



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS
HOSPITAL GENERAL DEL ZONA C/MF No. 5**

**ANÁLISIS DE LAS REDES DE APOYO INFORMAL DE LOS PACIENTES
CRÓNICOS Y TERMINALES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMOS CRÓNICOS Y DEGENERATIVOS
EN EL HGZ c/ MF No. 5**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

DRA. MARÍA GRISELDA CASTILLO CALDERÓN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

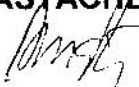
**ANÁLISIS DE LAS REDES DE APOYO INFORMAL DE LOS PACIENTES
CRÓNICOS Y TERMINALES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMOS CRÓNICOS Y DEGENERATIVOS
EN EL HGZ c/ MF No. 5**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR. PRESENTA:**

DRA. MARÍA GRISELDA CASTILLO CALDERÓN

AUTORIZACIONES

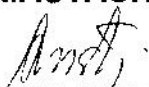
DRA. ALICIA MASTACHE GUTIERREZ



**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR.**

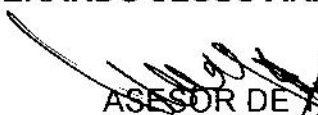
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS
HOSPITAL GENERAL DEL ZONA C/MF No. 5**

DRA. ALICIA MASTACHE GUTIERREZ



**ASESOR DE TESIS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS
HOSPITAL GENERAL DEL ZONA C/MF No.**

DR. GERARDO JESUS ARAUJO MENDOZA



**ASESOR DE TESIS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS
HOSPITAL GENERAL DEL ZONA C/MF No. 5**

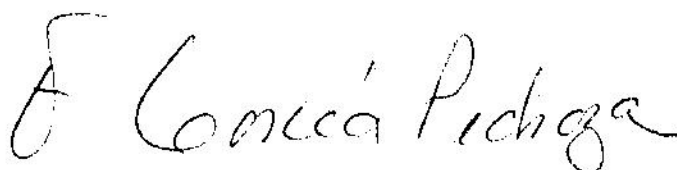
**ANÁLISIS DE LA REDES DE APOYO INFORMAL DE LOS PACIENTES
CRÓNICOS Y TERMINALES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMOS CRÓNICOS Y DEGENERATIVOS
EN EL HGZ c/ MF No. 5**

PRESENTA:

DRA. MARIA GRISELDA CASTILLO CALDERÓN

AUTORIZACIONES

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




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

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. JULIO CESAR CARCAMO GUZMAN
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL CON MF No. 5



DRA. ALICIA MASTACHE GUTIERREZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO SEMIPRESENCIAL
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION MEDICA E
INVESTIGACION EN SALUD



DR. GERARDO JESUS ARAUJO MENDOZA
PRFESOR TUTOR CURSO SEMIPRESENCIAL DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

INDICE GENERAL

| | Página |
|--|--------|
| Introducción | 8 |
| I. Marco Teórico | |
| 1. Redes sociales | 10 |
| Informales y formales | 13 |
| 2. La familia e instrumentos para su evaluación | 20 |
| Apgar familiar | 24 |
| Mapa familiar | 25 |
| 3. Enfermos crónicos y ADEC. | 28 |
| II. Planteamiento del problema | 33 |
| III. Justificación | 34 |
| IV. Objetivos | 35 |
| V. Material y métodos | 36 |
| Especificación de las variables | |
| Covariables | |
| Escala de medición de las variables | |
| Diseño del estudio | |
| Universo del estudio | |
| Criterios de Inclusión | |
| Criterio de no inclusión | |
| Criterios de eliminación | |
| Sistemas de captación de la información y su análisis estadístico | |
| VI. Recursos Humanos y Materiales. | 39 |
| VII. Consideraciones éticas aplicables al estudio | 39 |
| VIII. Resultados | 41 |
| IX. Discusión | 53 |
| X. Conclusiones | 56 |
| XI. Anexos | 57 |
| XII. Bibliografía | 62 |

RESUMEN:

Análisis de las redes de apoyo informal de los pacientes crónicos y terminales pertenecientes al programa de atención domiciliaria de enfermos crónicos y degenerativos en el HGZ c/MF No. 5

Castillo-Calderón MG ⁽¹⁾, Mastache-Gutiérrez A ⁽²⁾ y Araujo-Mendoza GJ ⁽³⁾

(1) Alumno Curso semipresencial de especialización en medicina familiar para médicos generales del IMSS, HGZ MF No.5 Zacatepec, Morelos. (2) Médico no Familiar y (3) Médico Familiar, HGZ MF No. 5 Zacatepec, Morelos.

Objetivo: Analizar las redes de apoyo informal de los pacientes del programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos y degenerativos.

Material y los Métodos: Se realizó un estudio a las redes de apoyo informal con que cuentan pacientes integrados al programa de ADEC, durante un periodo de 12 meses, en un hospital general de la zona sur del estado de Morelos. Se incluyeron: Cuidadores primarios o familiares responsables mayores de 18 años, de género indistinto, sin importar lazos de consanguinidad. No se incluyeron pacientes fuera de la zona geográfica de adscripción o finados antes de la evaluación integral de sus redes de apoyo. La información se recopiló mediante una cédula de captura formada en tres dimensiones: Datos generales del paciente, datos del cuidador primario y datos del sistema familiar (que incluye la realización de un apgar familiar y mapa de la familia). Diseño del estudio: Prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Análisis estadístico: Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% realizamos una hoja de cálculo de Excel para Windows 2003 y mediante paquete estadístico de Stata versión 8 se determinó la distribución simple de frecuencias. Se realizó el coeficiente de determinación de Pearson y mediante un modelo de regresión logística lineal se estimó el efecto de las variables.

Resultados: Se incluyeron 94 cuidadores primarios, El 28.7% de los sujetos ingresados al programa de ADEC lo hicieron con diagnóstico de primera causa: Secuelas de enfermedad vascular cerebral, trauma medular, fractura de cadera bajo tratamiento conservador, síndrome demencial, etc. Englobados en *otros diagnósticos*. 22.3% con diagnóstico de *enfermedades pulmonares y cardiopatías específicas*. 15.9% tuvieron una *enfermedad terminal*. 10.6% con *enfermedad metabólica*. 91.4% tuvieron una *dependencia total del cuidador primario* y 4.2% se encontraban con una *dependencia parcial de actividades de la vida diaria* (Escala de Berger Modificada). Los cuidadores hijos represento (44.6%) y cónyuges (28.7%). Otros familiares (17%). La edad promedio fue de 48 años (DS \pm 15.9 años) edad máxima de 82 años y mínima de 18 años. 82.9% fueron mujeres. 61.7% se encontraron casados(as). 34% con una escolaridad de primaria y 29.7% de secundaria y el

