

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON EPOC, UMF220, 2020.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220,
"GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. IVONE MURRIETA MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TESIS:

E. EN M.F. CONCEPCIÓN ANDREA MARTÍNEZ LÓPEZ

REVISORES:

PH.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
E. EN M.F. OLIVIA LANDA MARTINEZ
E. EN M.F. MARIA EMILIANA AVILÉS SANCHEZ
E. EN M.F. EDUARDO FLORES GONZÁLEZ

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2020

**“APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
EPOC, UMF220, 2020”**

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| I.MARCO TEORICO | 8 |
| I.1 Familia..... | 8 |
| I.2 Apoyo social..... | 8 |
| I.3 Dimensiones del apoyo social..... | 9 |
| I.4 Fuentes de apoyo social..... | 10 |
| I.5 Familia y apoyo social..... | 11 |
| I.6 Apoyo social y proceso de salud enfermedad..... | 12 |
| I.7 Mecanismo de acción del apoyo social en la salud..... | 12 |
| I.8 Familia como sistema..... | 14 |
| I.9 Cuestionario MOS para evaluación del apoyo social..... | 15 |
| I.10 Funcionalidad familiar..... | 15 |
| I.11 Funciones de la familia..... | 19 |
| I.12 Funcionalidad familiar y proceso salud enfermedad..... | 20 |
| I.13 Escala FF-SIL para medición del grado de funcionalidad familiar..... | 22 |
| I.14 EPOC..... | 22 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 27 |
| III. JUSTIFICACIONES | 29 |
| IV. HIPÓTESIS | 31 |
| V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 32 |
| V.1 Objetivo general..... | 32 |
| V.2 Objetivos específicos..... | 32 |
| VI. METODOLOGIA | 33 |
| VI.1 Tipo de estudio..... | 33 |
| VI.2 Diseño de estudio..... | 33 |
| VI.3 Criterios de selección..... | 34 |
| VI.4 Instrumentos de investigación..... | 35 |
| Cuestionario de MOS..... | 35 |
| Escala FF-SIL..... | 36 |
| VI.5 Definición de variables..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| VII. IMPLICACIONES ÉTICAS..... | 40 |
| VIII. ORGANIZACIÓN..... | 42 |
| IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 43 |
| X. CUADROS Y GRÁFICOS..... | 46 |
| XI. CONCLUSIONES..... | 53 |
| XII. RECOMENDACIONES..... | 55 |
| XIII. BIBLIOGRAFÍA..... | 56 |

RESUMEN

Título: “APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON EPOC, UMF 220, 2020”

Autores: E. en M.F. Concepción Andrea Martínez López *, M.C. Ivone Murrieta Martínez**.

Referencia de autores: *Adscrita a la UMF 220, ** Residente de la Especialidad de Medicina Familiar en HGR/UMF220.

Introducción: El apoyo social y la funcionalidad familiar son factores que tienen un efecto benefactor o perjudicial sobre múltiples variables relacionadas con la salud, la recuperación, complicaciones y adecuado apego a tratamiento de patologías **crónicas** como la EPOC.

Justificación: Conocer la funcionalidad familiar y el apoyo social percibido por los pacientes con EPOC nos permitirá identificar factores de riesgo que precipiten exacerbaciones y complicaciones de esta enfermedad, así mismo nos permitirá ofrecer un tratamiento integral al paciente, involucrado a su familia para un mejor control de la patología.

Objetivo: Establecer la asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

Material y método:

Se trata de un estudio analítico, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó en pacientes con EPOC en la UMF 220 mediante la aplicación del cuestionario MOS y la escala FF-SIL. El análisis estadístico se realizó por medio del paquete estadístico SPSS 25, utilizando la prueba estadística chi cuadrada como medida de asociación.

Resultados: Se incluyeron 250 pacientes con EPOC, entre los cuales predominó un apoyo social máximo y funcionalidad familiar moderada, se obtuvo un valor de $p=0.000$, con lo que se establece la asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar.

Palabras Clave: EPOC, apoyo social, funcionalidad familiar.

ABSTRACT

Title: "SOCIAL SUPPORT AND ASSOCIATION WITH FAMILY FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH COPD, UMF 220, 2020"

Authors: E. en M.F. Concepción Andrea Martínez López *, M.C. Ivonne Murrieta Martínez**.

Authors reference: * Attached to UMF 220, ** Resident of the Family Medicine Specialty at HGR / UMF220.

Introduction: Social support and family functionality are factors that have a beneficial or detrimental effect on multiple variables related to health, recovery, complications and adequate adherence to the treatment of chronic diseases such as COPD.

Justification: Knowing the family functionality and the social support perceived by COPD patients will allow us to identify risk factors that precipitate exacerbations and complications of this disease, as well as allow us to offer a comprehensive treatment to the patient, involving its family for a better pathology control.

Objective: To establish the association between social support and family functionality in patients with COPD, UMF 220, 2020.

Material and method: It is an analytical, observational, prospective, cross-sectional and descriptive study. It was performed in COPD patients at UMF 220 by applying the MOS questionnaire and the FF-SIL scale. Statistical analysis was performed using the SPSS 25 statistical package, using the chi-square statistical test as a measure of association.

Results: 250 patients with COPD were included, among whom maximum social support and moderate family functionality prevailed, a value of $p = 0.000$ was obtained, thus establishing the association between social support and family functionality.

Key words: COPD, Social support, family functionality.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 Familia

La Real Academia Española define al término Familia como “un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas” y como “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. Mientras que la OMS la define como “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan” ⁽¹⁾.

Existe amplia información que permite concluir que la familia es una institución que mantiene una correlación e influjo recíproco con la sociedad que le da origen. De manera general, podemos decir que la familia realiza sus funciones para cumplir dos grandes objetivos: uno interno para lograr la protección psicosocial de sus miembros y otro externo para lograr la adaptación en la sociedad y transformación de la cultura; estas funciones las ejerce, modifica y adapta según las exigencias del entorno ⁽²⁾.

I.2 Apoyo social

El estudio de la influencia del apoyo social y su relación con la salud en la población tiene su inicio en la década de los años setenta. En esta década se publicaron algunos artículos que trataban las bases de la evidencia que sirve de apoyo a la teoría de que el apoyo social ejerce un efecto directamente proporcional en el estado de salud y sirve como un amortiguador de los efectos del estrés psicosocial y físico en la salud de los individuos. En la actualidad se carece de un consenso sobre la definición de apoyo social, de modo que existen tantas definiciones como trabajos sobre el tema ⁽³⁾.

Entre las definiciones más conocidas se destacan las de Thoits y Bowling. Thoits lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación ⁽⁴⁾.

Bowling por su parte, define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra ⁽⁵⁾.

En el 2002 Andrade y Vaitsman refieren que el apoyo social consiste “en las relaciones de intercambio, que implican obligaciones mutuas y los lazos de dependencia mutua que puede ayudar a crear el sentido de la coherencia y el control de la vida, que benefician a la salud de las personas”. A su vez Guzmán J. (2002) define al apoyo social como “una práctica simbólica, cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional” ⁽⁶⁾.

El apoyo social es entonces la provisión de tipos particulares de vínculos interpersonales, es decir, que relaciones sociales nos brindan o proveen de afecto, ayuda material, etc. El apoyo se define tomando en cuenta: 1) la cantidad de relaciones sociales que tiene una persona o un tipo particular de relación social (matrimonio, amistad, pertenencia a una organización); 2) la estructura de las relaciones sociales de la persona; 3) la función que cumplen esas relaciones (si el apoyo es afectivo o emocional, si hay alguna ayuda tangible, si se brinda información, etc.).

I.3 Dimensiones del apoyo social

Clásicamente se han descrito dos dimensiones del apoyo social:

a) Apoyo estructural o cuantitativo. También denominado red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver los problemas que se vayan presentando (por ejemplo familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes. Esta red social tendrá ciertas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza. En función de estas características una red puede resolver mejor unas necesidades que otras ⁽⁷⁾.

b) Apoyo funcional o cualitativo. Es de un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte. Cobb S. la concibe como la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado,

que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva.

-) Apoyo emocional: relacionado con el cariño y empatía. Es uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional ⁽⁸⁾.
-) Apoyo informativo: se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. La información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.
-) Apoyo instrumental: se refiere como su nombre lo dice a aquellas cosas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.
-) Apoyo afectivo: se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo o red de apoyo más cercano.
-) Interacción social positiva: la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc. ⁽⁹⁾.

Este carácter multidimensional del apoyo social es objeto de controversia por la clasificación de las dimensiones, algunos otros autores como Sherbourne y Stewart definen solo cuatro dimensiones distintas de apoyo social que son, emocional/informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva; cada una de ellas con características diferentes respecto al resto.

En contra de esta teoría, Norbeck et al, afirman que las cuatro dimensiones de apoyo social se encuentran tan altamente correlacionadas que son difícilmente distinguibles entre ellas ⁽¹⁰⁾.

I.4 Fuentes de apoyo social

Han sido propuestas diversas clasificaciones para definir las diferentes fuentes de apoyo social. House propone una lista de nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales ⁽¹¹⁾.

Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en dos listas, naturales (familia, amigos, compañeros de trabajo) y organizadas (grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional). También se han clasificado en redes de apoyo informales, (aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia) y en redes formales (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales).

I.5 Familia y apoyo social

La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por esto que con gran frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y desarrollan los diferentes roles que necesitan para su evolución personal. De este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal.

Existe suficiente evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en el manejo de la enfermedad crónica.

Una enfermedad crónica, grave y/o invalidante suele alterar a todo el sistema familiar, cuando uno de sus miembros deja de funcionar de forma normal, no solo se ve afectado el individuo que presenta el padecimiento sino cada integrante de ese núcleo familiar, alterando también el funcionamiento general de la dinámica familiar.

Además de los efectos de la herencia y la pertenencia a un ambiente común, existen otros factores que demuestran la importancia de la familia en el campo de la salud (12):

- La familia condiciona decisivamente las creencias, actitudes, y comportamientos de los individuos frente a la salud, la enfermedad y los servicios sanitarios.
- La familia es la unidad fundamental de cuidados, especialmente en los procesos crónicos.
- El apoyo familiar tiene un importante papel en la neutralización del estrés.
- Las relaciones familiares disfuncionales pueden producir, precipitar y contribuir al mantenimiento de los síntomas, complicaciones y exacerbaciones.

Existen dos grandes mecanismos mediante los cuales la familia puede influir en la salud de sus miembros:

- a) Vía psicofisiológica: Las situaciones familiares como el estrés o determinados acontecimientos vitales afectan al estado emocional de un elemento de la familia, del que pueden resultar alteraciones fisiológicas directas que predisponen al individuo a la enfermedad.

