

11258



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

APGAR FAMILIAR EN ADULTOS CON HIPOACUSIA  
MODERADA A PROFUNDA DEL SERVICIO DE AUDIOLOGÍA DE  
LA U.M.A.E. GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"  
C.M.N. LA RAZA

## TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN  
LA ESPECIALIDAD DE :

COMUNICACIÓN, AUDIOLOGÍA  
Y FONIATRÍA

PRESENTA:  
DRA. MÓNICA ARACELI CUAUHTECA CÁSAREZ

ASESORES:  
DR. JORGE EDUARDO RAMÍREZ  
DRA. LAURA ALEJANDRA VILLANUEVA PADRÓN



MEXICO, D.F.

2005

0350147



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


UNIDAD CURSOS DE ALTA ESPECIALIDAD DR CAUDENCIO GLEZ GARZA  
C.M.N. LA RAZA



---

Dr José Luis Matamoros Tapia

Jefe de la División de Educación e Investigación Médica  
DIRECCION DE EDUCACION  
De la U.M.A.E. General "Dr. G.G.G." Centro Médico Nacional "La Raza".




---

Dr. Jorge Eduardo Ramirez

Jefe del servicio de Audiología y Otoneurología

De la U.M.A.E. General "Dr. G.G.G." Centro Médico Nacional "La Raza".



---

Dra. Laura Alejandra Villanueva Padrón

Médico adscrito al servicio de Audiología y Otoneurología

De la U.M.A.E. General "Dr. G.G.G." Centro Médico Nacional "La Raza".



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISION DE ESTUDIOS E POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## AGRADECIMIENTOS

### **A LOS PACIENTES**

por la haberme brindado su confianza  
a pesar de mi corta experiencia,  
y sobre todo por haber depositado en mí  
lo más valioso para ellos : su SALUD

### **A LOS DOCTORES: ALFARO, CALDERÓN HERNANDEZ, LÓPEZ, VILLANUEVA** y en especial al **Dr. RAMIREZ**

Por su inagotable paciencia,  
su desinteresado espíritu de enseñanza,  
sus invaluable consejos  
y por su sincera amistad.

**AL DR. RAMOS** por su gran amistad,  
por los momentos agradables entre tantos problemas,  
y por sus enormes burbujas de conocimientos,  
lo aprecio sinceramente.

A mis Compañeras, **ALE y NATTY** por  
Dejarme compartir los buenos y los malos momentos  
Aprendimos muchas cosas juntas, las voy a extrañar.....  
Sin olvidar a E. Conde por que siempre será un gran amigo gracias por todo....

## **INDICE**

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVO	12
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	29
CONCLUSION	32
REFERENCIAS	33
ANEXOS	36

## **RESUMEN**

**CONTEXTO:** El APGAR Familiar es un instrumento de apoyo para evaluar la función familiar se ha realizado en diferentes patologías, sin embargo no existe evaluación en paciente con hipoacusia

**OBJETIVO:** Evaluar el grado de disfunción familiar (mediante el cuestionario de APGAR familiar) en pacientes con hipoacusia de moderada a profunda que acuden al Servicio de Audiología.

**METODOS:** Inicialmente se estandarizó el formato del cuestionario de APGAR familiar. Se incluyeron 100 pacientes, 50 hombres y 50 mujeres que cursaban con hipoacusia de moderada a profunda evaluados en el servicio de Audiología y Otoneurología del CMN La Raza UMAE por médicos especialistas y previa firma de consentimiento informado, con edad promedio de 71 años (rango de 39 a 89 años de edad) a los que se les aplicó el cuestionario de APGAR familiar, del cual se verificó el llenado completo, se calificó y se llenó la base de datos en SPS versión 10 expresa para esta finalidad, posteriormente se realizó un análisis descriptivo

**RESULTADOS:** Se encontró que de los 100 pacientes el 18 % cursaba con disfunción familiar leve, el 27% con disfunción familiar moderada y un 38% con disfunción familiar severa, la distribución de la disfunción familiar en hombres fue de 24%, con disfunción familiar leve, 16% disfunción familiar moderada y 48% disfunción familiar moderada y 30% disfunción familiar severa el 18%. En cuanto a la distribución por edad de la disfunción familiar se encontró que en la 7ª década de la vida se presenta con mayor frecuencia, los síntomas asociados a la disfunción familiar fueron acúfeno en un 47% y vértigo en 53%, todos los pacientes tenían patologías concomitantes como son la DM, HAS, dislipidemias y disfunción temporomandibular, las cuales se presentaba con mayor frecuencia en la disfunción familiar severa.

**CONCLUSIÓN:** El grado de disfunción familiar en los pacientes con hipoacusia de moderada a profunda es de 83% en nuestra población lo que nos indica que es necesario dar orientación y apoyo psicológico a este tipo de pacientes, llama la atención que la distribución en cuanto a sexo es distinta encontrando mayor frecuencia de disfunción familiar severa en los hombres (48%) y las mujeres mayor frecuencia en la disfunción familiar moderada (36%) lo que nos puede indicar que aunque los hombres requiere de apoyo familiar este no es brindado ni solicitado por estos y que frecuentemente la familia brinda más apoyo al sexo femenino.

**Palabras Claves:** APGAR familiar, Disfunción familiar

## **INTRODUCCIÓN**

La familia es la parte esencial de la sociedad, ya que existe la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, la cual se integra como una unidad biopsicosocial y de acuerdo a su funcionamiento tiene un impacto importante en el medio en el que se desarrolle <sup>1,3</sup>.

Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto normofuncional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno <sup>1,2,4</sup>.

Cuando una familia es funcional posee una dinámica familiar adecuada que le permite proporcionar el apoyo necesaria a cada uno de los integrantes en caso de necesitarlo, por ejemplo una enfermedad en el caso de ser una familia disfuncional dicho apoyo no es proporcionado y por lo tanto se ve reflejado en el tiempo de restablecimiento <sup>1,7,8,4</sup>.

Una dinámica familiar funcional puede alterarse en determinadas circunstancias, lo que puede impactar en cada uno de sus integrantes, ante lo cual se ha recomendado recoger información que sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de las crisis familiares <sup>3,5,4</sup>.

Ya que cuando en algún integrante de la familia se desarrolla una enfermedad provoca una serie de cambios lo cual lleva a un desequilibrio directamente en la dinámica familiar mismo que interviene en su evolución y restablecimiento<sup>8,4</sup>.

La familia tiene un comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria, todo el proceso patológico desde que se reconoce hasta que se restablece parcial o totalmente está influido por las decisiones que se adoptan en el seno familiar<sup>1,2,5</sup>.