78.7% dedicadas al hogar. Mediante un modelo de regresión logística se encontró una diferencia estadística significativa al comparar las categorías correspondientes a los cuidados realizados a pacientes del ADEC: Elaboración y administración de dieta ($p= 0.005$), administración de medicamentos ($p=0.017$) y aseo personal ($p=0.015$). El aseo de vivienda y ropa, cuidados domiciliarios de sondas, traqueotomía, colostomía, ejercicios respiratorios y fisioterapia; así como la categoría actividades medico administrativas no mostraron diferencia estadística hacia el interior de sus categorías comparadas con la evaluación integral. El apoyo recibido a los cuidadores por núcleo familiar 50% fue de tipo económico y 28% de tipo emocional. Menos del 10% no cuentan con ningún tipo de apoyo. 9.5% manifestó recibir apoyo de su institución religiosa sin especificación de culto. 19.1% con una responsabilidad otorgada por consenso familiar. 63.8% fue autonominado y el 17% implícito y no aclarado por el núcleo familiar. 51% tuvieron una familia nuclear y casi el 46% extensa. Más del 95% tienen un desarrollo tradicional. Demográficamente urbanas. 51% fueron familias obreras o empleadas y casi el 30% campesina. 74.4% son familias integradas y 25.5% desintegradas. 54.2% se encontró en fase de independencia y el 20.2% en la fase de dispersión. Solo 10.4% en fase de retiro y muerte. El apgar familiar mostró: Disfunción grave 7.4%, Disfunción moderada 29.7% y familia funcional 62.7%. Por mapa familiar: centralidad 61.7%. Jerarquías y toma de decisiones realizadas por el cuidador primario 55.3% y por el paciente en un 24.4%. 68% de las familias presentaron un sobreinvolucramiento en sus alianzas. 17% se mantuvieron conflictivas. Los espacios y fronteras personales fueron cerrados y rígidos en un 55.3% y el 43.6% se encontraron con canales de comunicación abiertos. Con diferencia estadística significativa (centralidad, alianzas, límites y fronteras) hacia el interior de sus categorías ($p=0.000$) en relación a la evaluación integral. El estatus jerárquico no mostró diferencia estadística ($p=0.137$).

Conclusión: Las redes de apoyo informal en pacientes crónicos y terminales ingresados al programa institucional de ADEC no son analizadas en forma integral. Múltiples factores influyen en la asignación del cuidador primario y su apego a las indicaciones médicas. La dinámica familiar ante una crisis de estrés no normativo se mantiene funcional en este grupo de pacientes.

Introducción

No eres un bólido que cae, sino una brillante saeta que vuela hacia los cielos. Eres el sentido del mundo y cuando aclaras tu sentido iluminas la tierra, cuando pierdes tu sentido la tierra se oscurece y el abismo se abre. Te diré cual es el sentido de tu vida aquí: Humanizar la tierra. ¿Qué es humanizar la tierra? Es superar el dolor y el sufrimiento, es aprender sin límites, es amar la realidad que construyes.

Silo

El identificar y estudiar las redes sociales en la práctica de la medicina familiar, es de vital importancia y relevancia en estos tiempos, el involucramiento de los aspectos sociales en la medicina familiar, permite la elaboración de estrategias de apoyo y atención. El estudio de las redes sociales ha sido objeto de diversas disciplinas como la antropología y sociología, facilitando el entendimiento del ámbito en que se desarrollan las interacciones humanas. En este estudio se identificarán estas redes que nos permitirán valorarlas y clasificarlas.

El enfoque médico familiar de las redes sociales abre un campo de investigación que permite explorar a los sistemas familiares considerando su interacción con otros sistemas, con el propósito de favorecer la aplicación de actividades dirigidas al mejoramiento del nivel de salud mediante el aprovechamiento de los recursos disponibles. ¹

De tal forma que a través de la aplicación del Apgar familiar que consiste en un cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia en distintos momentos para recibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad. Los componentes del Apgar familiar son: Adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, resolución. Con la suma de la puntuación obtenida se puede hacer las siguientes inferencias: 00-03 Disfunción grave, 04-06 Disfunción moderada, 07-10 Familia funcional. ^{2 3}

Y la aplicación del Mapa familiar; Minuchin lo describe como diagramas, llamados comúnmente mapa sistémico o mapa estructural. Es un método gráfico, breve y útil para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios de los miembros del grupo familiar en estudio.

Se pretende disertar sobre las características sociales presentes en los grupos de familiares inscritos al programa ADEC y que influyen en el proceso salud-enfermedad. De tal forma, la estrategia pretende, facilitar la comprensión de las interacciones sociales y seguramente

propiciará el desarrollo de estrategias para obtener beneficios tanto para los usuarios como para los prestadores de los servicios de salud.

La definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10, 1992): *“la salud es el completo bienestar físico, psicológico y social”*⁴. Sin embargo diremos que el estado subjetivo de bienestar es un criterio que trae complicaciones en el plano de la relación individuo-sociedad, sin descartar que logre mantener un equilibrio entre ambos aspectos.

Hernán San Martín plantea que la conceptualización de la salud debe de observarse desde una aspecto dinámico, donde el individuo logre la capacidad de adaptación y tolerancia, traducido a la funcionalidad del sujeto en si mismo en función de las exigencias sociales a las que están sujetos los individuos ⁵

Ante estas perspectivas del nuevo milenio, surge la necesidad de realizar evaluaciones confiables dentro de un contexto de salud integral, de tal forma, nos encontramos con un fenómeno que se presenta cada día en las unidades hospitalarias, me refiero al paciente crónico, que no solo él es quien vive todas las implicaciones que conlleva estar dentro de una situación tan determinante, sino también en su medio inmediato se viven situaciones que pueden tener implicaciones en favorecer o inhibir el proceso de salud-enfermedad .

Si se considera que la población adscrita al HGZ con MF No 5 en Zacatepec Morelos, nuestro medio de estudio, suman un total de 40,295 y las tasas de mortalidad anual nos indican que 148 personas fallecen en promedio en los últimos años; y, sumando las enfermedades más frecuentes, encontramos que el 49% de estos fallecimientos son por enfermedades crónicas degenerativas ⁶ Por lo tanto el impacto que puede tener el estudio es relevante.

En este sentido, el otorgamiento de los servicios de salud en nuestro medio, ha centrado su atención en el manejo de la problemática desde una perspectiva predominantemente biológica. La conceptualización actual del proceso salud enfermedad desde el nivel molecular hasta el macroambiente, ha generado la necesidad de visualizar el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva de múltiples factores sociales. De tal forma, el estudio de los elementos sociales (como lo indica la definición de la OMS) presentes en el dinámico desarrollo de eventos que favorecen o limitan la enfermedad o la salud, requiere la aplicación de herramientas como las redes sociales.