El mecanismo biológico del estrés sobre la salud física está bien establecido y quizás sea el más estudiado, demostrándose la relación entre el estrés y el sistema neuroendocrino. Los intermediarios bioquímicos existentes entre las percepciones sensoriales y la respuesta endocrina, los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y los estímulos de soporte social parecen mediados por neuropéptidos, especialmente el opioide β -endorfina. Estímulos positivos como el afecto, el reconocimiento social y otras formas de apoyo social podrían producir euforia y efectos beneficiosos sobre la salud de los individuos o tamponar los factores estresantes por la mediación de la β -endorfina u otros neuropéptidos.

- b) Vía comportamental: Por esta vía las familias pueden influir en los estilos de vida, como por ejemplo la dieta, el tabaquismo, el ejercicio físico, la adherencia a tratamientos médicos y la utilización de servicios sanitarios.

I.6 Apoyo social y proceso de salud enfermedad

Se ha establecido que el apoyo social tiene un papel importante en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica y en el restablecimiento de la salud. Puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social. Produce un aumento de los autocuidados y mejora de los índices de calidad de vida.

I.7 Mecanismo de acción del apoyo social en la salud

Se han definido dos teorías que podrían explicar la asociación entre el apoyo social y la salud:

- a) Efecto directo: afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo. Este efecto precede al momento del estrés del sujeto y se han propuesto dos mecanismos para

explicarlo, el primero de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psicofisiológicos (que produciría mejoras en la salud o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendría consecuencias positivas para la salud. Este modelo del efecto directo ha sido varias veces cuestionado ya que según esta teoría no existe interacción entre el estrés y el apoyo social; de este modo los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán en la misma medida en su bienestar físico y mental (independientemente del nivel de estrés experimentado). Los trabajos que analizan esta teoría sugieren que puede ser el aislamiento el que actúa como estresor, el que causa la enfermedad, más que el apoyo social el que produce mejoría en la salud ⁽¹³⁾.

- b) Efecto tampón o amortiguador: esta teoría ofrece una explicación teórica para los efectos positivos del apoyo social. Dice que el apoyo social puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica. Se han desarrollado dos hipótesis para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social:
-) El apoyo social permite a los individuos que después de su exposición al estresor, sean capaces de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psicopatológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social.
 -) El apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrentarse a ella. Sin embargo hasta el momento no se conoce con seguridad en qué grado contribuye cada mecanismo sobre la acción global que el apoyo social ejerce sobre la salud ⁽¹⁴⁾.

I.8 Familia como sistema

La familia como un sistema va más allá de las características individuales de los integrantes del núcleo familiar, es más que la suma de sus componentes, por lo que es única en estructura, forma y dinámica, lo que la hace diferente de otras familias,

cualquier modificación o cambio en uno de los eslabones afecta a todas las otras partes del sistema, influyendo sobre ellas y modificando el sistema en conjunto, de manera que se transforma en otro diferente en algún aspecto respecto a otro sistema o familia. Por eso cualquier afectación en la salud de uno de los miembros de esa familia, tiene algún tipo de efecto en los otros integrantes, la familia es una unidad y cada integrante forma parte del conjunto total; en ella cualquier circunstancia de modificación de carácter interno o externo influye en la conducta y en el comportamiento de todos sus integrantes.

Este sistema a su vez se compone de subsistemas, que son el subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), todo ello funcionando como engranaje en una maquinaria, dentro del cual cada miembro asume el papel que le corresponde, realiza sus funciones, se comunica, acepta normas y reglas y facilita el contacto con su entorno. El sistema familiar desempeña sus funciones a través de los subsistemas que lo integran, éstos pueden formarse por intereses, funciones, sexo o generaciones ⁽¹⁵⁾.

En general se admite que la familia es la institución social básica de la sociedad, en el seno de la cual se determina las estructuras de socialización, el comportamiento reproductivo, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad, por lo tanto se considera la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones. En gran medida la homeostasis familiar está en función del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes, lo cual favorece el mantenimiento de una unión estable durante un cierto lapso de tiempo, con el fin de favorecer el desarrollo saludable de los hijos, así como el cumplimiento de las funciones y metas más diversas del subsistema conyugal; fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar las cualidades humanas.

Concebir a la familia como sistema aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto), lo cual es un enfoque erróneo pues en una familia no hay un culpable, sino que los problemas son debidos a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad familiar como sistema.

I.9 Cuestionario de MOS para evaluación del apoyo social

El cuestionario de MOS es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols., en pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar. Los elementos del test fueron seleccionados de una forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender, y restringidos a una única idea en cada caso. Es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

Se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y autoadministrado; permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).

Está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado(a), mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre).

En su trabajo de validación del cuestionario de MOS, De la Revilla y cols concluyeron que el cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso nos permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales ⁽¹⁶⁾.

I.10 Funcionalidad familiar

Desde la perspectiva del Médico Familiar, la Familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se

ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso Salud- Enfermedad⁽¹⁷⁾

El propósito de una familia es proveer de un contexto que apoye logros necesarios para todos sus miembros individuales, este propósito va encaminado a la protección y supervivencia de cada uno de ellos y de la familia como tal, a la adaptación del sistema social donde se mueve y la transmisión del mapa de creencias particulares de cada familia.

La familia desde la perspectiva sistémica es un todo, compuesto por partes o subsistemas y que funcionan como conjunto y que se determinan entre sí, por lo que no debemos reducirlo a la suma de sus componentes. Para evaluar una familia, el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar, basado en la concepción de la familia como sistema dentro de los contextos sociales específicos. Tales esquemas deben de considerar que la familia es un sistema sociocultural abierto en el proceso de transformación; debe mostrar un desarrollo a través de cierto número de etapas, adaptarse a las circunstancias y fomentar el crecimiento psicosocial de cada uno de sus miembros.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis que se presenten en las mismas.

Decimos entonces que una familia es funcional cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y según las demandas que percibe desde su entorno y llamamos familia disfuncional a la familia que no es capaz de cumplir dichas encomiendas.

Sin embargo, es necesario acercarse a estos conceptos con precaución, ya que los patrones de funcionamiento familiar están condicionados por el contexto sociocultural al que pertenece la familia, recordemos que la familia es un sistema microsocioal situado entre el individuo y la sociedad y que se rige por las normas que esta última le asigna y que son diferentes en cada cultura y época. Es por ello que no existe un modelo universal de la familia normal que permita definir que a partir de él una familia es normal o no⁽¹⁸⁾.

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros⁽¹⁹⁾.

Una familia con un funcionamiento adecuado o familia funcional puede proveer el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud

favorables en estas, así mismo una familia disfuncional debe ser considerada un factor de riesgo al propiciar la aparición de enfermedades o complicaciones de patologías en sus integrantes.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa (cultural y espiritual) y es precisamente este uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

El término funcionalidad de la dinámica familiar involucra 5 aspectos: 1) adaptación, explica la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares en procuración del bien común y la ayuda mutua en tiempo de necesidad, así como la asistencia de amigos o redes sociales; 2) participación, describe la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones acerca de diversos asuntos (finanzas, cuidados médicos y problemas personales); 3) crecimiento, se refiere a la madurez emocional y física, autorrealización y reacción de los miembros de la familia por un apoyo mutuo; 4) afecto, establece la relación del cuidado y expresión de amor, dolor e ira que existe entre los miembros de la familia y 5) resolución, representa un compromiso o determinación de la familia o de otros miembros para compartir tiempo, espacio, recursos ⁽²⁰⁾.

Cuando hablamos de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

De manera general se toman como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica, social, espiritual)
2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: para hacer un análisis de este indicador se debe tener en cuenta los vínculos familiares, que intervienen en la relación autonomía-pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad hay

que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre-hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de estos y por el contrario cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los límites claros de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad ⁽²¹⁾.

3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por estos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias como el caso de familias monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas del hogar.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y estas no se vean de manera rígida ⁽²²⁾.

También en este indicador se toma en cuenta la jerarquía o distancia generacional que pueda darse de manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y cuando la jerarquía se confunde con autoritarismo.

4. Que en el sistema familiar se de una comunicación clara, coherente, y afectiva que permita compartir los problemas: cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes. Por lo general cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares como las reglas, roles, jerarquías, no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.
5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: la familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tienen que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares pues no son independientes unos de otros.

I.11 Funciones de la Familia

El análisis de las funciones de la familia puede abarcar áreas psicológicas, sociológicas y culturales y pueden variar según el eje de estudio. Algunos autores incluyen los factores culturales como la religión mientras que otros catalogan esa misma función en otro eje.

Entendemos como funciones a las tareas que corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, reconociéndose las siguientes como más importantes y mencionadas por diversos autores:

-) Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia, transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente capaz de participar y desarrollarse en la sociedad.
-) Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia, manifestación de amor, cariño, ternura.

-) Cuidado: consiste en satisfacer las necesidades básicas y sanitarias de las familias (materiales, sociales, financieras, de salud).
-) Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
-) Reproducción: consiste en proveer nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad, incluye aspectos de salud reproductiva como planificación familiar y educación sexual.
-) Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

I.12 Funcionalidad familiar y proceso de salud enfermedad

La funcionalidad en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Comprender la manera en que se establece la funcionalidad familiar, tanto en los pacientes como en los familiares, así como la relación con la evolución de la enfermedad, el apoyo estructural, funcional y social, facilitará el entendimiento y el bienestar tanto de los pacientes como de los familiares.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Es considerada una crisis, dada la desorganización que se produce y el impacto en cada uno de sus miembros

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar⁽²³⁾.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera. Dentro de las respuestas a la enfermedad que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que

incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo (24).

El gran auge en la medicina ha llevado a que enfermedades que hace años eran mortales, se cronifiquen, esto a su vez ha dado pie a que la familia se haya convertido en un pilar básico que provee de cuidados al paciente crónico. Sin su participación activa, difícilmente se alcanzan los objetivos ya sea curativos o paliativos, la familia tiene un papel de amortiguador de todas las tensiones que se generen a lo largo del proceso salud - enfermedad del paciente.

Litman dice: “la familia es el contexto más importante dentro del cual la enfermedad se presenta y se resuelve”. Para el médico de Atención Primaria es muy importante considerar al paciente en el contexto de la familia, ya que de lo contrario se perderá la comprensión de la enfermedad y un posible abanico de soluciones.

La familia influye en la salud de sus miembros por las siguientes cuestiones:

-) La familia es el contexto donde se originan muchas de las conductas para cuidar y educar en un sistema de creencias relativas a la salud.
-) Las conductas se traducen en cosas concretas como los estilos de vida (dieta, ejercicio físico, etc.).
-) Las familias tienen carga genética; así, las enfermedades de este tipo pueden verse aumentadas o disminuidas en determinadas familias.

Sin embargo las conductas citadas anteriormente influyen positiva o negativamente, de manera que pueden ser el origen de las enfermedades.

Es notorio que la prevalencia de las enfermedades crónicas está aumentando debido a factores como envejecimiento de la población, mayor esperanza de vida, etc. Podemos decir entonces que la mitad de los mayores de 65 años y una cuarta parte de las personas de entre 45 y 65 años tienen limitadas sus actividades por una enfermedad crónica (25).