Como por ejemplo la hipoacusia, la cual se define como la pérdida de audición que puede ser expresada en una gráfica en decibeles (intensidad) y en frecuencias (tono)<sup>24</sup>. La cual se presenta en el 30% de personas mayores de 65 años, con un incremento del 50 % en mayores de 85 años y hasta un 60% en mayores de 65 años con problemas de salud crónico degenerativos<sup>24,30,23,31</sup>.

La progresión de la hipoacusia, en relación a la edad es gradual y continua, pudiendo llegar al 97% de audición a partir de los 2 años de edad, y continuar con una pérdida promedio de 5-6 dB por década y con un incremento posterior de 9 dB a partir de la quinta y sexta década de la vida<sup>14,24,26</sup>.

La hipoacusia puede generarse en el Órgano de Corti (hipoacusia sensorial) o en alguna de las estructuras del oído externo o medio (hipoacusia conductiva) esta distinción es importante considerando que las lesiones conocidas como Cortipatías son las que frecuentemente requieren de apoyo familiar en pacientes adultos<sup>24,25</sup>.



Las frecuencias más importantes para poder entender y comprender una conversación se encuentran en 250, 500, 1000, 2000 y 4000 KHz, (zona de la palabra), las cuales son evaluadas en un audiómetro y registradas en un gráfico. Considerando que una conversación se lleva a cabo a una intensidad de 40-70dB<sup>4,25</sup>.

La hipoacusia media a profunda en estas frecuencias representa una limitación en conversaciones sociales por lo que no desarrollan una vida normal y para aquellos que la padecen, que requieren un apoyo familiar completo<sup>24,25,23</sup>.

Por lo tanto el paciente con hipoacusia cursa con un importante grado de dificultad para comunicarse, por lo que presentan cierto grado de aislamiento social<sup>30</sup>.

La evaluación de la hipoacusia se lleva a cabo mediante un audiómetro dentro de una cabina sonoamortiguada, al paciente se le pide que entre a esta y se le explica en que se le colocan unos audífonos y a través de esos va a escuchar una serie de timbres y que debe indicar cuando lo escuche a una intensidad mínima, señalándolo al oprimir el botón señalador o que levantando la mano (si no existe alguna limitación) de acuerdo al lado que escuche, dichos timbres fluctúan en intensidad (dB) y calidad de sonido ( graves y agudos en frecuencias expresadas en Hz que van de 125 Hz a 8000 KHz)<sup>25,24</sup>.

Las respuestas del paciente se registran en un gráfico llamado audiograma marcando con color rojo y un círculo el umbral obtenido del lado derecho y con una equis de color azul el umbral obtenido del lado izquierdo (vía aérea), para determinar el umbral por vía ósea se coloca un vibrador óseo en la apófisis mastoidea y se pasa un masking (sonido enmascarador) en el oído contralateral por vía aérea, demarcando el umbral obtenido mediante un corchete hacia la izquierda en color azul del lado izquierdo y un corchete hacia la derecha de color rojo en el oído derecho<sup>24,25,24,23</sup>.

Para evaluar la forma en la que el paciente entiende las palabras es necesario evaluar la discriminación fonémica mediante la logaudiometría donde se le transmiten palabras a distintas intensidades, se le explica al paciente que va a escuchar una lista de sílabas sin sentido o palabras (monosílabos, bisílabos o trisílabos) que debe repetir, realizando un conteo posterior en porcentaje de aciertos obtenidos por el paciente (dicho estudio se realiza acorde con el umbral auditivo aéreo obtenido previamente), los resultados se consignan en un gráfico, con una equis azul para oído izquierdo y con un círculo rojo el oído derecho<sup>26,24,25,23</sup>.

Estos instrumentos de trabajo son con los que cuenta el Servicio de Audiología de la Consulta Externa de la U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza.

La hipoacusia es un problema de salud, en México no existen estadísticas concretas de los problemas audiológicos, sin embargo en el censo de población del año 2000 se identificó 1 de cada 800,000 mexicanos con padecimientos discapacitantes de los cuales el 15.7 se deben a hipoacusia profundas (anacusia), con mayor incidencia en el sexo masculino con una relación 3:2 con respecto a la mujer<sup>27,30</sup>, en nuestro Servicio se encontró que durante el periodo del octubre del año 2003 a diciembre del año 2004 acudieron 10,962 pacientes para una evaluación otoneurológica, de los cuales el 76.8% contaba con una lesión auditiva, esto nos indica que la hipoacusia en los pacientes es un problema de salud pública y que tiene repercusión en la esfera familiar y por lo tanto causa un aislamiento social del individuo que la padece.

Los pacientes con hipoacusia tienen limitación para entender una conversación principalmente con sus familiares por lo que ocasiona conflicto en este núcleo y se ha observado que en la práctica clínica del médico familiar principalmente se han utilizado diferentes herramientas para el abordaje de los problemas familiares, tanto de forma experimental como en la asistencia clínica diaria <sup>12,5,3,13,16</sup>.

Una de las escalas que evalúa la función familiar es el APGAR familiar que es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia y es útil en la identificación de familias en riesgo para disfunción <sup>21,22,19,20</sup>.

El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas, ofrece una correlación alta con pruebas especializadas, sus métodos de aplicación, y su utilidad para el cuidado primario en salud <sup>16,21</sup>.

El APGAR familiar es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar, fue creado por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 <sup>17,18,21,22</sup>.

Este instrumento se ha incorporando progresivamente a la práctica clínica del médico como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares, tanto de forma experimental como en la asistencia clínica diaria y ha sido validado en nuestro país por Bellón en 1996 <sup>17,18,4</sup>.

El APGAR familiar fue creado como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, como un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es

entendido fácilmente por personas con escolaridad limitada y que en muy poco tiempo se puede completar<sup>7,3,4,8</sup>.

Se diseñó para el uso potencial de personas de distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar<sup>8</sup>. Sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia que perciben su funcionamiento y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos del mismo.<sup>4,10,17,16,8</sup>

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos.

El instrumento del cuestionario de APGAR familiar consta de 5 ítems que se categoriza bajo 3 opciones respuestas A. CASI NUNCA B. A VECES C. CASI SIEMPRE en donde la primera respuesta tiene un valor de 2 puntos, la segunda de 3 puntos y la tercera de 4 puntos (4, 3, 2). Así, al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia<sup>17,18,19,20</sup>.

Donde se califica como adecuada con un valor de 18 a 20 puntos, disfunción leve de 14 a 17 puntos, disfunción moderada de 10 a 13 puntos, disfunción severa de  $\leq$  de 9 puntos. Este sistema de puntuación es el que se utiliza actualmente a nivel de atención primaria y de investigación <sup>3,17,20,21</sup>.