I. Marco Teórico

*Tengo las manos vacías de tanto dar sin tener,
Pero las manos son más*

Eduardo Galeano.

1. Redes sociales

Tenemos el reto de transformar nuestras relaciones desde el ámbito de nuestra vida cotidiana hasta las diferentes formas de representación social. Tales prácticas no se construyen espontáneamente, sino que exigen un proceso de acciones intencionadas, hacia el ejercicio de una democracia integral participativa y de una ciudadanía activa y creativa que modifique sustantivamente la relación entre las instituciones y la comunidad. Un sistema que garantice a todos el derecho a ser coautores del mundo.

Es decir, la propuesta es unirnos y organizarnos para enfrentar, en el momento que sea necesario, las diversas situaciones de dificultad que se nos presenten, es decir, la propuesta de una red social comunitaria es crear, redes de apoyo mutuo y recíproco; redes de mujeres y hombres que deseen hacer algo por la humanidad, por el mundo, por nuestro país, por nuestra colonia, por nuestra calle, por nuestra casa y nuestra familia, por nosotros y nosotras mismas, por nuestra comunidad.

La intención es buscar la participación con acciones basadas en el apoyo mutuo, constante y hacia las personas que tenemos alrededor, creando, operando, evaluando y dando seguimiento a programas o proyectos de beneficio para todos y todas, desde nuestras comunidades.

Puede considerarse a la red social como un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, presentando una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de redes sociales. El concepto de red social fue aplicado por primera vez en antropología, al considerar que todo campo social se integra por redes de interrelaciones personales.⁷

¿QUÉ ES UNA RED?

Es un tejido que se une por medio de un nudo, que a su vez se une con otro, entre cada nudo existe un lazo que se llama nodo. Un **hueco** es la carencia de personas y por lo tanto de relaciones, lo que indica una cierta destrucción del tejido social y de la red.

Una red social, es una estrategia organizativa que sirve para articular a la comunidad para la solución de diversas problemáticas. La forma de acción de las redes sociales se puede resumir con la frase siguiente: “yo mejoro mi situación, a la vez que trabajo para mejorar la situación de otros”. Por eso, la acción de las redes pretende ir más allá de la simple acción caritativa o de tipo humanitario que producen dependencia. El asistencialismo no crea condiciones de desarrollo personal ni social viable. Es por eso que nuestra acción se basa en la reciprocidad, el voluntariado y la acción solidaria. La reciprocidad se entiende de manera que si alguien recibe, también tiene la oportunidad de dar.

Las redes sociales están formadas por personas voluntarias de distintas edades y estratos sociales que se organizan para aprender y fortalecerse como individuos y como grupos, para llevar a su medio inmediato proyectos de beneficio común.

A pesar de provenir de distintas organizaciones, credos, estratos sociales y/o diversos lugares, las personas que forman las redes coinciden en las siguientes ideas.

- La ubicación del ser humano como valor y preocupación central.
- La afirmación de la igualdad de todas las personas.
- El reconocimiento de la diversidad personal y cultural, condenando la discriminación que se realiza debido a las diferencias económicas, raciales, étnicas, culturales e ideológicas.
- Libertad de ideas y creencias, promoviendo el respeto de éstas.
- Rechazo a toda forma de discriminación y violencia, comprendiendo que la violencia física no es el único factor de violencia, sino que existe una violencia económica, racial, religiosa y psicológica.

Las redes sociales trabajan simultáneamente por un desarrollo personal y una transformación social. Los trabajos personales tienen el objetivo de facilitar el descubrimiento y el fortalecimiento de un sentido en la vida y de apoyar cambios positivos en la conducta cotidiana. El trabajo personal permite a cada participante reforzar una dirección coherente de su vida: pensar, sentir y actuar en la misma dirección. Con las actividades sociales se desarrollan proyectos tales como: apoyo a adultos mayores, salud comunitaria, mujeres que apoyan a mujeres, educación informal, etc.

Los promotores de las redes se organizan en grupos que se reúnen de acuerdo a sus posibilidades de tiempo y espacio, dan seguimiento a acciones fijadas detrás de sus proyectos de beneficio común planteados por ellos mismos y en esas reuniones periódicas se capacitan sobre los temas de su interés y sobre temas básicos importantes para todos. Cada promotor a su vez, trasmite lo que aprende a su medio inmediato familiar, compañeros de trabajo o escuela, invitando a que ellos se conviertan en promotores del desarrollo social. Con el tiempo cada promotor forma su propio grupo al que él mismo capacita con la información y formación que recibe para llevar adelante proyectos de desarrollo social más amplios⁸

EL MEDIO INMEDIATO

La actividad básica de un promotor en una red de este tipo es su medio inmediato familiar, laboral, vecinal, estudiantil, de amistad, etc. Y este tipo de acción inmediata o puntual no debe verse como pequeña o intrascendente. Es mucho más eficaz, porque se aplica en las personas con las que el promotor mantiene lazos personales y en ello radica el interés y permanencia de su acción. Entonces aún cuando exista un solo promotor aislado en un determinado lugar, es posible desarrollar procesos a largo plazo.

Se debe de apuntar a que preferentemente se trabaje con grupos de promotores en un mismo territorio o campo de acción, ya que la actividad de un grupo de promotores, no solamente es una sumatoria de medios inmediatos sino que ahí se empiezan a desarrollar procesos más complejos que darán inicio a proyectos comunitarios de toda índole más amplios y de mayor envergadura. En base a este ejemplo se pueden mencionar algunas de las características de las redes sociales:

- Generan procesos de desarrollo social de mayor profundidad e irreversibles.
- Buscan una forma de vida solidaria, fomentando la cultura de la no violencia y la participación activa de cada uno de nosotros y nosotras, para transformar las relaciones de poder existentes.
- Asumen el compromiso de tomar medidas y ejercer acciones tendientes a crear entre las y los ciudadanos herramientas que nos permitan hacernos cargo de nuestro bienestar personal y social.

- Se unen y organizan para enfrentar, en el momento que sea necesario, las diversas situaciones de dificultad que se nos presenten.