La enfermedad crónica una vez iniciada no vuelve atrás, es irreversible, por lo que los cuidados que requiera el paciente van a ser permanentes, comprometiendo a toda

la familia en su cuidado. Afecta a todos los ejes de la vida familiar y los patrones de esta se transforman para siempre. En la enfermedad crónica la familia es la que soporta la mayor parte de los cuidados.

I.13 Escala FF-SIL para medición del grado de funcionalidad familiar

Existen diferentes escalas para medir la funcionalidad familiar entre ellas, la escala FF-SIL, test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia para un total de 12 ítems correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

1 y 8 cohesión, 2 y 13 armonía, 5 y 11 comunicación, 7 y 12 permeabilidad, 4 y 14 afectividad, 3 y 9 roles, 6 y 10 adaptabilidad.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas que estas a su vez tienen una escala en puntos.

Casi nunca 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5 puntos ⁽²⁶⁾

I.14 EPOC

La EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable, que se caracteriza por síntomas respiratorios y limitación del flujo aéreo persistentes, que se deben a anomalías de las vías respiratorias o alveolares causadas generalmente por una exposición importante a partículas o gases nocivos ⁽²⁷⁾.

Para el diagnóstico de la enfermedad es necesario realizar una espirometría que permita confirmar la presencia de obstrucción al flujo de aire. Esta se confirma demostrando una relación entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) y la capacidad vital forzada (CVF) menor de 0,70 luego del uso de un broncodilatador inhalado ($VEF1/CVF < 0,70$ post BD). La enfermedad es heterogénea en su forma de presentación y evolución, pudiendo estar o no acompañada de síntomas como disnea, tos y expectoración, exacerbaciones, manifestaciones extra-pulmonares y comorbilidades.

La EPOC es una enfermedad inflamatoria que afecta la vía aérea en todas sus porciones, los alvéolos y la circulación pulmonar. El principal sitio de afectación son los bronquios de diámetro menor a 2 mm y el esqueleto elástico de los pulmones. Los agresores inhalados desencadenan un proceso inflamatorio crónico persistente en el tiempo.

La obstrucción de la vía aérea tiene componentes reversibles e irreversibles. La inflamación daña el epitelio respiratorio y estimulando las fibras nerviosas expuestas (fibras sensitivas C, receptores de adaptación rápida) liberando neurokininas. Este mecanismo aumenta la estimulación aferente vagal y como consecuencia la respuesta eferente con broncoconstricción por aumento del tono broncomotor. Los mecanismos vagales reflejos también aumentan la secreción de moco contribuyendo a la obstrucción bronquial. La estimulación de receptores muscarínicos actúa en forma sinérgica con el factor de crecimiento epitelial (EGF) en la activación de células mucoscretantes. A través de este mecanismo la secreción aumentada de acetilcolina puede intervenir en la hipertrofia e hiperplasia de células caliciformes y glándulas submucosas contribuyendo a la remodelación de las paredes bronquiales. El resultado final de la inflamación crónica es el engrosamiento de la pared bronquial con disminución del calibre, la destrucción alveolar con agrandamiento de los espacios aéreos y pérdida de los anclajes bronquiales. Las consecuencias funcionales son obstrucción al flujo de aire, colapso espiratorio del árbol bronquial y pérdida del retroceso elástico. La inflamación es un mecanismo activo y progresivo con picos de aumento durante las exacerbaciones. La desactivación de este mecanismo es más difícil a medida que la enfermedad progresa y se establece el daño estructural ⁽²⁸⁾.

La exacerbación de la EPOC es un evento agudo en la evolución de la enfermedad caracterizado por empeoramiento de la disnea, aumento de la tos y/o expectoración (volumen y/o purulencia) más allá de la variabilidad diaria y suficiente para requerir modificación del tratamiento regular.

Las exacerbaciones de la EPOC son de gran importancia por sus efectos negativos a largo plazo sobre la función pulmonar, la calidad de vida, el empeoramiento de los síntomas, el incremento en la mortalidad y los costos sanitarios. En pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos (UCI) la mortalidad intrahospitalaria es del 24% y al año alcanza 42%. La fatalidad calculada (exceso de mortalidad

comparada con la EPOC estable) es de 15,6%, remarcando la importancia de prevenir las exacerbaciones. La suspensión del tabaquismo reduce el riesgo de exacerbaciones en 20–30%, en especial en aquellos pacientes con mayor duración de abstinencia. La adecuada adherencia al tratamiento, así como el uso correcto de la terapia inhalada reduce el riesgo de exacerbaciones. Los programas de autocuidado son también beneficiosos reduciendo el riesgo de hospitalización. Los broncodilatadores de acción prolongada y la terapia combinada han demostrado efectividad para reducir el número de exacerbaciones y hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad.

En estados unidos se ha estimado que los costos económicos anuales de la enfermedad ascienden a más de 24 mil millones de dólares. En el año 2000, hubo 8 millones de consultas médicas por EPOC, 1.5 millones de visitas al departamento de urgencias y 673 mil hospitalizaciones. En el año 2002, los costos directos de la enfermedad fueron 18 mil millones de dólares y los costos indirectos 14 mil millones de dólares. Es importante destacar que existe una relación directa entre la gravedad de la enfermedad y los costos. Los costos de atención de un paciente con EPOC son 2.5 veces más elevados comparados con otras enfermedades crónicas. Adicionalmente, entre más joven se adquiere la enfermedad, más son los años de esperanza de vida perdidos, llegando a tener hasta un 60% de esperanza de vida perdida si se tiene EPOC a la edad de 45 años y esto también tiene un impacto por ser una población económicamente activa. En cuanto al impacto económico de la EPOC en México, un estudio de costos de atención médica atribuibles al tabaco, realizado en el año 2001 en el IMSS, la EPOC tuvo un costo promedio de 73,303 pesos mexicanos anuales por paciente. La cifra puede ascender hasta 139,978 pesos cuando el paciente requiere hospitalización por una exacerbación. Como en el resto del mundo, el costo de la EPOC en México varía de acuerdo al grado de gravedad de la enfermedad, donde los pacientes que se hospitalizan son los que se encuentran en estadios más graves ⁽²⁹⁾.

Los gastos anuales atribuibles para la EPOC secundaria a la exposición a tabaco son aproximadamente 37 millones de pesos (estudio de costos en el INER). Los gastos del instituto en esta enfermedad varían ampliamente de acuerdo al grado de EPOC y uso de recursos. El gasto por paciente en consulta externa es de 2,100 pesos; el

gasto en hospitalización por día es de 2,290 pesos; en urgencias es de 3,000 pesos y en terapia intensiva si un sujeto tiene EPOC muy grave, el costo puede elevarse hasta más de 400,000 pesos. En la clínica de EPOC, anualmente se dan más de 2,500 consultas y se hospitalizan alrededor de 350 pacientes. Estos datos revelan que el costo de la EPOC para estos rubros asciende a más de 13 millones de pesos, sin tomar en cuenta los gastos que se generan en la terapia intensiva ⁽³⁰⁾.

La EPOC constituye un importante reto de salud pública y es una causa importante de morbilidad crónica y mortalidad en todo el mundo. La EPOC es en la actualidad la cuarta causa de muerte en todo el mundo, pero se prevé que llegue a ser la tercera causa de muerte en el 2020. De acuerdo con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos. Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año. Más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos ⁽³¹⁾.

En México, como en otros países de Latinoamérica, la EPOC es una enfermedad importante por su morbilidad y mortalidad, la prevalencia calculada para México por el estudio PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad ⁽³²⁾.

Esta enfermedad genera en el paciente una pérdida progresiva de la capacidad funcional hasta limitarlo en las actividades más simples de la vida cotidiana, lo que repercute en su calidad de vida.

Es importante conocer la valoración personal que el individuo realiza acerca de cómo la enfermedad y el tratamiento correspondiente repercuten sobre su estilo de vida, de acuerdo con su propia percepción e interpretación. Esta faceta subjetiva de la morbilidad (gravedad percibida por el paciente) es lo que definimos como calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La percepción por parte del sujeto de sus limitaciones genera un sentimiento de baja autoestima que pone en peligro su posición ante la familia y la sociedad, lo que puede producir por un lado, una disfunción familiar entendida como aquel proceso que impide cumplir sus funciones a la familia, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Y por

otro, una alteración en las relaciones sociales del paciente. Sin embargo, el tener un buen apoyo social, entendido como el grado en el que las necesidades sociales básicas son satisfechas, puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda. Tanto la salud física como la psíquica mejoran al aumentar el apoyo social ⁽³³⁾.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

En estados unidos se ha estimado que los costos económicos anuales de la enfermedad ascienden a más de 24 mil millones de dólares. En el año 2000, hubo 8 millones de consultas médicas por EPOC, 1.5 millones de visitas al departamento de urgencias y 673 mil hospitalizaciones. En cuanto al impacto económico de la EPOC en México, un estudio de costos de atención médica atribuibles al tabaco, realizado en el año 2001 en el IMSS, la EPOC tuvo un costo promedio de 73,303 pesos mexicanos anuales por paciente. La cifra puede subir hasta 139,978 pesos cuando el paciente requiere hospitalización por una exacerbación ⁽²⁹⁾.

La EPOC es en la actualidad la cuarta causa de muerte en todo el mundo, pero se prevé que llegue a ser la tercera causa de muerte en el 2020. De acuerdo con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos. Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año. En México, como en otros países de Latinoamérica, la EPOC es una enfermedad importante por su morbilidad y mortalidad, la prevalencia calculada para México por el estudio PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad ⁽³²⁾.

Dicha patología requiere un apego adecuado a tratamiento por la rápida progresión, exacerbaciones y complicaciones de la misma, existen numerosos estudios en los cuales se demuestra que la funcionalidad familiar y el apoyo social influyen de forma importante en el control y apego a tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y estas a su vez en el desarrollo y armonía familiar. Los pacientes crónicos se han convertido en una carga emocional y financiera de las familias (según la percepción de los mismos pacientes), muchos de ellos han sido abandonados por los hijos quienes formaron una nueva familia, un gran porcentaje de ellos mayores de edad que no comprenden indicaciones y tratamiento, lo que resulta en mayores índices de complicaciones y mortalidad en estos pacientes, de esto deriva la importancia de conocer el apoyo social percibido y la funcionalidad familiar de los pacientes con EPOC de tal forma que como médicos familiares

podamos reforzar el apoyo a estos pacientes para mejorar su apego a tratamiento, disminuir las complicaciones y por tanto las hospitalizaciones y costos por su manejo.

II.2. Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF 220?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Académica

Se ha podido comprobar en nuestra labor la creciente necesidad del apoyo social en los pacientes con EPOC por las características propias de la enfermedad crónica, en la que se requiere un adecuado apego al tratamiento por lo que el apoyo social y la familia son pilares para el manejo de esta patología crónica.