El análisis factorial reveló la existencia de un único factor en la escala integrado por los 5 ítems, que explicó el 61.9 % de la varianza. El índice de Kaiser-Mayer.Olkin fue de 0.82 y el test de Bartlett de 1.315,1 ( $p < 0,000050$ ), En los normoutilizadores e hiperutilizadores también se extrajo un único factor. El alfa de Cronbach de la escala fue de 0.84 y no se incrementó al extraer ninguno de los 5 ítems y los coeficientes de correlación ítem-escala corregidos <sup>17,20,21,22</sup>.

La validación inicial del APGAR familiar<sup>9</sup> se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index)<sup>10</sup> e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos <sup>17,20,4,22</sup>.

La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89) <sup>3,4,5,17,20</sup>.

Después de esta validación inicial, el APGAR familiar<sup>8</sup>, se evaluó en múltiples investigaciones<sup>11</sup>, como la efectuada por los departamentos de Psicología y de Psiquiatría de la Universidad de Washington y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwan<sup>12</sup>, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83<sup>9,17</sup>.

En tales estudios se estableció que el soporte social que suministran los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivó al autor del APGAR familiar a incluir en su evaluación el apoyo que brindan las amistades<sup>6,3,9,8,17</sup>.

En diversos estudios de la Universidad de España se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes entidades del embarazo<sup>6,13-16</sup>, depresión del postparto<sup>17</sup>, condiciones alérgicas<sup>18</sup>, hipertensión arterial<sup>19</sup> y en estudios de promoción a la salud y seguimiento a familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la auto administración<sup>11,8,7,9</sup>.

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. Sin embargo, lo

más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas. En esas oportunidades el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos en que sea necesario <sup>14,22,16,5,17</sup>.

El estrés psicosocial puede producir modificaciones neuroendócrinas e inmunológicas<sup>20,16,17</sup> que hacen a la persona más susceptible a varias enfermedades infecciosas<sup>3,17,6,13,4</sup>, respiratorias<sup>3,6,17,18</sup>, cardiovasculares<sup>19,4,5</sup> y perinatales<sup>6,13,17</sup>. La función familiar se debe evaluar con mayor énfasis en personas en quienes no resulta evidente una causa biomédica de su molestia, sobre todo en pacientes crónicos, en individuos con múltiples síntomas inespecíficos, en sujetos con infecciones a repetición sin una causa identificable y en enfermos con somatización del estrés <sup>18,3,11,9</sup>.

En Audiología una de las actividades más importantes es la de evaluar la función auditiva a fin de diseñar el mejor tratamiento o terapia de acuerdo al padecimiento o deterioro auditivo detectado restableciendo la comunicación social de estos pacientes <sup>24,23,25,1</sup>.

Considerando que la problemática en la función familiar es de vital importancia en el restablecimiento de cualquier entidad patológica, nos es necesaria la evaluación de esta en la hipoacusia <sup>30,2,31</sup>.



La evaluación del funcionamiento familiar no ha sido realizada institucional, nacional e internacionalmente en esta entidad.

### **OBJETIVO**

Evaluar el grado de disfunción familiar en pacientes con hipoacusia de moderada a profunda de tipo sensorial que acuden al Servicio de Audiología y Otoneurología de la Consulta Externa de la U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **Sujetos**

Aceptaron participar 100 pacientes, que cursaban con hipoacusia de moderada a profunda, por muestreo consecutivo posterior a evaluación otoneurológica, completa en el servicio de Audiología y Otoneurología de la Consulta Externa de la U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza, de los cuales 50 fueron mujeres y 50 hombres con un rango de edad de 45 a 98 años, con un promedio de 71 años con una desviación estándar de 1.97).

#### **Procedimientos**

Se realizó estandarización, en la aplicación de APGAR familiar en 22 pacientes de la población blanco por la Dra. a cargo de la ejecución del proyecto.

A todos los pacientes posterior a la evaluación otoneurológica completa\*, se les solicitó el llenado del cuestionario de APGAR Familiar (Anexo 1), previa firma de consentimiento aceptado, dicho cuestionario fue evaluado posteriormente y vaciado en una base de datos del programa SPSS versión 10 creada expresamente con la finalidad de realizar el análisis estadístico, dicha base consta de los siguientes datos, edad, sexo, grado de hipoacusia, patologías asociadas (Diabetes, Hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia, e hipertrigliceridemia), síntomas asociados (Vértigo y acúfeno), diagnósticos otoneurológicos y grado de disfunción familiar evaluado por el cuestionario de APGAR familiar.

\*Una historia clínica lo más completa enfocada para su padecimiento actual, se les realizará un examen físico y posteriormente un estudio audiológico y logaudiometría, en algunos casos que requieran valoración vestibular se le evaluará el Romberg, la marcha de Babinski, Movimientos oculares si existe limitaciones para ducciones y versiones, Rastreo y optocinético, pruebas cerebelosas, realizara maniobras de Dix Hallpike a los paciente que no tengan problemas de columnas y sus pruebas térmicas en algunos casos electronistagmografía según lo requiera el paciente, realizada por los médicos residentes de Audiología y otoneurología de la consulta Externa de la UMAE General, Dr. GGG. CMN la Raza.

### **Análisis estadístico**

Se realizó, análisis de frecuencia y distribución de datos de las distintas variables de estudio (edad, sexo, grado de hipoacusia, patologías asociadas, síntomas asociados, diagnóstico otoneurológicos y grado de disfunción familiar), así como gráficos y correlación entre grado de hipoacusia y grado de disfunción familiar. En el programa de SPSS versión 10.

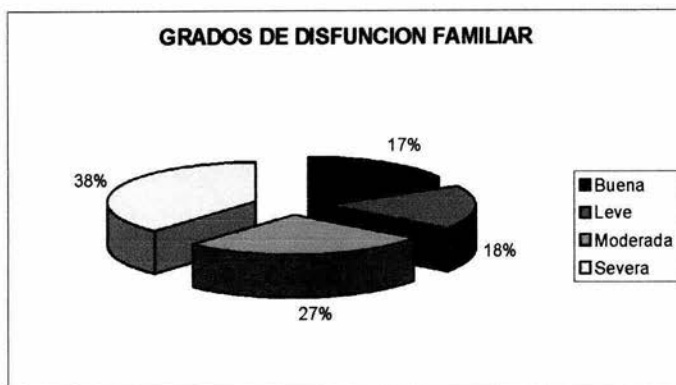
## **RESULTADOS**

Se aplicó el cuestionario de APGAR familiar a 100 pacientes que cursaban con hipoacusia de moderada a severa 50 hombres y 50 mujeres, en un rango de edad de 39-98 años de edad (promedio de 71 DE 1.97).

Encontrando 17% contaba con una buena función familiar, el 18% con una disfunción familiar leve, 27% con una disfunción familiar moderada y un 38 % una disfunción familiar severa como se muestra en la tabla y gráfico 1.

