
Moda	1 ^a	3	1
Desviación Estándar	.558	.827	.678
Varianza	.311	.684	.459
Rango	2	2	3
Percentil 25	1.00	2.00	1.00
50	2.00	3.00	1.00
75	2.00	3.00	2.00

a. Existen múltiples modas. Solo se muestra la de menor valor.

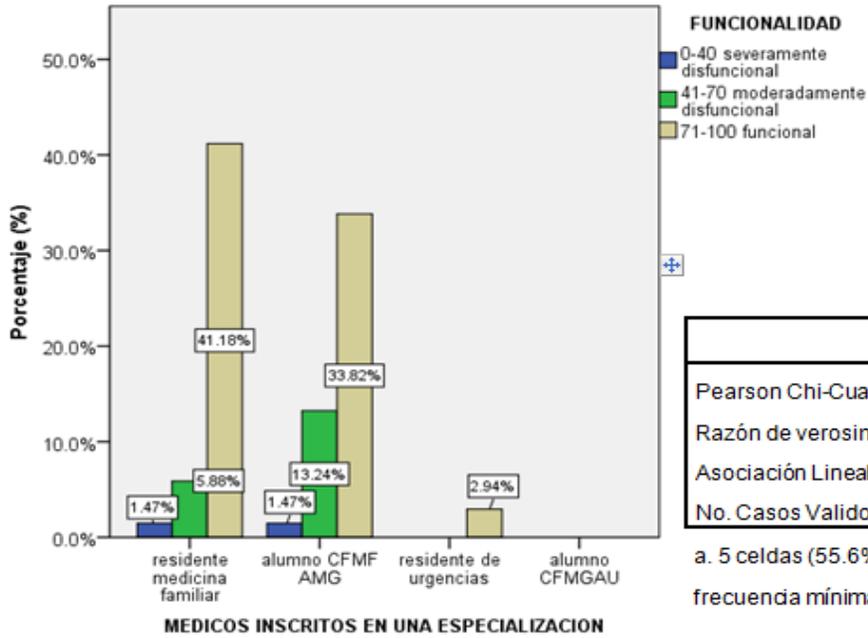
Gráfica 9. Porcentaje de funcionalidad del total de los médicos encuestados



Gráfica 10. Distribución de la Funcionalidad por género.



Gráfica 11. Distribución de la Funcionalidad entre los diferentes grupos de médicos residentes y su respectiva prueba χ^2 .



Prueba Chi-Cuadrado

	Valor	GL	Sig. Asintótica. (2-colas)
Pearson Chi-Cuadrado	3.051 ^a	4	.549
Razón de verosimilitud	3.478	4	.481
Asociación Lineal-por-Lineal	.587	1	.444
No. Casos Validos	68		

a. 5 celdas (55.6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .06.

XII. CONCLUSIONES

Las limitaciones de este estudio están determinadas por varios factores. En primer lugar, los datos utilizados son auto-reportados y no se verificaron. En segundo lugar, sólo se utilizó una medida única para definir la funcionalidad del subsistema familiar en los médicos residentes. En tercer lugar, el término de funcionalidad no fue definido en la encuesta, por lo que los médicos residentes, pudieron haber no tenido la misma comprensión de las preguntas al completar la encuesta. En esta parte también se puede resaltar la veracidad con la que el médico haya contestado la encuesta, debido a varios factores sociales, y que puede afectar enormemente los resultados de este estudio. En cuarto lugar, la población estudiada intenta representar aquellos médicos residentes del sector oriente del Estado de México, que estuvieron en práctica en el 2013. Los resultados de este trabajo no intentan ser y no pueden ser generalizados a toda la población de médicos residentes. Por último, no se intenta desarrollar un modelo causal, por lo tanto, no sabemos si la asociación del género, edad, carga de trabajo, etc. con la funcionalidad familiar es la causa o el efecto de la condición.

A pesar de que en la literatura se ha reportado un gran número de disfuncionalidad familiar entre los médicos residentes, en este estudio un alto porcentaje de médicos residentes mostraron una alta funcionalidad del subsistema familiar. Sin embargo, un análisis estadístico más profundo,

considerando una muestra más grande y variables adicionales en los cuestionarios que permitan eliminar o disminuir los errores de llenado, son necesarias para generalizar estos resultados.

Hoy en día, los médicos deben hacer malabares con los muchos roles en las muchas horas de trabajo en un día. Por otro lado, durante los últimos 15 años, más mujeres han entrado en esta actividad laboral y los hombres se han involucrado más en sus familias. Hoy en día, aproximadamente la mitad de la población de médicos residentes son mujeres, por lo que el médico y su esposa simplemente no describen más la mayoría de los matrimonios de médicos.