La EPOC es una de las 10 patologías más frecuentes atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar y cuya relevancia para nuestro estudio de familia radica en que la funcionalidad familiar y el apoyo social influyen en el manejo integral y adecuado del paciente, por tal motivo e importancia se toma como un tema adecuado de estudio de la especialidad y como finalidad secundaria para la obtención del título de especialista en Medicina Familiar.

III.2. Epidemiológica

En México, como en otros países de Latinoamérica, la EPOC es una enfermedad importante por su morbilidad y mortalidad, la prevalencia calculada para México por el estudio PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad ⁽³²⁾.

III.3. Económico

En cuanto al impacto económico de la EPOC en México, un estudio de costos de atención médica atribuibles al tabaco, realizado en el año 2001 en el IMSS, la EPOC tuvo un costo promedio de 73,303 pesos mexicanos anuales por paciente. La cifra puede ascender hasta 139,978 pesos cuando el paciente requiere hospitalización por una exacerbación. Como en el resto del mundo, el costo de la EPOC en México varía de acuerdo al grado de gravedad de la enfermedad, donde los pacientes que se hospitalizan son los que se encuentran en estadios más graves ⁽²⁹⁾.

La EPOC es una enfermedad cuya morbi-mortalidad la ha convertido en una patología de relevancia a nivel mundial sobre el cual se debe de incidir, no solo por qué disminuye la sobrevida de los pacientes que la presentan sino también por las repercusiones económicas que representan para el sistema de salud nacional ⁽³¹⁾.

III.4. Familiar

La importancia de la red de apoyo con la que cuenta el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica es fundamental para cumplir las necesidades básicas que requiere, sin embargo como todo padecimiento crónico, su evolución lo convierte en un problema para la familia y la comunidad que la rodea.

La intención principal de desarrollar la presente investigación radica en establecer la asociación entre el apoyo social y la funcionalidad de la familia en los pacientes con EPOC, ya que la intervención de la familia es fundamental para el mejor control de estos pacientes y para evitar recaídas que merman su sobrevida, por lo tanto como médico familiar es primordial la realización de un diagnóstico oportuno no solo de la patología sino de factores de riesgo dentro del núcleo familiar ⁽²⁴⁾.

IV.HIPÓTESIS

Hipótesis General

Si existe asociación entre el grado de apoyo social percibido y el grado de funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF 220.

Hipótesis Nula

No existe asociación entre el grado de apoyo social percibido y el grado de funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF 220.

Elementos de la Hipótesis

Unidad de análisis: Pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

Variables

Dependiente: Apoyo social percibido.

Independiente: Funcionalidad familiar

Elemento lógico de la relación: La, y, es, en, los.

V.OBJETIVOS DEL ESTUDIO

V.1. Objetivo General

Establecer la asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

V.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar el grado de apoyo social percibido de acuerdo al estado civil en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.
2. Describir el grado de apoyo social percibido de acuerdo al grupo etario en pacientes con EPOC, UMF220, 2020.
3. Identificar el grado de funcionalidad familiar de acuerdo al grupo etario en pacientes con EPOC, UMF 2020, 2020.
4. Determinar el grado de funcionalidad familiar de acuerdo al estado civil en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.
5. Clasificar el grado de apoyo social percibido de acuerdo al género en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.
6. Identificar el grado de funcionalidad familiar de acuerdo al género en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

VI. METODOLOGIA

VI.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio analítico, observacional, prospectivo, transversal.

VI.2. Diseño de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de EPOC beneficiarios del IMSS y derechohabientes de la UMF 220, Toluca, que acudieron a consulta de control en 2020, en un periodo de un año.

Se realizó un muestreo no probabilístico, en una población de 440 pacientes con diagnóstico de EPOC según registros en ARIMAC, para el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas de Excel, utilizando un intervalo de confianza de 95%, probabilidad de ocurrencia 0.5 y error máximo de estimación 5%, obteniendo una muestra de 205 pacientes.

Se identificó el grado de apoyo social percibido por los pacientes mediante la aplicación del cuestionario de MOS y se clasificó el grado de funcionalidad familiar mediante la aplicación de la escala FF-SIL.

Posteriormente se realizó una base de datos y análisis estadístico de los mismos utilizando el programa estadístico SPSS 25 y la prueba estadística chi cuadrada como medida de asociación.

VI.3. Criterios de selección

Criterios de Inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de EPOC de ambos sexos derechohabientes del IMSS que acuden a la consulta externa de la UMF 220 turno matutino y vespertino.
- Pacientes con diagnóstico de EPOC que acepten participar en la investigación previo consentimiento informado firmado.

Criterios de No Inclusión.

- Pacientes con patología psiquiátrica asociada que no les permita completar de forma adecuada el instrumento de investigación.
- Pacientes con algún tipo de demencia.

Criterios de Eliminación.

- Pacientes que no completen el instrumento de investigación.
- Pacientes que deseen retirarse de la investigación.

VI.4. Instrumentos de investigación

Para evaluar el apoyo social percibido y se aplicara el cuestionario de MOS, para identificar la funcionalidad familiar se utilizará la escala FF –SIL y un cuestionario de datos generales para la obtención de variables sociodemográficas.

Cuestionario de MOS

Descripción

Cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria (De la Revilla et al. 2005). Se compone de 20 reactivos autoaplicables. El primer reactivo se refiere al tamaño de la red social. Los reactivos restantes se miden con escala tipo Likert, puntuando del 1 “Nunca” al 5 “Siempre”, y recogen valores referidos a tres dominios del apoyo social: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental.

Validación

El instrumento fue adaptado y validado en castellano en España por De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón, y Medina en el 2005 con 301 pacientes con enfermedades crónicas y se encontraron tres factores, el apoyo emocional/informacional, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental), con valores de alfa de Cronbach de 0.941, 0.855 y 0.870 respectivamente. De igual manera, (Costa, Salamero y Gil, 2007) validaron en Barcelona este instrumento con 400 pacientes oncológicos corroborando los mismos factores encontrados por De la Revilla et al. Con valores de alfa de Cronbach de 0.943, 0.751 y 0.832. También se han realizado dos validaciones latinoamericanas en población en general, una de ellas en Argentina (Rodríguez y Enrique, 2007) con 375 participantes en la que se corroboraron los tres factores encontrados en los estudios españoles, con valores de alfa de Cronbach de 0.876, 0.843 y 0.802 correspondientemente; y la otra realizada en Colombia (Londoño et al., 2012) con 179 participantes donde también se obtuvieron tres factores, el apoyo emocional/informativo, el apoyo instrumental y la interacción social positiva con índices de alfa de Cronbach de 0.93, 0.79 y 0.86.

En México se realizó la adaptación y validación en 333 pacientes con VIH, donde se realizó un análisis factorial exploratorio empleando el método de componentes

principales, con rotación Varimax. Se obtuvo un alfa de Cronbach total de 0.971, y dos factores con auto valores mayores a 1 que explicaron el 72.22% de la varianza. El primer factor se denominó apoyo Emocional/Informativo e incluyó 14 reactivos (2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18 y 19) con un alfa de Cronbach de 0,97; y el segundo factor nombrado Tangible fue determinado por 5 reactivos (1, 4, 5, 11 y 14) con un alfa de Cronbach de 0,89.

Aplicación

La aplicación de la escala de MOS estará a cargo de la tesista a los pacientes derechohabientes con diagnóstico de EPOC que acuden a consulta externa de la UMF 220.

Para la interpretación de esta escala se utilizan los siguientes intervalos de acuerdo al puntaje obtenido:

Índice global de apoyo social: Máximo 94, medio 57, mínimo 19.

Apoyo emocional: máximo 40, medio 24, mínimo 8.

Ayuda material: máximo 20, medio 12, mínimo 4.

Relaciones sociales de ocio y distracción: máximo 20, medio 12, mínimo 4.

Apoyo afectivo: máximo 15, medio 9, mínimo 3.

Escala FF SIL

Descripción

Instrumento que valora la función familiar, consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia para un total de 12 ítems correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

1y 8 cohesión, 2 y13 armonía, 5 y 11 comunicación, 7 y 12 permeabilidad, 4 y 14 afectividad, 3 y 9 roles, 6 y 10 adaptabilidad.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas que estas a su vez tienen una escala en puntos.

Casi nunca 1 punto, pocas veces 2puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5puntos.

Validación

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90' para evaluar cualitativamente la función familiar, fue construido por un master en psicología de salud validándose con una α de Cronbach ($\alpha=0.779$) y prueba de mitades de Spearman-Brown ($r=.825$). La prueba fue sometida en el año de 1994 y 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez.

Aplicación

La aplicación de la escala FF-SIL estará a cargo de la tesista a los pacientes derechohabientes con diagnóstico de EPOC que acuden a consulta externa de la UMF 220.

Para la interpretación de esta escala se utilizan los siguientes intervalos de acuerdo al puntaje obtenido:

Funcional: 70-57 puntos

Moderadamente funcional: 56-43 puntos

Disfuncional: 42-28 puntos

Severamente disfuncional: 27-14 puntos

VI.5. Definición de las variables

| VARIABLE | DEF. CONCEPTUAL | DEF. OPERACIONAL | NIVEL DE MEDICIÓN | INDICADOR | ITEM |
|------------------------|--|--|-----------------------------------|--|---------|
| Apoyo social | Se define como la percepción subjetiva del apoyo con que cuenta el paciente (emocional, instrumental e informacional), confianza e intimidad por parte de sus redes familiares y sociales (Remor, 2002). | Apoyo social percibido del paciente obtenido a través del cuestionario MOS de apoyo social, utilizando el índice global de apoyo social máximo como parámetro. | Cualitativa, ordinal, politómica. | -Índice global de apoyo social: Máximo 94, medio 57, mínimo 19. -Apoyo emocional: máximo 40, medio 24, mínimo 8. -Ayuda material: máximo 20, medio 12, mínimo 4. -Relaciones sociales de ocio y distracción: máximo 20, medio 12, mínimo 4. -Apoyo afectivo: máximo 15, medio 9, mínimo 3. | Anexo 3 |
| Funcionalidad familiar | La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis que se presenten en las mismas. | Grado de funcionalidad familiar en base a escala FF-SIL. | Cualitativa ordinal, politómica | -Funcional: 70-57 puntos - Moderadamente funcional: 56-43 puntos -Disfuncional: 42-28 puntos -Severamente disfuncional: 27-14 puntos | Anexo 2 |

| | | | | | |
|--------------|--|---|--------------------------------------|--|------------|
| Grupo etario | Del latín aetas 'edad'. Adj. Dicho de varias personas: Que tienen la misma edad. | Grupo de individuos que pertenecen a un mismo grupo de edad agrupado en intervalos. | Cuantitativa De intervalo | 20-40 años; 41-60 años, 61-80 años, 81 años o más. | Anexo 2 |
| Género | Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. | Conjunto de individuos pertenecientes a un mismo género. Género | Cualitativa Nominal dicotómica | Masculino o femenino. | Anexo 2 |
| Estado civil | Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales | Condición de la persona respecto a relaciones sentimentales | Cualitativa Nominal politómica | Soltero, casado, viudo. | Anexo 2 |

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación fue sometida a revisión por el Comité de Ética en Investigación (CEI) para su aprobación. Se guía de acuerdo al informe Belmont creado en 1919 en Estados Unidos por la comisión nacional para la protección de sujetos humanos ante la investigación biomédica y de acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada en la 18 asamblea medica mundial en Filadelfia en junio de 1964 y enmendada en la 64 asamblea general Fortaleza Brazil 2013, garantizando el apego a los principios bioéticos de beneficencia protegiendo los derechos de los participantes, no maleficencia, al ser un estudio sin riesgo no se vulnera la integridad física de los participantes, autonomía, respetando la voluntad de participar o retirarse de dicho estudio y justicia no presentando ningún tipo de discriminación, ya sea por condiciones físicas, sociales, políticas, religiosas, de género o preferencias sexuales.