<b>Grado de disfunción familiar</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	17	17%
Disfunción leve	18	18%
Disfunción moderada	27	27%
Disfunción severa	38	38%

**Tabla 1** Distribución del grado de disfunción familiar general, en pacientes con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.



**Gráfico 1** Distribución del grado de disfunción familiar general, en pacientes con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

En cuanto a la distribución de disfunción familiar de acuerdo a sexo encontramos que predomina la disfunción familiar en el sexo masculino por un 4%, en cuanto a grado de severidad observamos que en las mujeres existe predominio de una disfunción familiar moderada y en los hombres el predominio fue en disfunción familiar severa (tabla 2).

Grado de disfunción familiar	Mujeres	No. de pacientes	Hombres	No. de pacientes
Buena	10%	10	6%	6
Disfunción leve	7%	7	12%	12
Disfunción moderada	18%	18	8%	8
Disfunción severa	15%	15	24%	24

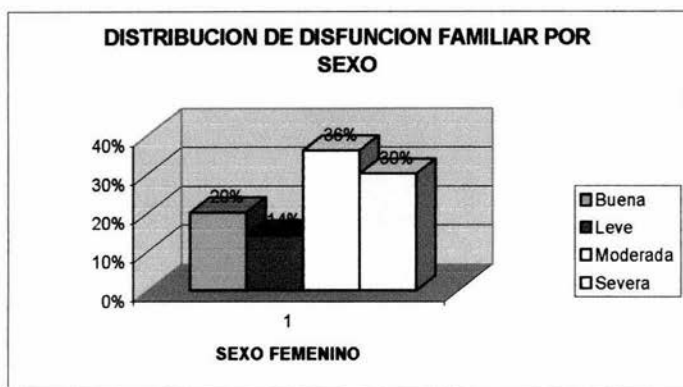
Tabla 2 Distribución del grado de disfunción familiar, dependiendo del sexo en pacientes con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

En los hombres la disfunción familiar se distribuyo de la siguiente forma:



Gráfico 2 Distribución del grado de disfunción familiar, de acuerdo al sexo masculino en pacientes con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

En las mujeres el grado de disfunción familiar se distribuyó como se muestra en el siguiente gráfico 3.



**Gráfico 3** Distribución del grado de disfunción familiar, de acuerdo al sexo femenino en pacientes con hipoacusia de moderada-severa -profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

En la distribución de disfunción familiar de acuerdo a la edad de los pacientes se clasificaron por décadas, la cual se muestra en la tabla 3.

<b>Grado de disfunción familiar</b>	<b>4ª Década</b>	<b>5ª Década</b>	<b>6ª Década</b>	<b>7ª Década</b>	<b>8ª Década</b>	<b>9ª Década</b>
Buena	100	24%	17%	15%	11%	20%
Disfunción leve		7%	21%	17%	22%	20%
Disfunción moderada		14%	31%	41%	11%	0%
Disfunción severa		55%	31%	27%	56%	60%

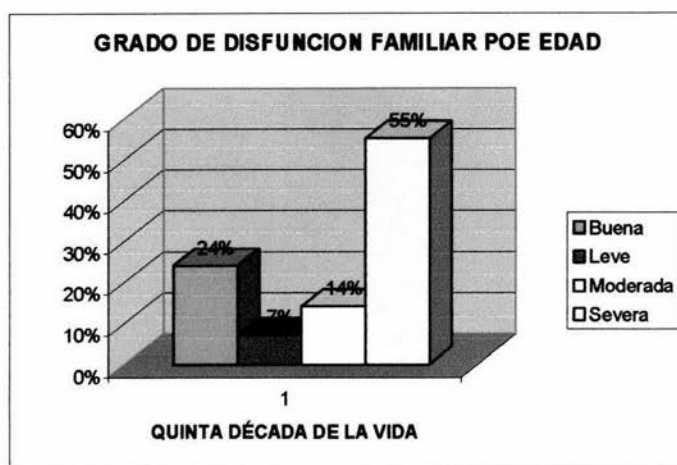
**Tabla 3** Distribución del grado de disfunción familiar, por la edad reportada en l década de la vida en pacientes con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

La distribución por edad inicio en la 4ª década donde solo obtuvimos 1 paciente en (grafico 4) el cual contaba con buena función familiar.



**Gráfico 4** Distribución del grado de disfunción familiar, en pacientes de la cuarta década de la vida con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Sin embargo, encontramos un mayor porcentaje en la 5ª década (gráfico 5) de la vida, en donde la disfunción familiar leve en comparación con las otras décadas en mayor el porcentaje, aunque es esta predominan la disfunción familiar severa en un 55% de 28 pacientes que se encontraron en esta década.



**Gráfico 5** Distribución del grado de disfunción familiar, en pacientes de la quinta década de la vida con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

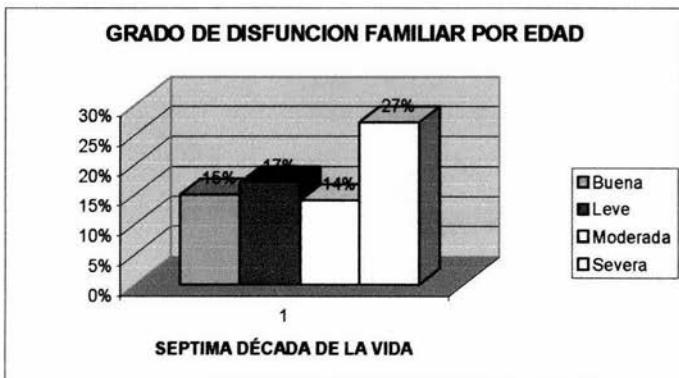
Los pacientes que se encuentran en la 6ª década muestran un porcentaje similar en la disfunción moderada y severa encontrando que son los más afectados tanto hombres, como mujeres en igual proporción, como se muestra en el gráfico 6.





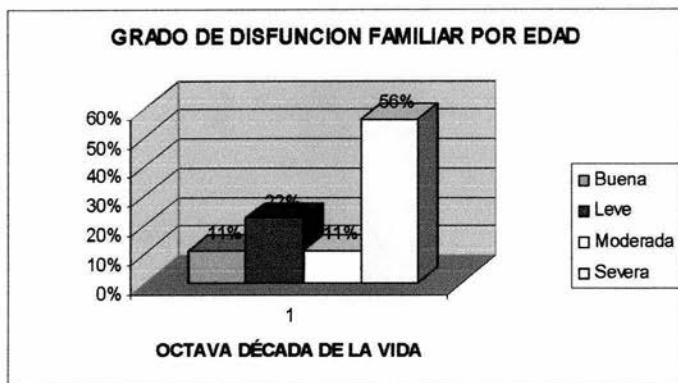
**Gráfico 6** Distribución del grado de disfunción familiar, en pacientes de la sexta década de la vida con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Se evaluó, la disfunción familiar en los pacientes de la 7ª década de la vida encontrando que existe un mayor porcentaje en la disfunción severa (gráfico 7).