De esta manera las redes sociales pretenden:

- Contribuir al desarrollo social de la propia familia, escuela, centro de trabajo o comunidad.
- Favorecer la participación social y mejorar las relaciones en los barrios, lugares de trabajo y ámbitos educativos, de salud, de amistad, familiares.
- Crear ejemplos donde se demuestre que la auto-organización mejora la calidad de vida de las personas, con base en Proyectos sobre temas de salud, educación, adultos mayores, jóvenes, mujeres, niños y niñas.
- Hacer circular información importante, con la que todos nos beneficiemos.
- Promover simultáneamente el desarrollo personal y social.
- Potenciar recursos existentes, ampliando el abanico de atención más allá de la simple atención de la demanda o del cumplimiento de políticas sociales. *7

INFORMALES Y FORMALES

Aun cuando el conocimiento sobre los procesos en red no es nuevo, su análisis teórico es relativamente reciente y ha permitido percibir a la red social como el conjunto de contactos *formales e informales* a través los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben ayuda, servicios e información estando en disposición de desarrollar nuevos contactos.⁹ Los procesos en red pueden ser vistos en grupos de familiares, vecinos, amigos u otras personas, que aportan ayuda real y duradera, a un individuo o una familia. Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, en donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros; ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar inmersos en circunstancias similares, conformando un sistema abierto de sujetos y entidades que a través del intercambio optimizan sus recursos. Las redes sociales se caracterizan por una reciprocidad implícita. La reciprocidad ha sido estudiada en antropología y sociología; en esta última Parson propone un enfoque sistémico de las necesidades humanas.¹⁰ Gouldner considera que la reciprocidad implica una mutua dependencia a través de intercambios equivalentes, generando obligaciones entre las partes involucradas. El proceso de reciprocidad como base de las redes sociales, llega a constituirse en un capital social emergente

frente a situaciones de crisis, como un mecanismo de sobrevivencia.¹¹ La reciprocidad puede analizarse en cuanto su estructura, comportamiento y organización tanto de la cotidianidad como frente a contingencias. Es posible valorarla a través de la intensidad del flujo de bienes y servicios tomando en cuenta su cantidad y frecuencia, durante un periodo de tiempo determinado.

La utilización de las redes sociales requiere de formas de intervención de diversos niveles y condiciones, integradas paulatina o intensivamente; basadas en los mecanismos de aceptación, control y liderazgos que predominan entre los integrantes de los subsistemas que participan en ellas. Los procesos y las intervenciones en red permiten:

- Intensificar las interrelaciones, con el consecuente fortalecimiento del sentido de pertenencia y el incremento en su calidad.
- Optimizar recursos, a través de la diversificación y oportunidad en el intercambio, facilitando también la identificación y acceso a mayor número de recursos.
- Complementar los servicios aprovechando las oportunidades, en concordancia con áreas y objetivos compartidos.
- Descentralizar las intervenciones, promoviendo la participación de todos los integrantes: Personas, sistemas o sectores que integran una determinada red social.
- Promover la corresponsabilidad y la autoorganización, a través de la toma de decisiones y la distribución de tareas, actividades y funciones; propiciando la homeostasis que regula cada sistema al interior.
- Socializar la información con los mecanismos de comunicación interna y externa que retroalimente la funcionalidad de la red.

El estudio de las redes sociales en el campo de la salud se ha orientado al conocimiento de su influencia o efecto en la atención y uso de los servicios, posibilitando la detección de los mecanismos que las componen, el grado de soporte o apoyo que constituyen y la estabilidad que proporcionan para la disminución del riesgo o el curso de la enfermedad.

Con base en su organización, las interrelaciones en una red social pueden ser **Informales** o **Formales**, dando origen a los intercambios básicos que le son propios.¹²

a) REDES SOCIALES INFORMALES

Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad; siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciendo extensivo a los núcleos de amistades y vecinos. Cabe aclarar que aun cuando no se regulan por normas rígidas e inflexibles, es evidente que se fundamentan en el desarrollo de una serie de valores implícitos que generan compromisos entre los sujetos que intervienen, quienes asumen que ante circunstancias semejantes, corresponderán con respuestas equiparables al apoyo recibido.

Estas redes se caracterizan por formas de ayuda o apoyo, presentes tanto en las familias nucleares como en las extensas, constituyendo parte de su cultura y sus valores reproducibles, por lo que deben de ser aprovechadas en toda su magnitud, ya que *constituyen un sistema informal de seguridad social* entre los grupos de mayor vulnerabilidad, a partir de la asistencia y el intercambio de servicios.

b) REDES SOCIALES FORMALES

Se establecen en base en normas, roles o funciones delimitadas, presentando un acceso restringido con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares. Las instituciones y los servicios son ejemplos más claros de las redes sociales formales.

Puede existir una transición de las redes informales hacia las formales o bien, incluir algunas de sus características, como sucede con los grupos de autoayuda. En tanto que las redes formales no escapan a la posibilidad de informatizar, de manera encubierta algunos de sus aspectos, cuando se infiltran factores inherentes a la red informal; como podrían ser los vínculos de parentesco, amistad o nexo previo, entre prestadores de servicios o componentes de diferentes áreas empresariales.¹³

ESTRUCTURA DE LAS REDES SOCIALES

La estructura de las redes sociales formales e informales suele establecerse a partir de su origen y tamaño, existiendo varias clasificaciones, que pueden ser integradas en cuatro tipos básicos:

1. Redes familiares.
2. Redes extrafamiliares.
3. Redes institucionales.
4. Redes o cadenas socio epidemiológicas.

1. Redes familiares

Los avances en medicina familiar plantean la necesidad de ampliar el conocimiento de los elementos que coadyuvan al logro de la salud familiar. Carson afirma que desde una perspectiva sistémica, se define a la familia como una unidad organizada por elementos o individuos que constituyen subsistemas (conyugal, filial, fraterno) que conviven en una relación duradera y consistente, la organización de estos elementos y subsistemas siguen un patrón jerárquico y no aleatorio.¹⁴

La visión de la familia desde una perspectiva de red social, permite identificarla como un sistema dinámico en donde sus subsistemas se complementan en procesos de reciprocidad que sin perder sus características propias optimizan sus recursos. Estudios recientes evidencian que el primer grupo de apoyo es la familia, la cual diversifica sus relaciones con otros sistemas de ayuda o soporte (escolar, comunitario, laboral, religioso, sanitario, etc.)¹⁵

Con base en el ámbito en el cual se desarrollan las redes familiares pueden ser:

A) Intrafamiliares: Se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar, sin la intervención de personas ajenas a él, estas redes se forman de manera espontánea en el núcleo familiar, en función de la significancia y grado de autoridad que suelen tener los diferentes miembros que la integran. *Identificar los grados de autoridad en las familias facilita la integración de apoyos en el cuidado de enfermos; en la vigilancia de medidas de autocuidado y detección de riesgos.* El papel que desempeñan las mujeres en la familia (madre, abuela, hermana mayor o con mayor nivel de estudios), resulta determinante en la decisión de iniciar autocuidados, aplicar acciones propias de la medicina tradicional o buscar atención profesional.¹⁶

B) Interfamiliares: Surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias. *La identificación de este modelo de red interfamiliar, es de gran importancia para la práctica*

de la medicina familiar, por lo que la construcción del Mapa familiar y Apgar resultan básicos no sólo por que ayuda a identificar las características de sus integrantes, sino porque favorece la detección de los principales factores determinantes de la funcionalidad familiar y la identificación de los aspectos preventivos de riesgo.¹⁷ La proximidad de parentesco, afecto y distancia física, son importantes redes de apoyo en la continuidad de la atención. Existen investigaciones que han podido medir estas condiciones, estableciendo la relevancia que tiene el contar con familiares en la misma localidad, ante situaciones de emergencia, en etapa de crisis familiar o situaciones de estrés.¹⁸

2. Redes Extrafamiliares

Surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad; como es el caso de las amistades, vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de autoayuda. Conviene detectar la presencia de estas personas, ya que suelen ser recursos accesibles en presencia de factores de estrés. La participación de las redes sociales en el cuidado, directo o indirecto; apoyos de compañía e incluso materiales, obliga a considerarlos como elementos que coadyuvan para lograr una mejor atención a la salud.