Adicionalmente, las médicos mujeres están teniendo un momento especialmente difícil con la expansión de sus roles a medida que tratan de expresar su feminidad sin perder el poder, el prestigio y el respeto en su profesión o en sus hogares.

Los médicos mujeres necesitan incorporar la feminidad en sus vidas para ser una persona completa, pero eso es muy difícil cuando se trabaja con una sobre carga de horas a la semana en un campo dominado por los hombres.

Por otra parte la combinación de excesivas cargas de trabajo, funciones ampliadas, y la falta de un programa o sistema de apoyo para el médico, pueden generar el Burnout. Las múltiples horas y múltiples roles contribuyen en gran medida al estrés del médico residente, sin embargo, probablemente el ingrediente más desgarrador del Burnout es la falta de apoyo y respeto hacia los médicos de la sociedad.

Los resultados de este estudio pueden ser útiles para el desarrollo de programas de ayuda a la prevención de la disfuncionalidad conyugal en médicos cursando una residencia.

XIII. RECOMENDACIONES

Las pruebas no paramétricas son menos potentes, es decir, son más exigentes al rechazar la hipótesis nula de igualdad y por tanto tienen menos posibilidades de acertar cuando no la rechazan (más posibilidades de cometer un error). Por otro lado, la potencia de un test estadístico aumenta cuando lo hace el tamaño de la muestra; de esta forma, para conseguir la misma potencia con una prueba no paramétrica, es necesario aumentar el tamaño de la muestra. Esto podría dar más confianza en los resultados obtenidos.

Por otro lado, si se quiere incluir en la hipótesis a todos los médicos redientes inscritos en una especialización, se necesita aumentar el número de participantes por especialidad y aumentar así el número de zonas en donde estas se estén cursando. Estas recomendaciones permitirían generalizar la hipótesis y obtener resultados más robustos de la funcionalidad en el subsistema familiar en los médicos residentes.

Además, también podrían evidenciar con mejor certeza en cual tipo de residencia el subsistema familiar es más sensible y permitiría desarrollar programas de apoyo en los cuales se incluya una mejor distribución de la carga de trabajo, y en donde se tome en cuenta el género y la presencia de hijos.

Por lo tanto, es necesario reconocer y entender que este problema existe, así como establecer estrategias para tratar de minimizarlo, las cuales podrían incluir: la investigación de un mejor modelo de trabajo para los médicos residentes, la

creación de equipos para la toma de decisiones compartida, tratando de establecer turnos fijos con horarios cortos para los que trabajan por las tardes y noches, crear algún incentivo a fin de fomentar la motivación, la introducción de estrategias de desarrollo profesional adecuadas, promoviendo un esquema de recompensas que coincide con la dificultad y peligrosidad de ciertas intervenciones y proporcionar toda la asistencia posible para que los profesionales puedan mantener un equilibrio entre su vida laboral y su vida social y familiar.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barbado Alonso, JA; Aizpiri Díaz, J; Cañones Garzón, PJ; Fernández Camacho, A; Gonzalves Estella, F; Rodríguez Sendín JJ; De la Serna de Pedro, I; Solla Camino, JM, Individuo y Familia, Revista de la SEMG, 62, 169-175, 2004.
2. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro ,Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C., Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar, vol. 8, 1, 27-32, 2006.
3. Gracia, E. y Musitu, G. Psicología social de la familia. Barcelona: Paidós, 2000.
4. Eguiluz, L., Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. México: Pax., 2003
5. Estrada, L., El ciclo vital de la familia. México: Posada, 1993.
6. Bertalanffy Von, L. Teoría General de los Sistemas. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1976.
7. Torres Velázquez, LE; Ortega Silva, P; Garrido Garduño, A; Reyes Luna, AG: Dinámica familiar en familias con hijos e hijas, Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol.10, 2, 31-56, 2008.
8. Andolfi, M.: Terapia Familiar, Editorial Paidós, Barcelona-España, 2001.

9. Membrillo LA. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, Anzures CRL, Chavez AV, García PML, Pons AON, Medicina Familiar, Corinter, 1ª.Ed., p. 261-263, 2008.
10. 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 con los pacientes hiperutilizadores, Archivos en Medicina Familiar, vol. 7, 2, 45-48, 2005.
11. Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curiel-Hernández O, Juárez-Ocaña JR, Rosas-Barrientos JV. Depresión y ansiedad en la residencia médica. RevEspMedQuir; 16(3):157-162., 2011
12. Rivera Reyes, H.H., Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988, Revista Médica del Hospital General de México, S.S., vol. 70, 1, 43-46,2007.
13. Sibelrman, Fernando S., Educación médica de posgrado, Residencias médicas, Rev. Asoc. Argent Ortop. Traumatol., 75(1), pp. 88-96, 2010.
14. Arias Amaral, J.; Vargas Flores, A.R.; Hernández Mejía, R.; Ramos Ponce, M.G., Velasco Rodríguez, J.F., Calidad de vida de médicos residentes en un hospital de tercer nivel, MedInt Mex.;24(1):16-21, 2008
15. Powers, A., Myers, J. E., Tingle, L., & Powers, J. (2004). Wellness, perceived stress, mattering, and marital satisfaction among first year medical residents and their spouses: Implications for education and counseling. The Family Journal, 12(1), 26-36. doi: 10.1177/1066480703258802