La presente investigación se apega a los lineamientos éticos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, al título segundo, capitulo único, artículo 17, categoría 1 sobre “investigación sin riesgo”, debido a que los individuos que participan en el estudio únicamente aportan datos a través de cuestionarios; los cuales no provocan daños físicos y/o mentales.

La presente investigación médica está sujeta a la normatividad ética que sirve para promover el respeto a todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales.

En el caso del presente estudio a los pacientes con EPOC a quienes se garantizó no poner en riesgo su salud y mantener sus derechos individuales se solicitó contestar los instrumentos de evaluación cuestionario de datos generales, MOS y escala FF-SIL, previo consentimiento informado, el cual se dió a conocer por el médico Residente Ivone Murrieta los primeros 5 días del mes en la sala de espera de la UMF 220, se explicó que podrían aceptar participar o no y eso no generaría ninguna represalia en su atención, que el objetivo del estudio es determinar si hay asociación entre el apoyo social percibido y la funcionalidad de las familias de los pacientes con EPOC y como esto podría repercutir en el control de la enfermedad, se otorgó copia fotostática del consentimiento, no sin antes mencionar que el participante podría retirarse en el momento que lo desee.

Se integra la carta de consentimiento informado empleada para fines del estudio que se presenta, incluido en los anexos.

VIII. ORGANIZACIÓN

Primer autor: M.C. Ivone Murrieta Martínez.

Segundo Autor: E.M.F. Concepción Andrea Martínez López.

Créditos: Para efectos de publicación o presentación en eventos académicos la o el tesista siempre aparecerá como primer autor y el director como segundo autor de todos los casos.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se obtuvieron los siguientes resultados posteriores a la aplicación del cuestionario MOS y escala FF-SIL en una muestra de 205 pacientes con EPOC captados en la UMF 220 como objetivo principal del trabajo se procedió a determinar si existe asociación entre las variables de apoyo social y funcionalidad familiar mediante la prueba estadística Chi-cuadrada obteniéndose un valor de $p = 0.000$ por lo que se concluye que hay asociación entre las variables apoyo social y funcionalidad familiar y por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna. Se observa que 66 pacientes con EPOC presenta un apoyo social máximo así como una familia moderadamente funcional, gran parte de la población encuestada presenta índices máximos de apoyo social aunado a una familia funcional y moderadamente funcional (Cuadro 1 , Gráfica 1).

Identificamos que un apoyo social máximo predomina en los pacientes casados, representado con 98 de encuestados, seguido de un apoyo social medio en pacientes casados con una frecuencia de 40 (Cuadro 2, Gráfica 2).

Gran parte de los pacientes con EPOC se encuentran en un grupo etario entre los 61 y 80 años de edad y 119 de ellos refiere tener un apoyo social máximo, seguido de 59 pacientes con apoyo social medio en el mismo grupo etario (Cuadro 3, Gráfica 3).

Se identificó que 80 pacientes del grupo etario de entre 61 a 80 años presentó una funcionalidad familiar moderada seguido de 54 pacientes del mismo grupo etario con percepción de familia funcional (Cuadro 4, Gráfica 4).

Se observó que 66 pacientes con estado civil casado presentan una percepción de funcionalidad familiar moderada y 52 pacientes también con estado civil casados presentan una familia funcional, (Cuadro 5, Gráfica 5).

Identificamos que tanto el género masculino como femenino muestran una percepción de apoyo social máxima representado con 66 y 71 pacientes respectivamente, también podemos observar que el género femenino, con 5 pacientes, es quien refiere tener un apoyo social mínimo, comparado con 1 hombre (Cuadro 6, Gráfica 6).

Se observó que tanto en el género femenino como masculino predomina una percepción familiar moderadamente funcional, representado con 52 y 41 pacientes respectivamente (cuadro 7, Gráfico 7)

Discusión

El estudio permitió describir la asociación que existe entre el apoyo social y la función de la familia en pacientes con EPOC y a su vez hacer una reflexión acerca de esta patología tan frecuente en nuestro medio.

Dado que es difícil determinar si la disfunción familiar puede ser causa o efecto del mal control del paciente sólo podemos inferir que la presión ejercida por el padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras de la función familiar.

Se observó que gran parte de los pacientes encuestados recibió cuidados familiares, aunque esto no parece suficiente para afirmar que la funcionalidad familiar es óptima, pues en muchos casos los pacientes tienen un alto índice de apoyo material pero no afectivo.

En términos generales podemos decir que existe una asociación significativa entre el apoyo social percibido y la funcionalidad familiar, es importante mencionar que gran parte de los pacientes refirieron tener un adecuado apoyo social y funcionalidad familiar, comparando estos resultados con un estudio realizado en España titulado “Salud auto percibida, apoyo social y familiar de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica” del autor Vargas J. observamos cierta similitud ya que dicho estudio reporta funcionalidad normal en un 79.1%, disfunción moderada en un 17.4% y disfunción severa en un 2.9%.

Se encontró también que gran parte de la población con esta patología se encuentra entre los 61 a 80 años de edad lo que concuerda con las cifras reportadas en la guía GOLD según las cuales esta patología se encuentra en un 7.8% de los mayores de 40

años de edad, incrementándose la cifra con los años, así se encuentra en el 4.5% entre los 50 a 59 años y en el 18.4% de los mayores de 60 años de edad.

En México, como en otros países de Latinoamérica, la EPOC es una enfermedad importante por su morbilidad y mortalidad, la prevalencia calculada para México por el estudio PLATINO es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad, prevalencia que se incrementa con la edad del paciente.

Como evidencia Pérez-Padilla R, Regalado J, Vedal S, et al. En su trabajo titulado “Exposure to biomass smoke and chronic airway disease in mexican woman. A case-control study” a nivel mundial la EPOC se considera una enfermedad asociada al tabaco y con predominio en hombres; sin embargo, en países en desarrollo como México, es también un problema de salud en las mujeres por la exposición crónica a humo de biomasa, mismos datos que pudimos observar en este estudio donde predominó el género femenino con esta patología y aunque no fue motivo de estudio podemos suponer que la mayoría secundaria a exposición crónica a humo de leña. Cabe destacar que en nuestro país el uso de leña para cocinar, en algunos estados, continúa siendo muy alto. La muestra censal sobre condiciones de vivienda y uso de leña del XII Censo General de Población del 2000, reveló que en más de la mitad de las viviendas rurales (56.9%) se utiliza leña como combustible para cocinar.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1. Asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

| Funcionalidad familiar \ Apoyo social | Funcionalidad familiar | | | | Total | |
|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|--------------------------|-------|--------|
| | Funcional | Moderadamente funcional | Disfuncional | Severamente disfuncional | | |
| Máximo | F | 60 | 66 | 8 | 3 | 137 |
| | P | 29.2% | 32.1% | 4% | 1.5% | 66.8% |
| Medio | F | 1 | 27 | 34 | 0 | 62 |
| | P | 0.5% | 13.2% | 16.5% | 0.0% | 30.2% |
| Mínimo | F | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 |
| | P | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 3% | 3% |
| Total | F | 61 | 93 | 42 | 9 | 205 |
| | P | 29.7% | 45.3% | 20.5% | 4.5% | 100.0% |

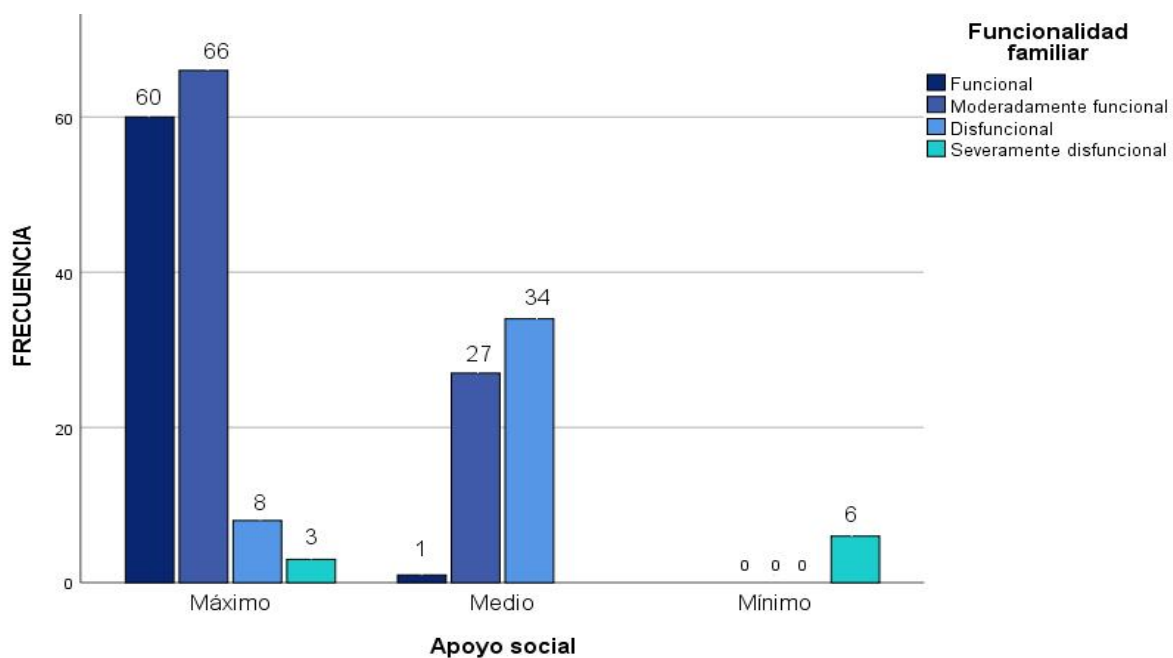
Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

P: Porcentaje

P= 0.000

Grafico 1. Asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.



Fuente: Base de datos, cuadro 1.