En intervenciones psicoterapéuticas puede considerarse la inclusión y estudio de redes familiares de los tres tipos, buscando la participación no solo con miembros de la familia, sino de todas aquellas personas que los sujetos en terapia consideren significativos en el proceso de recuperación, por escasa o limitada que esa colaboración pueda parecer.¹⁹

3. Redes institucionales

Implica la intervención de personas con representatividad de grupos organizados con fines y estrategias específicas para lograrlos, ya sea de carácter empresarial, de representación social, se impone la definición y estudio de sus características, las cuales comprenden un alto grado de formalización e influencia en la calidad de vida, ya que requieren intercambio y comunicación mediando rangos de autoridad. Su funcionamiento e inclusión en un sistema de redes considera tres aspectos:

1. El marco normativo, se refiere a lo establecido en el ámbito legal y administrativo, reconociendo que los aspectos inherentes a la salud aluden a los más altos valores de una sociedad.
2. El estudio de recursos, integra la suficiente información sobre los insumos existentes, su capacidad resolutoria así como las formas de acceso a estos insumos, para permitir la regulación y la coordinación de procedimientos hasta lograr formas de trabajo cooperativo.
3. La propuesta, se organiza con el propósito de fundar, crear, o transformar una norma por otra que agilice la cooperación y el intercambio en forma fluida a través de la participación de todos los sectores sociales, delimitando las acciones de su funcionalidad. La propuesta conduce a formular los instrumentos que se utilizarán para su regulación y evaluación. Un ejemplo de redes tipo institucional lo constituyen las organizaciones no gubernamentales (ONG), las cuales son percibidas como grupos importantes de la sociedad civil y elementos fundamentales en la integración de este tipo de redes.²⁰

4. Redes socioepidemiológicas

La interacción de los factores sociales con el desarrollo de problemas de salud puede ser observada como una red o cadena socio epidemiológica, la transmisión de un agente causal se facilita por las interrelaciones sociales asociadas a la estrecha convivencia, que en muchos casos se ve incrementada por el hacinamiento y la promiscuidad en que viven sectores de la población considerados de alto riesgo.²¹ Al identificar y reconstruir los puntos que articulan la red, las rutinas de vida de los protagonistas, sus espacios comunes y sus desplazamientos, pueden detectarse los factores específicos de riesgo. La identificación de esta red facilita la promoción de medidas preventivas, incluyendo la modificación de algunos comportamientos en los estilos de vida.²²

Características de las redes sociales

La clasificación de los elementos para discriminar el comportamiento y la medición de las redes sociales, permite reagruparlos en cuatro apartados:²³

1. El tipo de intercambio: establece los elementos necesarios para mantener la homeostasis de un determinado sistema y puede ser: psicológico o emocional, lo que

involucra intercambio de manifestaciones afectivas, el intercambio social se observa fácilmente en la compañía, cuidados, asesoría, asistencia, compras, recomendaciones, información y valores. El económico o en especie, es inherente al sustento total o parcial, prestamos dinerarios o instrumentales, alimentos u obsequios. Resulta difícil la identificación de un solo tipo de apoyo, generalmente existe una alta presencia de ellos en familias extensas, así como en periodos de crisis.

2. Direccionalidad: Implica la especificación de quien da el apoyo a quien o quienes, haciendo la observación de que en realidad, aun cuando un miembro de la familia proporciona el apoyo a otra familia, la acción repercute en todos los casos hacia el resto del núcleo de ambas familias. La Direccionalidad puede ser *descendente*. Que implica el apoyo intergeneracional o jerárquico, de mayores a más jóvenes y de subordinados a jefes; un claro ejemplo es la situación de ayuda de abuelos y padres a hijos o nietos; de igual manera, se cataloga al que se presenta entre compañeros de trabajo con rangos de autoridad. Entre iguales, se refiere a los apoyos que se intercambian entre los elementos de una alianza, la misma generación o jerarquía, como es el caso de esposos, hermanos, primos y colegas. *Ascendente*, describe el apoyo intergeneracional o jerárquico de más jóvenes a mayores y de subordinados a supervisores o jefes. *La externa*, se refiere a los casos en que el intercambio se genera con algún sujeto o núcleo ajeno al de pertenencia.
3. Extensión y frecuencia. La *extensión* de la red, se considera como el grado de ampliación del ámbito en donde se logra el intercambio con otras redes, este ámbito puede ser intrafamiliar, interfamiliar, extrafamiliar y/o institucional. *La frecuencia* es el número de ocasiones en que se presentan intercambios en la red.
4. Temporalidad. Se refiere a la duración de cada intercambio en la red, que puede ser permanente o continuo, en los casos en que el intercambio se da de manera constante; por evento, considera al apoyo proporcionado solo en determinadas circunstancias o sucesos como es el caso del cuidado a las pacientes que cursan el puerperio; emergente o en crisis, es la ayuda o apoyo que se otorga en condiciones extremas o no previstas, como son los conflictos familiares, accidentes y catástrofes.

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.)

Hay estados que muestran que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida.

Los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. Dentro de la familia suele haber un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo.²⁴

2. La familia como unidad de estudio de la medicina familiar

Un principio básico de toda ciencia es la definición de su objeto de estudio en una forma amplia y a la vez precisa así se debe definir desde el punto de vista de su identificación, es decir. Se deberá delimitar y tipificar, ya que con ello se posibilita la asignación de responsabilidades de estudio; también se deberá definir desde un punto de vista conceptual y semántico, ya que con ello se facilita la comunicación con profesionales de otras áreas, y aún entre ellos mismos; finalmente, se deberá definir de manera operativa, ya que así se materializa la definición conceptual.

La discusión en torno a la naturaleza del objeto de estudio de una ciencia tiene el propósito de definir las clases de eventos o fenómenos que le corresponden estudiar a esa ciencia.