16. Dickstein LJ. Medical students and residents: issues and needs. In: Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ, Eds. The Handbook of Physician Health. Chicago: American Medical Association; 2000: 161-179.
17. Ellis JJ, Inbody DR. Psychotherapy with physicians' families: when attributes in medical practice become liabilities in family life. Am J. Psychother, 42: 380-388, 1988.
18. Notman MT. Physician temperament, psychology, and stress. In: Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ, Eds. The Handbook of Physician Health. Chicago: American Medical Association; 2000: 39-51.
19. Myers MF. Overview: the female physician and her marriage. Am J Psychiatry; 141: 1386-1391, 1984.
20. <http://www.inegi.org.mx/>
21. Woodford Gillian, Medical marriage is stressful. Don't become a statistic. National Review of Medicine, Vol. 3(5), 2006
22. ROBINSON GE. Career Satisfaction in Women Physicians. JAMA. 4: 291: 635, 2004.
23. Ramírez de la Roche, OF; Baillet Esquivel, LE, Conflictos en la formación de un grupo de residentes mexicanos de medicina familiar: Una aproximación cualitativa. Archivos en Medicina Familiar, vol. 10, núm. 2, abril-junio, 2008, pp. 51-54. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, México

XV. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92

CEDULA DE IDENTIFICACION

**“FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MEDICOS
INSCRITOS EN UN PROGRAMA DE ESPECIALIZACION MÉDICA EN LA
ZONA ORIENTE DEL IMSS”**

FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA:
NOMBRE:
EDAD:

GENERO

1	2
MASCULINO	FEMENINO

ESTADO CIVIL

1	2
UNION LIBRE	CASADO

ESCOLARIDAD (ESPOSO(a) DEL RESIDENTE).

1	2	3	4	5	6	7
NO TIENE	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	TECNICO	PROFESIONAL	POSGRADO

PRESENCIA DE HIJOS

1	2
SI	NO

FRECUENCIA DE GUARDIAS MENSUAL

1	2	3	4
MENOR A 7	7 A 8	9 A 10	MAS DE 10

AÑOS EN CURSO DE LA RESIDENCIA

1	2	3
1 ^{er} año	2 ^o año	3 ^{er} año

SUBSISTEMA CONYUGAL

Instrucciones: Lea con cuidado las siguientes preguntas y conteste con una "x" en la casilla correspondiente

Funciones	Nunca	Ocasionalmente	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: Adjudicación y asunción 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 entre la pareja	0	2.5	5
III. Satisfacción sexual			
a)Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b)Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10

VI. Afecto a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja d) Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
	0	2.5	5
	0	2.5	5
	0	2.5	5
V. Toma de decisiones a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

CALIFICACION DE LA DISFUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

0-40	Pareja severamente disfuncional
41-70	Pareja con disfunción moderada
71-100	Pareja funcional



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UMF 92

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION MÉDICA.

Nombre del estudio: “FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN MEDICOS INSCRITOS EN UN PROGRAMA DE ESPECIALIZACION MÉDICA EN LA ZONA ORIENTE DEL IMSS”

Lugar y Fecha: Instituto Mexicano del Seguro Social, zona oriente estado de México

Número de registro:

Justificación y Objetivo del estudio:

Procedimientos: Se aplicara un test de subsistema conyugal el cual valora la funcionalidad y le da una clasificación.

Posibles riesgos y molestias: ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer la funcionalidad conyugal mediante la aplicación del test y posterior a su resultado valorar la recomendación de terapia familiar.

Participación o Retiro: Se podrá recibir respuestas a cualquier duda así como se tendrá la libertad de retirar su consentimiento y abandonar el estudio sin que se afecte la integridad de la persona.

Privacidad y confidencialidad: los nombres y la información de los pacientes se mantendrá en absoluta confidencialidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Eduardo Muñoz Alpizar, Residente de Medicina Familiar UMF N°92.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de

Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 060720. Telefono (55) 56276900 extensión 21230, correo electrónico: conise@cis.gob.mx.

**Nombre y firma del Interesado
Aplicador del test**

Nombre y Firma del

**Nombre, relación dirección y firma
y firma**

Nombre, relación dirección

Testigo 1

Testigo 2