Cuadro 2. Grado de apoyo social de acuerdo al estado civil en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

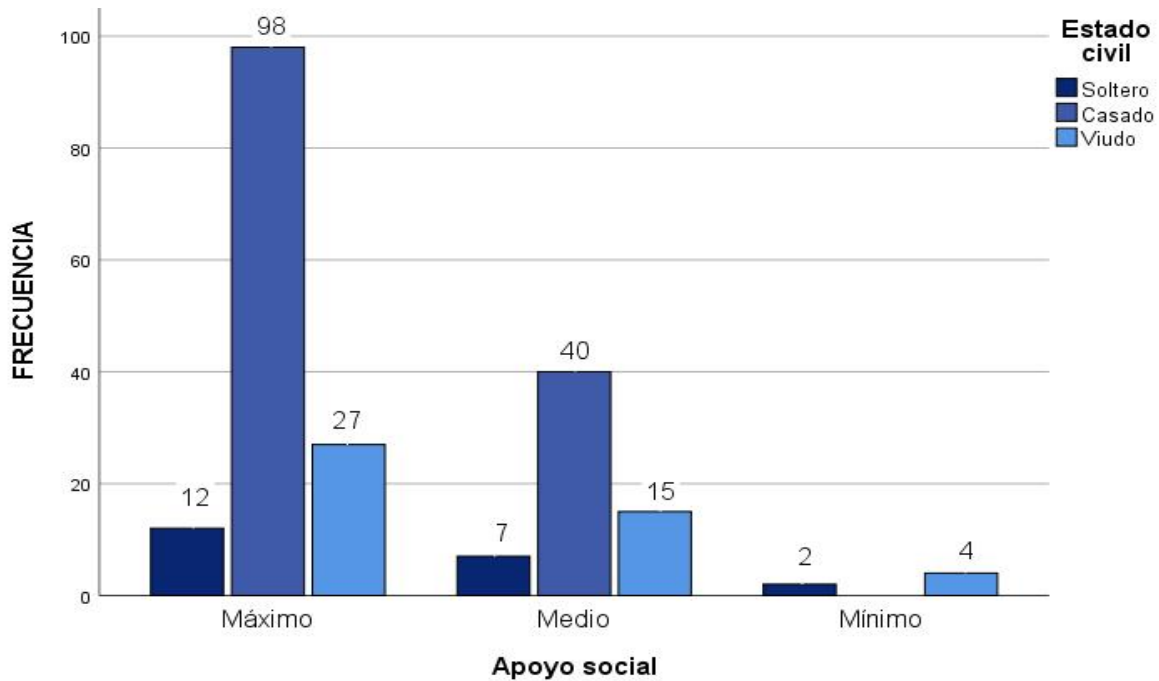
| Estado civil | | Apoyo social | | | |
|--------------|---|--------------|--------|-------|--------|
| | | Soltero | Casado | Viudo | Total |
| Máximo | F | 12 | 98 | 27 | 137 |
| | P | 5.8% | 47.8% | 13.2% | 66.8% |
| Medio | F | 7 | 40 | 15 | 62 |
| | P | 3.4% | 19.5% | 7.3% | 30.2% |
| Mínimo | F | 2 | 0 | 4 | 6 |
| | P | 1.0% | 0.0% | 2.0% | 3% |
| Total | F | 21 | 138 | 46 | 205 |
| | P | 10.2% | 67.3% | 22.5% | 100.0% |

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Grafico 2. Grado de apoyo social percibido de acuerdo al estado civil en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.



Fuente: Base de datos, cuadro 2.

Cuadro 3. Grado de apoyo social percibido de acuerdo al grupo etario en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

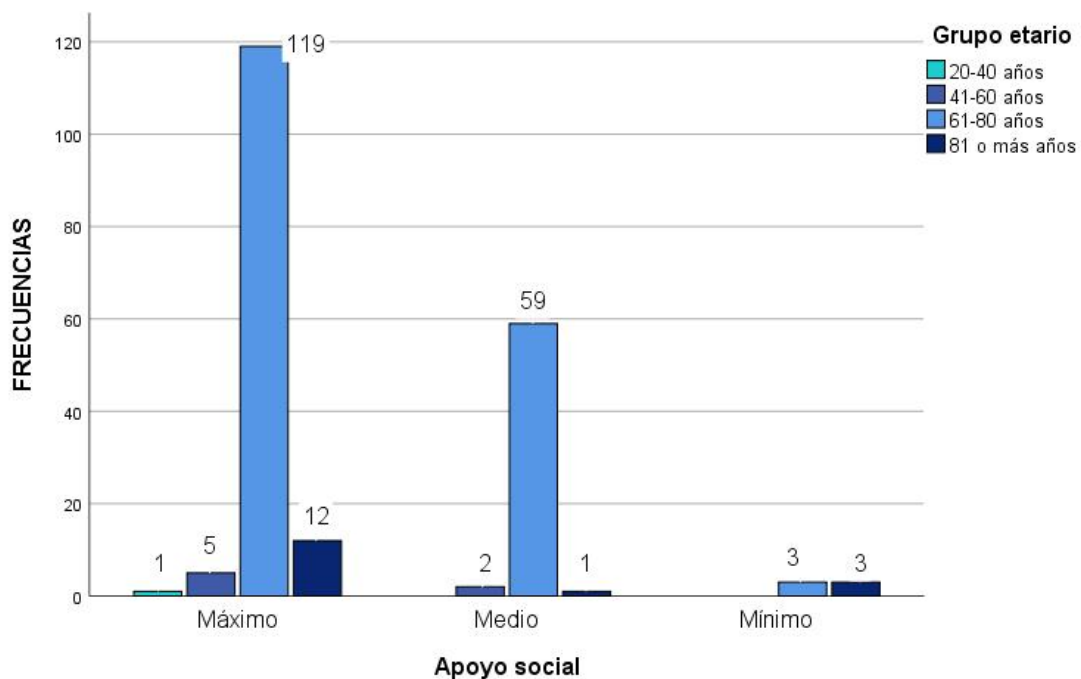
| Grupo etario | | Grado de apoyo social | | | | Total |
|--------------|---|-----------------------|------------|------------|---------------|--------|
| | | 20-40 años | 41-60 años | 61-80 años | 81 o más años | |
| Máximo | F | 1 | 5 | 119 | 12 | 137 |
| | P | 0.5% | 2.4% | 58.0% | 5.9% | 66.8% |
| Medio | F | 0 | 2 | 59 | 1 | 62 |
| | P | 0.0% | 1.0% | 28.7% | 0.5% | 30.2% |
| Mínimo | F | 0 | 0 | 3 | 3 | 6 |
| | P | 0.0% | 0.0% | 1.5% | 1.5% | 3% |
| Total | F | 1 | 7 | 181 | 16 | 205 |
| | P | 0.5% | 3.4% | 88.2% | 7.9% | 100.0% |

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Grafico 3. Grado de apoyo social percibido de acuerdo al grupo etario en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.



Fuente: Base de datos, cuadro 3.

Cuadro 4. Grado de funcionalidad familiar de acuerdo al grupo etario en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

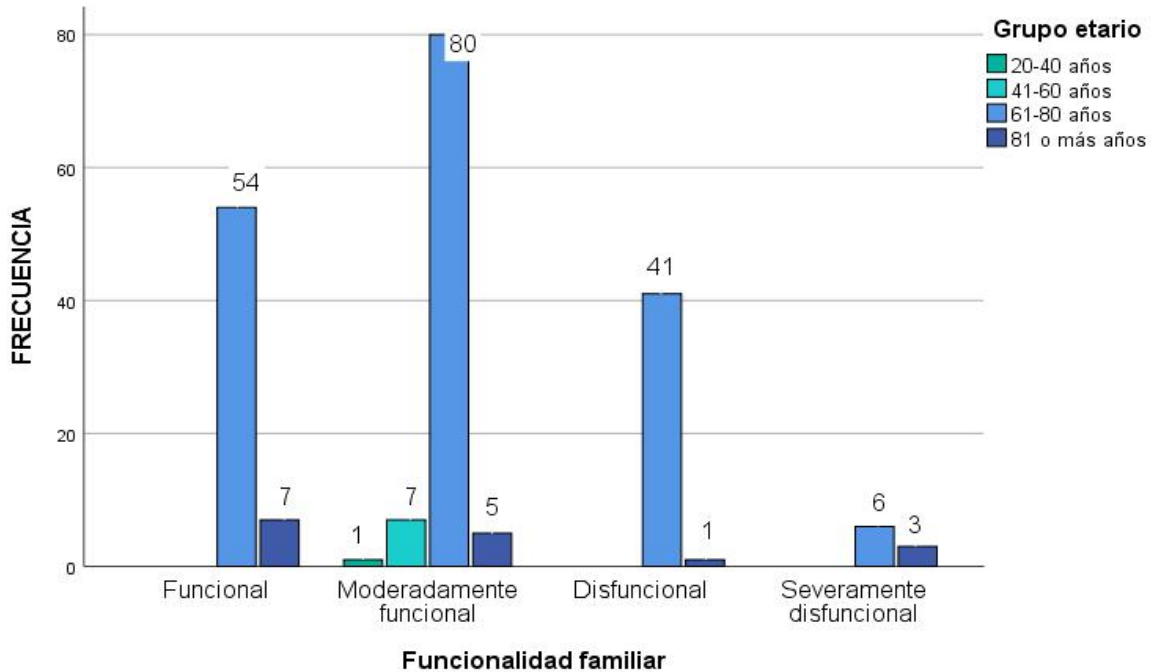
| Funcionalidad familiar | | Grupo etario | | | | Total |
|--------------------------|---|--------------|------------|------------|---------------|--------|
| | | 20-40 años | 41-60 años | 61-80 años | 81 o más años | |
| Funcional | F | 0 | 0 | 54 | 7 | 61 |
| | P | 0.0% | 0.0% | 26.4% | 3.4% | 29.8% |
| Moderadamente funcional | F | 1 | 7 | 80 | 5 | 93 |
| | P | 0.5% | 3.4% | 39.0% | 2.4% | 45.3% |
| Disfuncional | F | 0 | 0 | 41 | 1 | 42 |
| | P | 0.0% | 0.0% | 20.0% | 0.5% | 20.5% |
| Severamente disfuncional | F | 0 | 0 | 6 | 3 | 9 |
| | P | 0.0% | 0.0% | 3% | 1.4% | 4.4% |
| Total | F | 1 | 7 | 181 | 16 | 205 |
| | P | 0.5% | 3.4% | 88.4% | 7.7% | 100.0% |

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Grafico 4. Grado de funcionalidad familiar de acuerdo al grupo etario en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.



Fuente: Base de datos, cuadro 4.