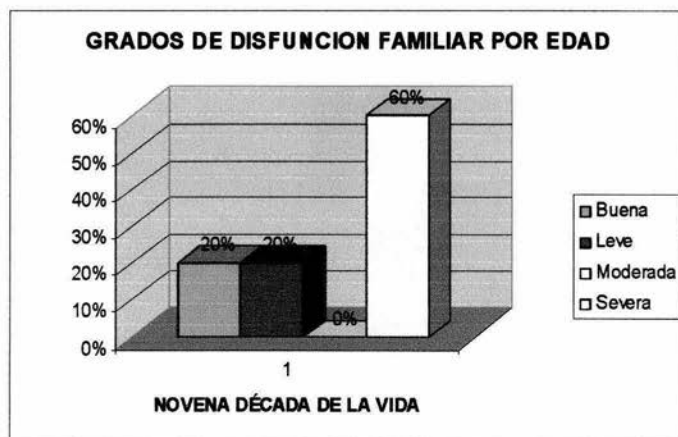


**Gráfico 7** Distribución del grado de disfunción familiar, en pacientes de la séptima década de la vida con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

En los gráfico 8 y 9, se distribuyeron de acuerdo al grado de disfunción familiar, encontrando que los que se presenta con un mayor porcentaje son los que cuentan con una disfunción familiar severa, en la misma proporción hombre y mujeres.



**Gráfico 8** Distribución del grado de disfunción familiar, en pacientes de la octava década de la vida con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.



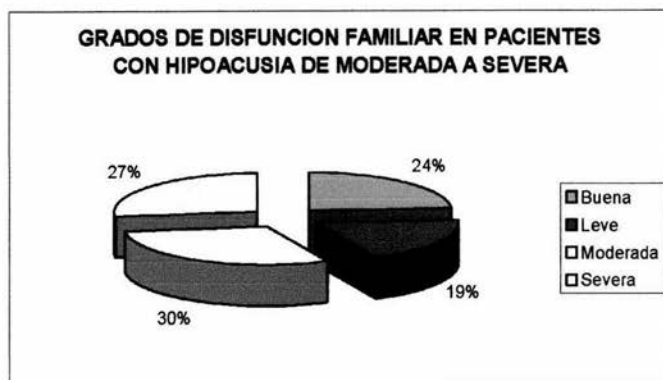
**Gráfico 9** Distribución del grado de disfunción familiar, en pacientes de la novena década de la vida con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Se realizó un evaluación entre el grado disfunción familiar y grado de hipoacusia observando la siguiente distribución en cuanto a la hipoacusia de moderada a severa, la disfunción familiar leve mostró 19%, disfunción familiar moderada mostró en un 30% y disfunción familiar severa en un 27% ( tabla 4).

<b>Grado de disfunción familiar</b>	<b>Hipoacusia de moderada a severa</b>	<b>Hipoacusia de moderada a profunda</b>
Buena	24%	4%
Disfunción leve	19%	18%
Disfunción moderada	30%	21%
Disfunción severa	27%	57%

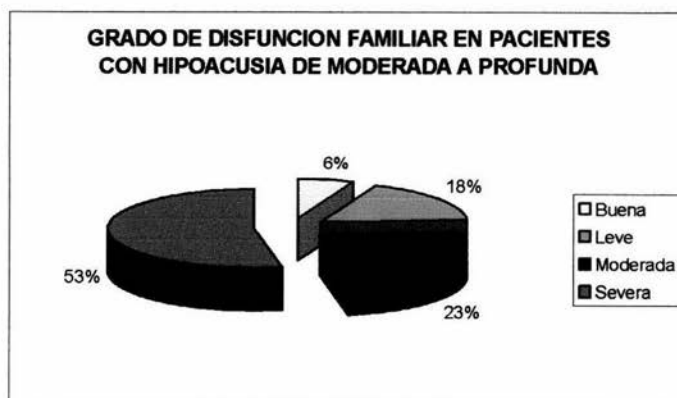
**Tabla 4** Distribución del grado de disfunción familiar, en pacientes de acuerdo al grado de hipoacusia y que porcentaje asociado del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Observando la distribución de los grados de disfunción familiar se encuentra que en la hipoacusia de moderada a severa (gráfico 10) predomina la disfunción familiar en un 30 % de los pacientes, encontrando una diferencia del 3% con respecto a la disfunción familiar moderada.



**Gráfico 10** Distribución del grado de disfunción familiar , en pacientes de acuerdo al grado de hipoacusia de moderada a severa y el porcentaje asociado del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

En el gráfico 11 se muestra que la disfunción familiar severa es la que se encuentra en el 57% de la población con hipoacusia de moderada a profunda en un total de 49 pacientes.



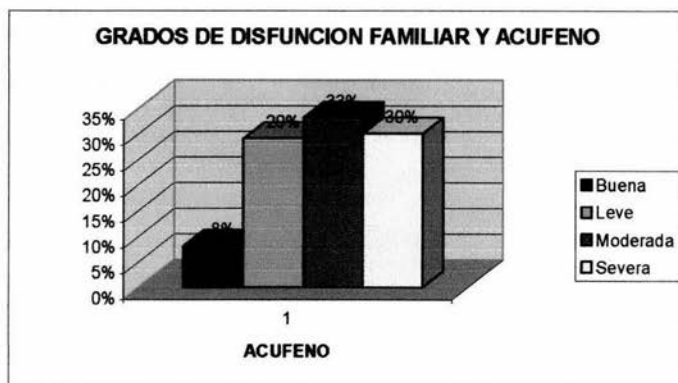
**Gráfico 11** Distribución del grado de disfunción familiar, de acuerdo al grado de hipoacusia de moderada a profunda y el porcentaje asociado del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Los síntomas asociados a la disfunción familiar en pacientes con hipoacusia son siendo el vértigo y el acúfeno (tabla 5).

<b>Grado de disfunción familiar</b>	<b>Acúfeno</b>	<b>Vértigo</b>
Buena	8%	11%
Disfunción leve	2%	20%
Disfunción moderada	33%	31%
Disfunción severa	30%	38%

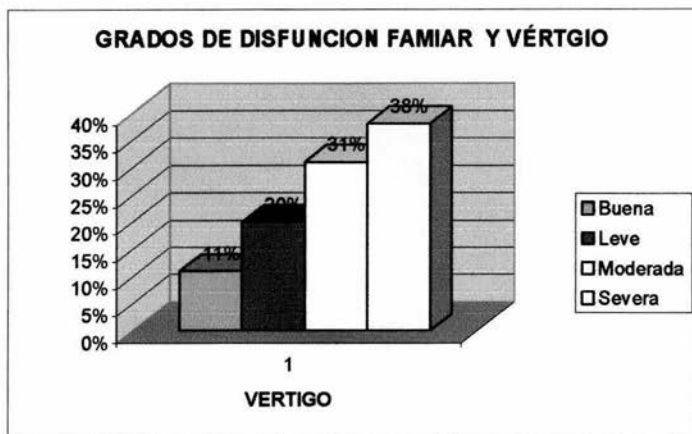
**Tabla 5** Distribución del grado de disfunción familiar general, y los síntomas mas frecuentes en pacientes con hipoacusia de moderada a profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Encontrando que el acúfeno (gráfico 12) se presenta en un 33% en los pacientes con disfunción familiar moderada siendo esta la más frecuentes.