Una vez definido el objeto de estudio, ya se está en posibilidades de considerar los métodos pertinentes para abordar su conocimiento. Se puede decir que ha terminado la discusión en torno a la naturaleza del objeto de estudio de la medicina familiar. Puesto que hoy parece estar muy claro que ésta toma como unidad de atención y estudio a la familia.

Otras especialidades médicas se han autodefinido sobre la base de áreas anatómicas, edad, sexo o tipo de padecimientos. La medicina familiar, en cambio, abarca porciones de todas las otras especialidades clínicas y disciplinas relacionadas. Así, integra a su práctica y a su cuerpo conceptual los conocimientos de disciplinas como antropología, sociología y psicología, con lo

cual pretende brindar una atención integral y continua a la familia valiéndose para ello, de los recursos de la comunidad y los de la propia familia.²⁵

De esta manera, el médico familiar deberá proporcionar atención continua, amplia y personalizada a los pacientes de todas las edades y a sus familias. Acepta la responsabilidad de la atención de todas las necesidades de salud del individuo y conserva una relación íntima, confidencial y personal con sus pacientes.

Dado que el médico familiar conoce mejor que nadie las necesidades de salud de las familias a su cargo, deberá coordinar los esfuerzos de los profesionales de la salud en torno a la atención de la familia, siempre que esto sea necesario, ya que este profesional debe resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas que afectan frecuentemente la salud de la población.

Lo anterior plantea la necesidad de determinar en qué condiciones y desde qué perspectiva la familia se torna en un objeto de estudio de la medicina familiar. En todo caso, *se puede decir que el estudio de la familia no es exclusivo de la medicina familiar puesto que, como sucede con otros objetos o unidades de estudio y análisis, la familia es susceptible de ser estudiada por diferentes corrientes del pensamiento, cada una de ellas con un valor similar pero con un concepto de significancia variada y con explicaciones igualmente diferentes. Según lo anterior, el estudio sistematizado de la familia compete a la medicina familiar dentro del campo de la ciencia médica.*

Elementos teóricos necesarios para estudiar a la familia

Cada ciencia tiene como punto de partida un cuerpo teórico de conocimientos, el cual permite diferenciarla de otras ciencias. La ciencia es, ante todo un conjunto de actitudes y por tanto, una disposición para afrontar los hechos con el fin de investigar más de lo que alguien ha dicho sobre ellos. Estos conceptos son de gran valor en medicina familiar, ya que el éxito o el fracaso de quien la ejerce dependen, en buena medida, de las actitudes que haya desarrollado durante su formación.

Los siguientes son elementos teóricos que a la vez que permiten al médico familiar cambiar de actitud, le proporcionan un cuerpo de conocimientos indispensable para el estudio de la familia²⁶; éstos son:

Tipología Familiar

a) En base en su desarrollo Moderna, Tradicional y Arcaica o primitiva. *b) En base a su demografía* Urbana y Rural. *c) En base a su integración* Integrada: En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones y Desintegrada: En la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono. *d) En base a su ocupación* Campesina, Obrera y Profesional.

Ciclo vital de la familia

El estudio del ciclo de vida de la familia permite al médico analizar genéricamente la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución. Con ello el médico familiar puede estar en posibilidad de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma a la salud familiar. El ciclo de vida familiar puede ser descrito en una gran variedad de formas con un número de estadios que varían entre 4 y 24. La forma más comúnmente usada es la propuesta por Duvall en 1971. En este esquema el ciclo de vida de la familia se muestra en ocho estadios, que se inician cuando la pareja contrae matrimonio y se encuentra sola y sin hijos, y terminan cuando la pareja nuevamente queda sola, en etapa de retiro y frecuentemente abandonada por la prole. Evidentemente hay diferentes expectativas, necesidades, crisis y fenómenos psicosociales en cada una de estas etapas.

Fases del ciclo familiar

- ❖ **Fase de matrimonio:** Consolidación del vínculo matrimonial., concluye con la llegada del primer hijo.
- ❖ **Fase de expansión:** La familia se dilata se expande.
- ❖ **Fase de dispersión:** Todos los hijos asisten a la escuela y ni uno se encuentra trabajando.
- ❖ **Fase de independencia:** Al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias, tiene una duración de aproximadamente 20 y 30 años.
- ❖ **Fase de retiro y muerte:**
 1. Incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas).

2. Desempleo. Agotamiento de los recursos económicos
3. Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos.

Dinámica y estructura de la familia

El estudio de la dinámica familiar es otro elemento teórico indispensable para el médico familiar. Según Jackson, "la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad." Chagoya agrega que la dinámica familiar normal "es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás." El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica. A este respecto, Saucedo y Foncerrada han hecho una síntesis que puede ser de gran utilidad para el médico familiar.

Estructura familiar

Familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción. En base a su composición se determina la estructura de cada familia

1. **Familia nuclear:** Cónyuge y sistema filial (Hijos).
2. **Familia extensa:** Constituida por padres, hijos, abuelos, tíos, etc.
3. **Familia compuesta:** Constituida además de los miembros de la familia extensa se anexan a ella miembros que no tienen lazos legales o de consanguinidad.

Apgar (siglas en ingles) Familiar

Es un cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia en distintos momentos para recibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, constituye a su enfermedad. Definición de los componentes del Apgar familiar:

- ❖ Adaptabilidad (Adaptación): Capacidad para utilizar recursos intra y extrafamiliar para resolver situaciones de crisis.
- ❖ Participación (Partnership): Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- ❖ Crecimiento (Growth): Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- ❖ Afecto (Afection): Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.
- ❖ Resolución (Resolve): Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

La forma de abordar cada uno de los aspectos señalados puede ser como a continuación se señala:

- ❖ Adaptabilidad o apoyo y solidaridad. ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?
- ❖ Participación o compañerismo ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la solución de ellos?
- ❖ Gradiente de crecimiento. ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?
- ❖ Afecto. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?
- ❖ Resolución (Compartir tiempo y recursos) ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?

Cada uno de los miembros de la familia, generalmente los mayores de 15 años, eligen, por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas: casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se puede hacer las siguientes inferencias.

- ❖ 00-03 Disfunción grave
- ❖ 04-06 Disfunción moderada
- ❖ 07-10 Familia funcional

Las respuestas se califican en una escala Licker.

El Apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación.

Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo.

| APGAR FAMILIAR | | | |
|-------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|
| | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca |
| | (2 puntos) | (1 punto) | (0 puntos) |
| 1. Adaptabilidad | ----- | ----- | ----- |
| 2. Participación | ----- | ----- | ----- |
| 3. Crecimiento | ----- | ----- | ----- |
| 4. Afecto | ----- | ----- | ----- |
| 5. Resolución | ----- | ----- | ----- |

Mapa familiar

Un mapa familiar es un esquema organizativo. Constituye un dispositivo simplificador muy útil, que le permite al médico familiar organizar el material de diverso tipo que obtiene.