Cuadro 5. Grado de funcionalidad familiar de acuerdo al estado civil en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

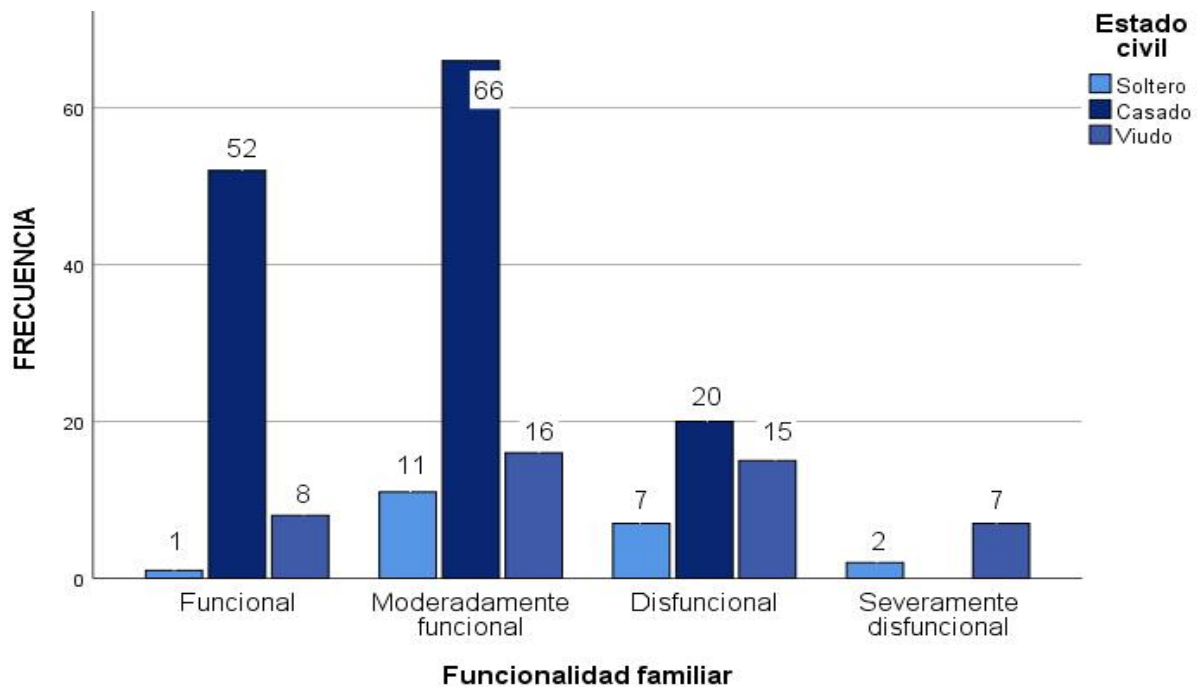
| Funcionalidad familiar \ Estado civil | | Estado civil | | | Total |
|---------------------------------------|---|--------------|--------|-------|--------|
| | | Soltero | Casado | Viudo | |
| Funcional | F | 1 | 52 | 8 | 61 |
| | P | 0.5% | 25.3% | 3.9% | 29.7% |
| Moderadamente funcional | F | 11 | 66 | 16 | 93 |
| | P | 5.3% | 32.3% | 7.9% | 45.5% |
| Disfuncional | F | 7 | 20 | 15 | 42 |
| | P | 3.4% | 9.7% | 7.3% | 20.4% |
| Severamente disfuncional | F | 2 | 0 | 7 | 9 |
| | P | 1.0% | 0.0% | 3.4% | 4.4% |
| Total | F | 21 | 138 | 46 | 205 |
| | P | 10.2% | 67.3% | 22.5% | 100.0% |

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Grafico 5. Grado de funcionalidad familiar de acuerdo al estado civil en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.



Fuente: Base de datos, cuadro 5.

Cuadro 6. Grado de apoyo social percibido de acuerdo al género en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

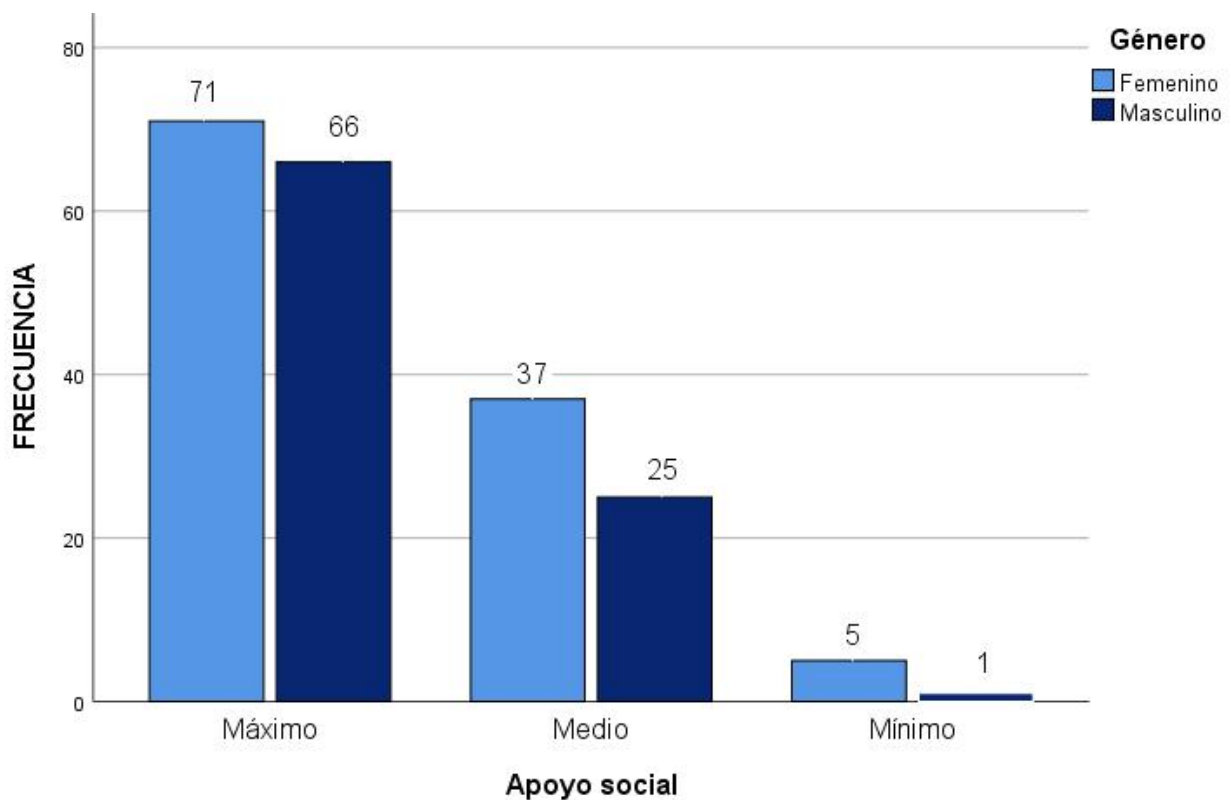
| Apoyo social | Género | | Femenino | Masculino | Total |
|--------------|--------|---|----------|-----------|--------|
| | F | P | | | |
| Máximo | F | | 71 | 66 | 137 |
| | P | | 34.6% | 32.2% | 66.8% |
| Medio | F | | 37 | 25 | 62 |
| | P | | 18.0% | 12.2% | 30.2% |
| Mínimo | F | | 5 | 1 | 6 |
| | P | | 2.5% | 0.5% | 3% |
| Total | F | | 113 | 92 | 205 |
| | P | | 55.1% | 44.9% | 100.0% |

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Grafico 6. Grado de apoyo social percibido de acuerdo al género en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.



Fuente: Base de datos, cuadro 6.

Cuadro 7. Grado de funcionalidad familiar de acuerdo al género en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.

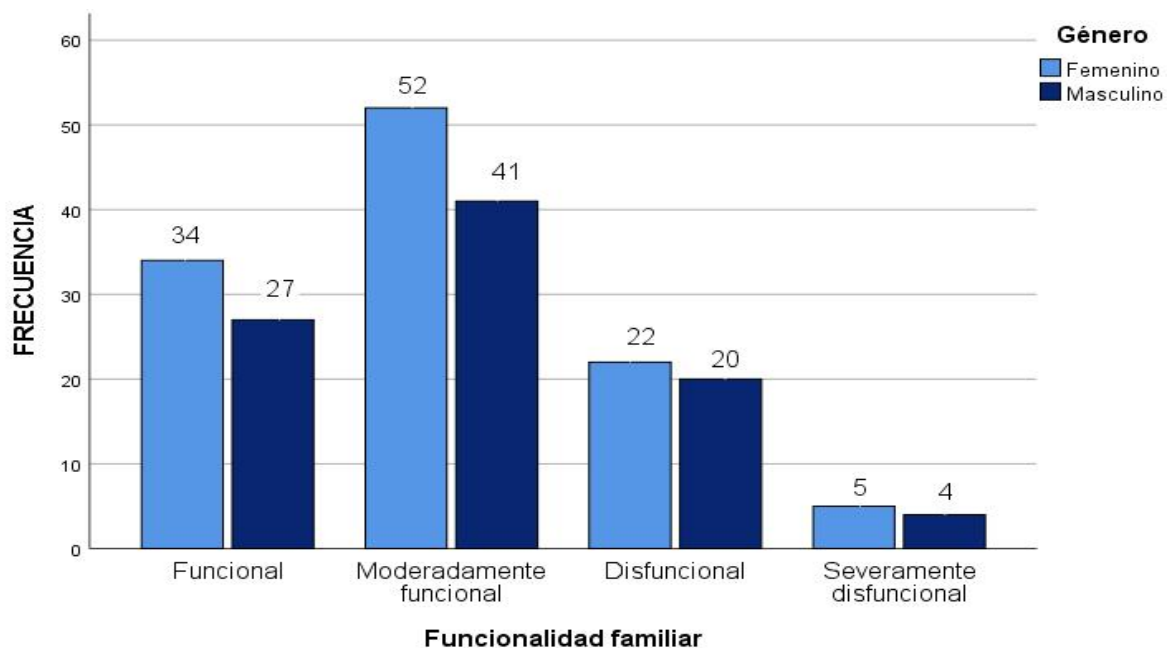
| Funcionalidad familiar | Género | | Total | |
|--------------------------|----------|-----------|-------|--------|
| | Femenino | Masculino | | |
| Funcional | F | 34 | 27 | 61 |
| | P | 16.5% | 13.3% | 29.8% |
| Moderadamente funcional | F | 52 | 41 | 93 |
| | P | 25.3% | 20.0% | 45.3% |
| Disfuncional | F | 22 | 20 | 42 |
| | P | 10.7% | 9.7% | 20.4% |
| Severamente disfuncional | F | 5 | 4 | 9 |
| | P | 2.5% | 2.0% | 4.5% |
| Total | F | 113 | 92 | 205 |
| | P | 55% | 45% | 100.0% |

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Grafico 7. Grado de funcionalidad familiar de acuerdo al género en pacientes con EPOC, UMF 220, 2020.



Fuente: Base de datos, cuadro 7.

XI. CONCLUSIONES

En nuestro estudio se encontró que la EPOC predomina en personas entre los 61 a 80 años de edad como la literatura lo refiere.

Se logró establecer la asociación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar, observando que gran porcentaje de pacientes refiere tener un apoyo social máximo y una funcionalidad familiar moderada, es importante mencionar que muchos de los pacientes al realizar las encuestas comentaron tener amigos o vecinos de los que percibían gran apoyo por lo que podríamos decir que el apoyo social no siempre es percibido de la propia familia.