**Gráfico 12** Distribución del grado de disfunción familiar, y el síntoma acúfeno en pacientes con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Se distribuyo al vértigo (gráfico 13) de acuerdo al grado de disfunción familiar mostrando que es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia en la disfunción familiar severa en un 38%. Encontrando una diferencia del 6% menor en la disfunción familiar moderada.



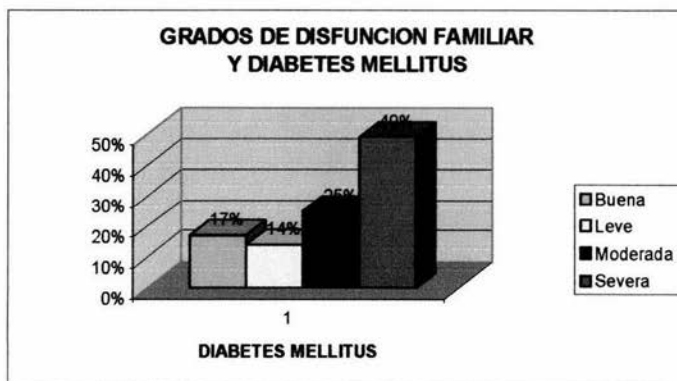
**Gráfico 13** Distribución del grado de disfunción familiar, y el síntoma vértigo en pacientes con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Y las patologías (tabla 6) con mayor incidencia son las crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, entre las cuales las más frecuentes son la hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, sin olvidar a la disfunción temporomandibular

<b>Grado de disfunción familiar</b>	<b>D.M.</b>	<b>H.A.S</b>	<b>DISLIPIDEMIAS</b>	<b>D.T.M.</b>
Buena	17%	21%	5%	0%
Disfunción leve	14%	15%	17%	50%
Disfunción moderada	25%	38%	19%	20%
Disfunción severa	49%	26%	59%	30%

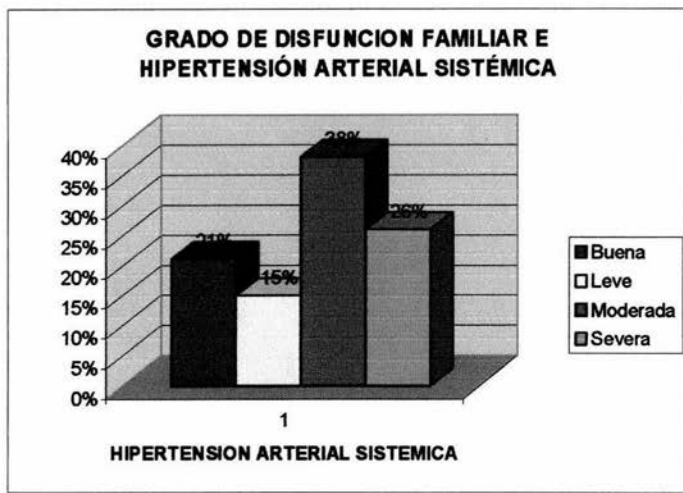
**Tabla 8** Distribución del grado de disfunción familiar , asociada a las patologías más frecuentes en pacientes con hipoacusia de moderada-severa- profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

En el gráfico 14 se encuentra la distribución de acuerdo al grado de disfunción familiar con la Diabetes Mellitus la cual se encuentra un gran porcentaje en la disfunción familiar severa en un 49%, de los pacientes.



**Gráfico 14** Distribución del grado de disfunción familiar, asociadas a la Diabetes Mellitus en pacientes con hipoacusia de moderada- severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

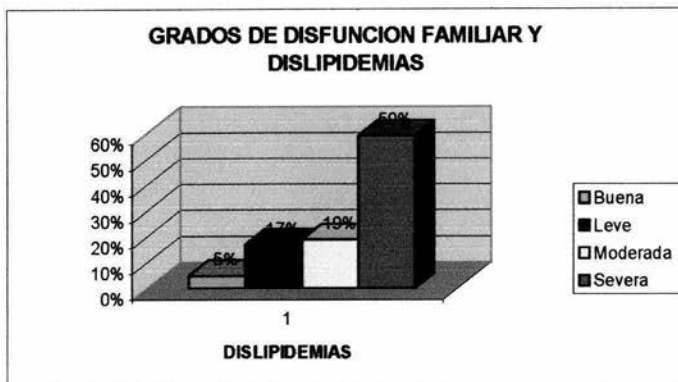
En la hipertensión arterial sistémica la disfunción familiar severa en un 44% (gráfico 15), la cual se presenta en la disfunción familiar moderada en un mayor porcentaje.



**Gráfico 15** Distribución del grado de disfunción familiar, asociada a Hipertensión, arterial sistémica en pacientes con hipoacusia de moderada severa y profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

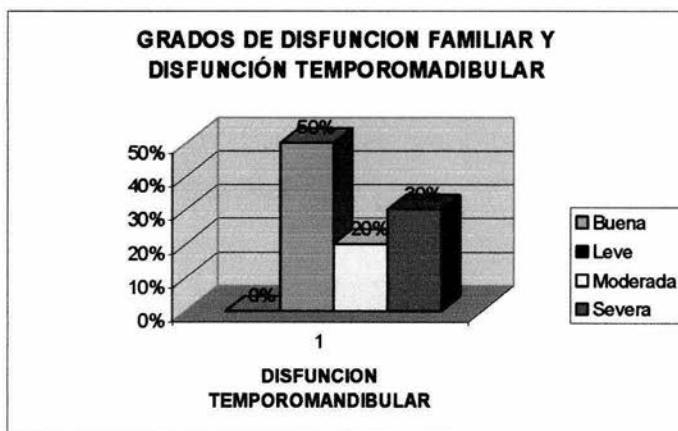
En las dislipidemias (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia) son las que se presentan más en nuestra población (gráfico 16) con una 59% en la disfunción familia severa.





**Gráfico 16** Distribución del grado de disfunción familiar, asociada a las dislipidemias como el hipercolesterolemia y a la hipertrigliceridemia en pacientes con hipoacusia de moderada -severa - profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005.