El mapa le permite formular hipótesis acerca de las áreas en el seno de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo²⁷. También lo ayuda a determinar los objetivos de prevención y tratamiento en salud. Al igual que el antropólogo, el médico familiar recurre a un mapa para organizar los datos que recoge.

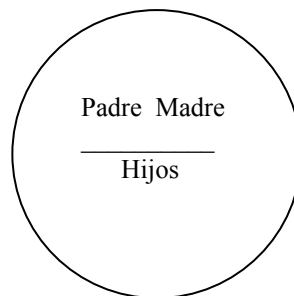
Munich ha descrito estos diagramas, llamados comúnmente mapa sistémico o mapa estructural. Es un método gráfico, breve y útil para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios de los miembros del grupo familiar en estudio.

El método del círculo familiar muestra gráficamente los patrones de:

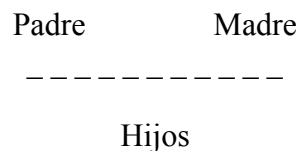
- ❖ Fronteras. En cualquier sistema son las reglas que definen quién participa en él, así como el grado en que los extraños pueden acceder al sistema:

- 1.- Una frontera franca o abierta, que se representa con guiones: - - - - -
- 2.- Una frontera cerrada o rígida, que se representa con una línea llena: _____
- 3.- Una frontera difusa, que se representa por medio de puntos.....

Estas líneas de frontera se pueden trazar en torno de la unidad familiar como un todo. Por ejemplo, una frontera de unidad familiar, si es cerrada, se representará así:



Las líneas de frontera se pueden colocar también entre los subsistemas, más restringidos, dentro de la unidad familiar total. Obrando de ese modo se señala una interfase entre las dos unidades. Por ejemplo, una frontera abierta entre los subsistemas parenterales y de los hermanos se designará así:



- ❖ Alianzas y afiliaciones. Estos símbolos de mapa se pueden emplear también para figurar la cualidad de las transacciones usuales entre los miembros de la familia:

- 1.-Una alianza franca y amistosa, que se presume es normal, se figura con una línea doble. Por ejemplo, un vínculo normal entre cónyuges se indicará del siguiente modo:

Marido \equiv Esposa

2.-Una afiliación enmarañada o sobreinvolucrada se figura con tres líneas. Por ejemplo, un vínculo intergeneracional sobreinvolucrado se vería así:

Madre \equiv Hijo varón

3.-Una afiliación débil, o que no se discierne, se figura con puntos:

Padre...Hija

4.-Una afiliación conflictuada, por ejemplo, un conflicto entre hermanos:

Hermana ———— | | ———— Hermano

5.-Una coalición de varios miembros de la familia contra otro miembro, o contra varios, se figura con llaves. El ejemplo que sigue muestra a madre y dos hijas en coalición contra padre e hijo varón:

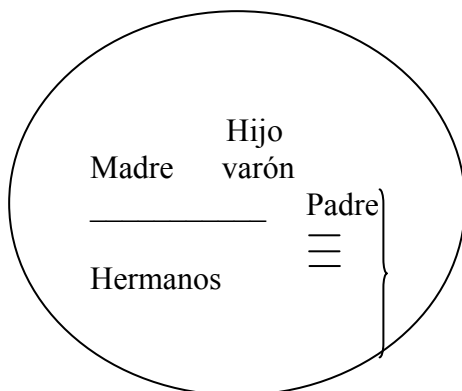
Madre } { Padre
Hija } { Hijo
Hija

- ❖ Desviación de conflictos. Dos miembros de una familia preservan su relación desviando su **conflicto incipiente** para hacerlo pasar por un tercero. Por ejemplo, un padre y una madre con tensiones ambos en su trabajo, pueden evitar atacarse entre sí en el hogar si se unen para atacar a un hijo, con lo cual desviarán el conflicto entre ellos. Un desvío así se representa con este símbolo:

Padre \equiv Madre
 ↓
 Hijo

Estrategias para levantar el mapa

Hacer el mapa del sistema familiar ofrece dos ventajas diagnósticas. Ayuda a describir la organización de la familia total, y hace posible describir también la subunidad más envuelta en el problema.



Unidad de frontera cerrada, en que el subsistema parenteral está constituido por una madre sobreinvolucrada con su hijo varón. Una frontera rígida los separa de los demás niños, pero el control que sobre estos ejercen parece suficiente para que estén todos coligados contra el padre.

Unidad de frontera abierta; el subsistema parenteral se caracteriza por un sobreinvolucramiento de la madre con su propia madre, la que a su vez mantiene conflicto con el marido de su hija, lo que acaso guarda relación con el carácter difuso del lazo entre cónyuges. En el mapa se observa una frontera abierta, normal, entre padres e hijos.

El tamaño del círculo puede indicar la importancia de la familia para quien lo dibuja, y la distancia entre él y otros miembros refleja el grado de apego o de alejamiento emocional.

Otros elementos significativos como amigos o mascotas pueden ser incluidos si la persona siente que forma parte de la familia.

3. Enfermos crónicos y ADEC

El perfil de la morbilidad evoluciona con rapidez en todo el mundo, y esto es cierto sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos donde las enfermedades crónicas son una carga adicional, sumada a la que representan las enfermedades infecciosas, son un problema de la salud pública, ni siquiera los países menos adelantados están a salvo de la creciente epidemia de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y otras enfermedades crónicas.

Contrariamente a lo que suele creerse, esas enfermedades no sólo afectan a varones de los países de ingresos elevados ya que, en realidad, el 80% de las muertes provocadas por enfermedades crónicas se producen actualmente en países de ingresos bajos y medianos, donde afectan a hombres y mujeres casi en la misma proporción. Otro dato sorprendente es que las enfermedades crónicas acabarán con la vida de unos 35 millones de personas en este año, más del 60% de los 58 millones de defunciones que se producirán en todo el mundo. **26

Las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbi-mortalidad en todos los grupos de edad, sobre todo a partir de los adultos jóvenes, aunque el cáncer es la excepción, ya que se puede presentar desde la infancia.

El impacto que tienen estas enfermedades es muy fuerte y rebasa al enfermo, ya que al padecerlas tienen repercusión en aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales, siendo los aspectos psicológicos de gran impacto en la evolución de la enfermedad.

Muchas de las enfermedades crónicas cuando se descubren están muy avanzadas y los enfermos y sus familiares, pasan por varias etapas psicológicas, que van desde el rechazo, la rabia, la racionalización, la depresión, la aceptación o resignación y la dependencia y en todas ellas y en muchos casos se requiere de ayuda médica psiquiátrica profesional para poder sobrellevarlas.