Una funcionalidad familiar moderada o funcional y un índice global de apoyo social máximo es percibido en la población que mantiene una relación de pareja (casados), no así en personas viudas o solteras donde se presentaron casos de disfunción familiar severa y apoyo social mínimo.

Considero importante mencionar que al evaluar el apoyo social se estudió el índice global que mostró como ya he mencionado un índice máximo, sin embargo, hay que recordar que dentro de esta escala se evalúa el apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales y distracción y apoyo afectivo, presentando índices mínimos en apoyo afectivo y relaciones sociales y de distracción sobre todo en mayores de 70 años.

No considero adecuado aplicar instrumentos de evaluación de percepción con familiares presentes, ya que la información puede no ser tan veraz, al ser objeto de presión familiar los pacientes, forzando respuestas por los mismos acompañantes, en múltiples ocasiones escuche el “ sí, esta X que platica contigo o fulanito que te acompaña” o “ los domingos como no, salimos a pasear”.

Así pues encontramos que gran parte de nuestros pacientes con EPOC tiene una familia moderadamente funcional y percibe un apoyo social máximo, herramientas que

podemos usar a nuestro favor y del paciente para dar un manejo integral a los pacientes con esta patología tan frecuente, demandante económica y emocionalmente.

XII RECOMENDACIONES

La prevención es el objetivo de la medicina en general y uno de los principales objetivos del médico familiar como primer contacto con la población

En pacientes con EPOC se debe educar al paciente y familiares acerca del curso crónico de la enfermedad y la importancia del apego a tratamiento para disminuir exacerbaciones, mejorar la calidad de vida y prolongar la esperanza de vida.

De manera general las medidas preventivas son sin lugar a duda el pilar del actuar médico por tal motivo considero importante lo siguiente:

-) En grupos de riesgo por exposición laboral a polvos o humos informar y capacitar para el uso correcto de equipo de protección, esto a través de medicina del trabajo quien realiza estas evaluaciones y visitas a fábricas.
-) Realizar grupos de ayuda mutua entre pacientes y familiares con EPOC, para hablar de experiencias respecto al uso de oxígeno, métodos que han funcionado para disminuir la resequead nasal y así evitar el abandono de tratamiento en pacientes oxigenodependientes.
-) Realizar un taller sobre el uso correcto de inhaladores, apoyado con el equipo de trabajo social, reuniendo a los pacientes los primeros 5 días del mes que es cuando acuden a la unidad por medicamento.
-) Recordar durante cada consulta a familiares y paciente datos de alarma de una exacerbación de la patología.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Española RA. Diccionario de la Lengua Española. 22nd ed. España; 2011.
2. Huerta González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud- enfermedad. primera ed. México: Alfil; 2007.
3. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976 september-october; 38(5).
4. Thoits PA. Conceptual, Methodological, and Theoretical Probles in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1982 Jun; 23(2): p. 145-159.
5. Bowling A. Social Support and Social Networks: Their Relationship to the Successful and Unsuccessful Survival of Elderly People in the Community. An Analysis of Concepts and Review of the Evidence. *Family Practice*. 1991; 8(1).
6. Aranda B C, Pando M M. Conceptualización del Apoyo Social y las Redes de Apoyo Social. *Revista de Investigación en Psicología*. 2013; 16(1).
7. Donald Sherbourne C, L. Stewart A. The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*. 1991; 32(6): p. 704-714.
8. Pérez Bilbao J, Martín Daza F. El Apoyo Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006;: p. 439-448.
9. Cohen S, Ashby Wills T. Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bolletin*. 1985; 98(2): p. 310-357.
10. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. The Development of an instrument to measure social support. *Nurs Res*. 1981 sep-oct; 30(5): p. 264-269.
11. House JS. Work stress and social support. 1981.
12. Doyma MWI. Medicina de Familia Barcelona; 1994.
13. Berkman F Lisa. The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. *Annual Review of Public Health*. 1984; 5: p. 413-432.
14. Alonso Fachado A, Menéndez Rodríguez M, González Castro L. Apoyo Social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*. 2013; 19: p. 118-123.

15. Andree .M. Sociología de la Familia y del Matrimonio. segunda ed. Barcelona, España: Península; 1991.
16. De la Revilla L, Luna del Castillo J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario de MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia. 2005; 6(1): p. 10-18.
17. Archivos de Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. Archivos de Medicina Familiar. 2005; 7(1): p. 15-19.
18. De la Revilla L, Fleitas L. Función y disfunción familiar. In Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona, España: Doyma; 1994. p. 91-100.
19. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM. 2004 Enero-Febrero; 47(1).
20. Casanova Rodas L, Rascón Gasca ML, Alcántara Chabelas H, Soriano Rodríguez A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Mental. 2014 septiembre-octubre; 37(5): p. 443-448.
21. Minuchin S. Familias y terapia familiar. novena ed. Barcelona, España: Gedisa; 2005.
22. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. segunda ed.: La Prensa Medica Mexicana; 2002.
23. Fernández Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM. 2004 Noviembre-diciembre; 47(6).
24. Vázquez Castro J, Ramírez Puerta DN, Zarco Rodríguez JV. Entorno familiar y paciente crónico. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2001 enero; 27(1).
25. Vergeles B José María. En la enfermedad crónica, ¿La familia ayuda? AMF. 2013; 9(9): p. 495-500.
26. Ortega Vetia T, De la Cuesta Freijomil D, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Revista Cubana de Enfermería. 1999; 15(3): p. 164-168.
27. Global Initiative of Chronic Obstructive Lung Disease. ; 2019.
28. Guía Latinoamericana de EPOC. ; 2014.

29. Reynales S L, Rodríguez Bolaños R, Jiménez J, Juárez Márquez S, Castro Ríos A, Hernández Ávila M. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública*. 2006; 48(1).
30. Ramírez Venegas A, Quintana Carrillo R, Sansores Martínez R. Costos de atención médica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica atribuible al consumo de tabaco. Documento de trabajo. 2012.
31. OMS. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. 2017 julio..
32. Menezes A, Pérez Padilla R, Jardim J, Muciño A, López M. PLATINO team. Latinamerican Project for the investigation of Obstructive Lung Disease. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study). 2005.
33. Fernández Vargas AM, Bujalance Zafra MJ, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruíz AJ, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *MEDIFAM*. 2001 octubre-noviembre; 11(9).

XIV. ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGR/UMF 220
(ADULTOS)

Anexo X. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Título de la Investigación: APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON EPOC, UMF 220, 2020”

| | |
|--|---|
| Investigador Principal | E. en MF. Concepción Andrea Martínez López |
| Investigador Asociado o Tesista | M.C Ivone Murrieta Martínez |
| Número de registro: | |
| Financiamiento (si Aplica) | |
| Lugar y fecha: | Toluca México a 23 de octubre 2019, Unidad de Medicina Familiar No. 220 |
| Riesgo de la Investigación: | Estudio Sin riesgo |
| Justificación y objetivos del estudio: | <p>Determinar la asociación entre el apoyo social que perciben los pacientes con EPOC y la funcionalidad de su familia. Usted ha sido invitado a participar porque de acuerdo a su historial médico y características personales es usted un buen candidato y así como usted serán invitadas más personas que comparten algunas características, esto con el fin de conocer más sobre aspectos que pueden afectar de manera directa o indirecta a los pacientes con esta enfermedad.</p> <p>Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.</p> |
| Procedimientos: | Si usted decide participar ocurrirá lo siguiente: Se le realizarán unas preguntas sobre el grado de apoyo que percibe de familiares o amigos, se le realizarán dos encuestas donde usted mismo elegirá las posibles respuestas, de acuerdo a su opinión y sin ningún tipo de presión, terminando al concluir el cuestionario. |
| Posibles riesgos y molestias: | Los cuestionarios son anónimos, será usados con fin educativo y solo pondrá iniciales de su nombre, lo cual no genera riesgos. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos) | Si usted así lo desea puede solicitar información del estudio en el horario y dirección abajo mencionados. |
| Participación o retiro: | Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. |
| Privacidad y confidencialidad: | La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad ya que solo se contarán con datos numéricos, sin nombres. |

En caso de colección de material biológico:

No autoriza que se tome la muestra.

Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

E. en M.F. Concepción Andrea Martínez López, adscrita en la UMF 220, IMSS Toluca, Paseo Tollocan 620, colonia Vértice, puede comunicarse al teléfono 217 0853 ext. 244, de lunes a viernes, en un horario de 14:00 a 19:00 hrs, o bien; puede acudir a esta unidad en el mismo horario y días.

Colaboradores:

M.C Ivone Murrieta Martínez residente adscrito al HGR/UMF 220

“FAVOR DE NO ELIMINAR LA SIGUIENTE LEYENDA, YA QUE SE DETECTÓ QUE ALGUNOS INVESTIGADORES LO HAN ELIMINADO Y CONSIDERAN SUFICIENTE INDICAR SOLO SUS DATOS DE CONTACTO”

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de ética en Investigación 15058, Unidad de Medicina Familiar Número 222 del IMSS: Calle Josefa Ortiz De Domínguez, Esquina Av. José Ma. Morelos e Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara, Toluca, Estado de México, CP 5000. Teléfono (722)2798000 extensión 1320, de lunes a viernes en un horario de 08:00 a 16:00 hrs, Correo electrónico: comite.etica15058@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

43

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____ Nombre (Iniciales): _____ sexo: F M

Edad: _____ Estado civil _____

ESCALA FF-SIL

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

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

| | |
|--------------|---|
| Casi siempre | 5 |
| Muchas veces | 4 |
| A veces | 3 |
| Pocas veces | 2 |
| Casi nunca | 1 |

| | |
|--|-------------------|
| Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL | |
| Funcional | De 70 a 57 puntos |
| Moderadamente funcional | De 56 a 43 puntos |
| Disfuncional | De 42 a 28 puntos |
| Severamente disfuncional | De 27 a 14 puntos |

ANEXO 3

Cuestionario MOS de apoyo social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

| CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN? | Nunca | Pocas Veces | Algunas veces | La mayoría de las veces | Siempre |
|---|-------|-------------|---------------|-------------------------|---------|
| 2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Que le aconseje cuando tenga problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Que le lleve al médico cuando lo necesite | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Que le muestre amor y afecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Con quien pasar un buen rato | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Que le informe y ayude a entender la situación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Que le abrace | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Con quien pueda relajarse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Cuyo consejo realmente desee | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Con quién divertirse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Que comprenda sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. A quien amar y hacerle sentirse querido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Resultado: (suma de los valores correspondiente)

Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.

Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

Ayuda material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.

Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.

Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

Interpretación:

| | Máximo | Medio | Mínimo |
|---|--------|-------|--------|
| Índice global de apoyo social | 94 | 57 | 19 |
| Apoyo emocional | 40 | 24 | 8 |
| Ayuda material | 20 | 12 | 4 |
| Relaciones sociales de ocio y distracción | 20 | 12 | 4 |
| Apoyo afectivo | 15 | 9 | 3 |

Adaptado de: Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And). 2005; 10(6): 10-18.