Sin olvidar a la disfunción temporomandibular (gráfico 17) la cual se presenta con mayor frecuencia en la disfunción familiar leve.



**Gráfico 17** Distribución del grado de disfunción familiar, asociada a la disfunción temporomandibular en pacientes con hipoacusia de moderada-severa-profunda del servicio de Audiología y Otoneurología de U.M.A.E. General "Dr .Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza 2005

## **DISCUSIÓN**

El APGAR familiar se reserva para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia y es útil en la identificación una familia en riesgo para disfunción, se ha demostrado su eficacia en diferentes estudios<sup>21,22,19,20</sup> los resultados se han categorizado en relación a la satisfacción de paciente, en su núcleo familiar en base a otras patologías con mediciones confiables<sup>21,22</sup>, sin embargo nunca se había empleado para evaluarse en adultos con hipoacusia.

En nuestro estudio se evidencio mediante el empleo del APGAR familiar, que un 83% de nuestra población contaba con algún grado de disfunción familiar severa se presenta con mayor frecuencia en hombres en la 7 década de la vida, asociada al otras patologías como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias (hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia) así como disfunción temporomandibular. Y los síntomas más frecuentes fueron el acúfeno y el vértigo.

No existen artículos publicados sobre la disfunción familiar en pacientes con hipoacusia, sin embargo esta patología nos conlleva a un aislamiento social, y a un cierto grado de depresión como se describe en los estudios realizados en Cuba<sup>35</sup> y Brasil<sup>36,37</sup> relacionados con el APGAR familiar demuestran que la ancianidad es una etapa vulnerable de la vida, relacionada con el incremento de la inadaptación en el núcleo familiar de los ancianos, manifestando sentimientos de soledad y tristeza que, en ocasiones hacen llegar al paciente a una conducta suicida.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

Los resultados encontrados reflejan mayor insatisfacción en aquellos ancianos que comparten núcleos familiares con más de dos generaciones y esto se debe a la presencia en el hogar de personas con diferentes edades, costumbres, formas de pensar, etcétera, que pueden conducir a la insatisfacción de necesidades físicas y espirituales en ellos. Otras investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud,<sup>38</sup> demostraron que entre un 50 % y un 75 % de las personas de edad avanzada, vivían en hogares de varias generaciones. El compartir la vivienda con tres generaciones o más, está relacionado con nivel de ingresos económicos bajos y la consecuente insatisfacción de dichos ancianos.<sup>38-39</sup>

*Villaseca Silva*<sup>40</sup> encontró correspondencia entre la sensación subjetiva del anciano sobre su medio familiar y la calificación cualitativa obtenida por su método evaluador, coincidiendo también con *Cano Jáuregui*.<sup>41</sup>

El individuo mayor de 60 años y más que se encuentra laboralmente activo, tiene un número considerable de razones para sentirse emocionalmente satisfecho en su núcleo familiar, pues presupone la conservación del estatus familiar al poder influir de forma positiva en el sustento económico de la familia y la menor responsabilidad con tareas del hogar, resultados semejantes fueron detectados por otros investigadores.<sup>42,43</sup>

La aceptación de funciones por parte de los ancianos, parece estar relacionada con la satisfacción de poder ayudar en el hogar, en las actividades cotidianas que en él se realizan. Esto coincide con estudios realizados en Cuba.<sup>44,45</sup> La mayor correspondencia entre la función del conteo de APGAR y la asunción de funciones por los ancianos, presupone que tal satisfacción esté relacionada con la mayor posibilidad de ser útil para su familia lo que reporta más apoyo y reconocimiento a la senectud<sup>18,22</sup>.

Finalmente con esto datos nos damos cuenta que el paciente no solo en una enfermedad, si no una unidad Biopsicosocial la cual debemos evaluar, desde las condiciones de vida en su núcleo familiar hasta su problema orgánico<sup>8,4</sup>.

La hipoacusia altera las condiciones de vida de cada paciente y por consiguiente la dinámica familiar, entrando en un círculo vicioso, ya que no comprende el porque del comportamiento del paciente con hipoacusia y ocasiona un aislamiento por ambas partes, estas condiciones pueden ser mejoradas desde el núcleo familiar si son detectada a tiempo y enseñar a la familia el problema que existe cuando un integrante cuenta con esta patología; Y que a pesar de la tecnología de punta con la que cuente el médico tratante para el diagnóstico, si el núcleo familiar esta alterado el tratamiento no se llevara a cabo como debe de ser y esto ocasionara más gastos a todos niveles<sup>30,22,9</sup>.

Por lo que debemos tomar en cuenta el APGAR familiar como una herramienta importante en las decisiones clínicas, políticas, en la planeación de los programas de salud y para otras patologías concomitantes ya que el bienestar familiar se encuentra relacionado con la salud del paciente.

### **CONCLUSIÓN**

El grado de disfunción familiar en los pacientes con hipoacusia de moderada a profunda es de 83% en nuestra población lo que nos indica que es necesario dar orientación y apoyo psicológico a este tipo de pacientes, llama la atención que la distribución en cuanto a sexo es distinta encontrando mayor frecuencia de disfunción familiar severa en los hombres (48%) y las mujeres mayor frecuencia en la disfunción familiar moderada (36%) lo que nos puede indicar que aunque los hombres requiere de apoyo familiar este no es brindado ni solicitado por estos y que frecuentemente la familia brinda más apoyo al sexo femenino.

## **REFERENCIAS**

1. Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* 1986; 4: 135-323.
2. Fuentes Biggi J. El sistema, la comunicación y la familia. EN:Suárez T; Rogero. Paradigma sistpémico y terapia de la familia. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría, 1983, 205,67.
- 3.-De la Revilla L Por qué es necesaria la atención familiar. En: De la Revilla L. Eds. Conceptos e intrumentos de la atención familiar. Barcelona.
- 4.-De la Revilla L Disfunción familiar. *Aten primaria* 1992; 10: 582-83.
5. Rahe R, Meyer M. Social stress and illness onset. *J Psychosom Res* 1964; 8: 35-44.
6. Horwitz N, Florenzo R, Ringeling I Familia y salud familiar. Un enfoque para atención primaria *Boletín de la oficina sanitaria panamericana* 1985;98:144-54.
7. Smilkstein G. The physician and family function assessment. *Fam Syst Med* 1984; 2: 262-78.
8. Smilkstein G. The patient, the family and the biopsychosocial model. *Fam Med* 1988; 6: 7.
9. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
10. Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, et al. The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract* 1979; 8: 55.
11. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.
12. Elkes J. Psychobiology, communication and the future of medicine. Pp. 75-107. In *Psychiatry: past reflections, future visions*. Elsevier Scientific Publishing Co., Amsterdam, 1990.
13. Abell TD, Baker LC, Clover RD, et al. The effects of family functioning on infant birth-weight. *J Fam Pract* 1991; 32: 37-44.
14. Jesus Kumate. *Medicina de la comunicación humana*. Inst. nacional de comunicación Humana.
15. Samora. *diccionario larousse manual ilustrado*. Ed. Salvat.2003, p321.
16. De la Revilla L. Fleitas L, Cavaille E, Cubillo J la influencia de la condiciones socioeconómicas y culturales en la influencia familiar. *Atención primaria* 1990;7:710-12.
17. Bellón J.A, Delgado A, Luna J:D, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario del función familiar APGAR FAMILIAR. *Aten primaria* 1996;15;18(6):189-96.
18. Crouch MA, Williamson DS. *Family Dynamics*. Rakel RE, ed *Essentials of family práctica*. Filadelfia: WB Saunders Co., 1993;24-31.
19. Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, Shafer Y, Arons T The family Apgar Index: A satudy of construct Validity. *J Fam Pract* 1979;8:577-82.
20. Silkstein G. Ashworth C, montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a Test of family function. *J Fam Pract* 1982;15:303-11.
21. Menguel M. The use of the family Apgar in screening for family dysfunction in a family practice center. *J Fam Pract* 1987;24:394-98.
22. De la Revilla L, Fleitas L. *Función y disfunción familiar*. En: De la Revilla L, ed *Conceptos e intrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma, 1994;91-100.

23. Corvera G, neurología clínica 2ª Ed. Mendez editores :1985.
24. Goodhil V. El oído Enfermedades, Sordera y Vertigo, Ed Salvat, P 248-715 .
- 25 De Sebastián G. audiológia práctica 6t ed. Ed panamericana 2001.
- 26 Katz, J. Handbook of clinical audiology 4ed. Pag 103 cap 7.
- 27 inegi, CGPYV, Mex 2000 acceso mayo 2005. [http://www. INEGI.gob.mx](http://www.INEGI.gob.mx).
- 28 Declaración de Helsinki, asamblea medica mundial, Helsinki 1964, Tokio 1975, venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Endimburgo 2000.
29. Norma oficial mexicana 168 SSAI del expediente clinico dirección general de regulación de SSSS mex 1998.
30. Gutierrez A, Viveros L, Villanueva L. Discapacidad por enfermedad auditiva y vestibular en un centro de atención especializada. Gac med. Mex, Vol 141 No2 2005.
31. Pedroza, Poblano. Los trastornos auditivos como problema de salud pública en Mexico. Ann ORL.Mex.48:1:20-7.
32. Surós, J. Semiología medica y técnica exploratoria mexico, 7ed, Salvat ed. 693-705.
33. [www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/pais/PAIS-capitulo1.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/pais/PAIS-capitulo1.pdf)
34. [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html)
35. Devesa Colina E, Rodríguez Fernández MM, Hernández Mojena G, Dedeu Martínez A. El envejecimiento como problema. Rev Cubana Salud Pública 1993;19(2):93-9.
36. Olache I. Sentido de vida: una quest\_o de sa\_de mental do édodo. Ribeir\_ Preto. 1993:150.
37. Bodachne L. Instabilidade e quedas no édoso. rev Bras med 1994;51(3):226-35.
38. Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington, DC; 1990:340-9. (Publicación Científica No.1546).
39. Rao A. Las edades de la vida y el sentido de la madurez avanzada para una nueva civilización. Rev Psiquiatr Clin 1987;24(1):5-18.
40. Riley MW, Riley JW Jr. Age integration and the lives of older people. Gerontologist 1994;34(1):110-5.
41. Villaseca Silva P. El senescente y su familia. Salud familiar. Corporación de Promoción Universitaria 1986:145-160.
42. Cano Jáuregui A. Apuntes para un bosquejo de la psicología del envejecimiento. 1990:63.

43. Bakker RH, De Bakker DH, Kerkstra A, Stokx LJ. Role of the family physician in mental and social problems in homes for the aged. Tijdschr-Gerontol Geriatr 1995;26(2):71-9.

44. Somers AR. «Lifecare»: A viable option for long-term care for the elderly. J Am Geriatr Soc 1993;41(2):188-91.

45. Hernández Montesino AM, Nuñez Blanco N, Pena Valdés G, Estudio del estado anímico de los ancianos atendiendo al lugar donde se realizan sus actividades. rev Cubana Enferm 1988;4(3): 33-41.



**ANEXOS**

ANEXO 1

**Nombre  
paciente** \_\_\_\_\_

del

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

**SERVICIO DE AUDIOLOGIA Y OTONEUROLOGIA DEL CENTRO MÉDICO GAUDENCIO GONZALEZ GARZA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado APGAR familiar en adultos con hipoacusia de moderada a profunda del servicio de audiología de la UMAE la Raza. Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número..... El objetivo de éste estudio es evaluar el APGAR FAMILIAR en pacientes con hipoacusia de moderada a profunda. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar un cuestionario de 5 preguntas, posterior a mi evaluación otoneurológica, el cual solo me llevará de 5 a 10 minutos de mi tiempo. Se me ha explicado que las ventajas de participar serán que se me efectúe una valoración del apoyo proporcionado por mi familia. La desventaja de participar será que me tardaré de 5 a 10 minutos en contestar el cuestionario que me apliquen. El cuestionario que se me propone no empeora mi enfermedad ni la complica. El investigador principal se ha comprometido a darme la información oportuna sobre el resultado de mi cuestionario, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que me plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el apoyo integral de mi familia y me ha proporcionado la forma de localizarlo en el momento en que requiera comunicarme (teléfono celular 0445517048756). El investigador me ha dado seguridad de que no se me identificará en las publicaciones de éste estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia dentro del mismo.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL INVESTIGADOR**

ANEXO 2

**APGAR FAMILIAR**

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

CONTESTE CON UNA "X" A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1.-¿ Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

A. CASI NUNCA      B. A VECES      C. CASI SIEMPRE

2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

A. CASI NUNCA      B. A VECES      C. CASI SIEMPRE

3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

A. CASI NUNCA      B. A VECES      C. CASI SIEMPRE

4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

A. CASI NUNCA      B. A VECES      C. CASI SIEMPRE

5.- ¿Siente que su familia lo quiere?

A. CASI NUNCA      B. A VECES      C. CASI SIEMPRE

Puntaje total: \_\_\_\_\_

ESTUDIO AUDIOLÓGICO \_\_\_\_\_

OI \_\_\_\_\_

OD \_\_\_\_\_

LOGOAUDIOMETRIA \_\_\_\_\_

ACUFENO \_\_\_\_\_

VÉRTIGO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

**DRA MONICA CUAUHTECA CASAREZ R2 AO.**