Existen dos formas generales para determinar la magnitud de las enfermedades crónicas. La primera es utilizar información epidemiológica específica (estudios especiales) y la segunda, los registros derivados de atenciones por esta causa; gran parte de los países latinoamericanos, cuenta con poca información originada de exploraciones epidemiológicas poblacionales. La mayor parte de la información deriva del análisis de las prestaciones de salud efectuadas y de la información sobre la mortalidad.

La importancia relativa de las muertes por enfermedad crónica, en relación con el resto de las causas de muerte, se ha incrementado en los últimos 40 años, sin embargo, coexistiendo aún con este perfil de daños, se encuentra un sinnúmero de condiciones agudas, la mayor parte de ellas evitables, situación propia de los países en proceso de transición epidemiológica. Tal condición determina que la mortalidad por estas causas sea comparable a la observada en

sociedades desarrolladas hace ya algunas décadas. De acuerdo a la experiencia vivida por estos países, se deberían adoptar estrategias de intervención para impedir que este grupo de enfermedades se expresen con su carga de mortalidad, incapacidad y deterioro de la calidad de vida.

Para efectos descriptivos, se agruparán al conjunto de EC en un solo grupo, por compartir características comunes: Para ello se consideran las siguientes condiciones:

- Tumores malignos en todas sus localizaciones.
- Enfermedades del aparato cardiovascular: Hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria.
- Diabetes mellitus.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Enfermedades mentales.
- Traumatismos, envenenamientos.

Estudios recientes confirman una alta prevalencia de factores de riesgo en la población. Entre los más significativos, por su alta frecuencia se puede nombrar: tabaquismo, hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus, malnutrición, consumo de alcohol, uso de sustancias ilícitas, contaminación del ambiente y riesgos ocupacionales.

Algunos de estos factores son de particular importancia desde el punto de vista epidemiológico, por su alta prevalencia y por provocar múltiples daños en forma simultánea, como ocurre por ejemplo con el tabaquismo. La mortalidad derivada del consumo del tabaco determina una pérdida apreciable de vidas humanas por concepto de muertes evitables.

La epidemiología en México enfrenta una transición con la transformación de los patrones de salud y enfermedad, que ha hecho descender la proporción de muertes causadas por enfermedades transmisibles y aumentar la proporción de las enfermedades crónico degenerativas, por otro lado al incrementar la esperanza de vida en la población tienden a aumentar los grupos de mayor edad, con la creciente demanda de patología propia de la misma.

En 1990 la entonces Subdirección General Médica elaboró el programa de “Atención Médica del Enfermo Crónico”, con el propósito de proporcionar atención médica con procedimientos básicos en el domicilio del paciente, así como, favorecer la participación activa de los pacientes y sus familiares, integrándolos tempranamente a su núcleo familiar.

Durante más de 3 años la ocupación hospitalaria institucional se ha mantenido por arriba del 91% y el promedio de días estancia mayor es a 4.5, situaciones principalmente generadas por los pacientes crónicos, de los cuales un porcentaje elevado pueden continuar su tratamiento en el hogar; con un poco de asistencia médica y la capacitación para él o su familia en el manejo subsecuente del problema de salud que lo aqueja. A nivel local en nuestra unidad medica, se implanto dicho programa en 1998, gerenciado por un grupo multidisciplinario para el abordaje de pacientes crónicos y terminales.

El programa pretende proporcionar atención médica continua, contribuir a optimizar los recursos humanos, físicos y materiales del HGZ con MF No. 5 en Zacatepec, Morelos y las unidades de medicina familiar de la zona sur del estado. Sin deterioro de la calidad y humanismo de la prestación médica. Durante el 2005 a nivel local se tenían 13, 887 adultos mayores. Manteniéndose con ocupación hospitalaria mas del 90%, con 4.5 días de estancia. Para el 2006, debido a la demanda cada vez mayor de este tipo de pacientes, se incrementa a dos equipos multidisciplinarios de ADEC: matutino y vespertino.

Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica.

El diagnóstico de enfermedad crónica produce una grave distorsión en la vida de la persona, teniendo repercusiones sobre el área personal, familiar y social del individuo.

1. **ÁREA PERSONAL:** el individuo presenta:

- Malestar físico y emocional.
- Cambios en los patrones de la sexualidad.
- Pérdida de la independencia.
- Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida.
- Alteraciones en la autoimagen.
- Sentimiento de impotencia y desesperanza.
- Miedo a lo desconocido.
- Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

2. **ÁREA FAMILIAR:** se produce una pérdida del equilibrio familiar, se manifiesta por:

- Pérdida del rol del enfermo.
- Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
- Separación del entorno familiar.
- Problemas de comunicación en la familia.

3. **ÁREA SOCIAL:** los problemas que surgen son:

- Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- Aislamiento social.
- Cambio en el nivel socioeconómico.
- Cambio en la utilización del tiempo libre.

II. Planteamiento del problema

Con la transición epidemiológica por la que actualmente atraviesa nuestro país, el incremento de la población en el grupo etáreo mayor de 65 años ha ido en franco crecimiento. Por lo que la estancia hospitalaria del grupo de adultos mayores, es cada vez más demandante y prolongado. La presencia de enfermedades crónicas y terminales son cada vez más frecuentes en este grupo de pacientes. Nuestra institución tiene un gran número de derechohabientes adultos mayores, y parte de ellos, con beneficio hospitalario en la etapa final de sus vidas. El programa institucional de Atención Domiciliaria de Enfermos Crónicos y Degenerativos, implantado en nuestra unidad desde 1998, ha cubierto parte de estas necesidades ante la demanda cada vez mayor de enfermos crónicos y terminales que requieren de una muerte digna. La familia forma parte importante de los cuidados que se les brindan a estos pacientes sobre todo en la etapa final de sus vidas. Estas redes de apoyo requieren ser juiciosamente designadas por su grupo familiar, con el asesoramiento médico específico en cada caso. En ocasiones la designación de la red de apoyo no es consensada a través de la información proporcionada por el personal médico hacia los familiares del paciente, si no que obedece a intereses familiares, a los recursos económicos con que cuenta la familia y al enfrentamiento de la crisis de estrés no normativo que se les presentan. Por lo que nos preguntamos:

¿Cuáles son las redes de apoyo informal con que cuentan los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria a enfermos crónico degenerativos y terminales?

III. Justificación

La demanda actual de los servicios de salud involucra en gran porcentaje a los pacientes crónicos y terminales. Algunos requieren de un manejo en domicilio ante el máximo beneficio hospitalario que se les pueda brindar, desde un punto de vista ético, de calidad y personalizado.

A partir de entonces, la familia y sus cuidadores primarios, son la piedra angular del abordaje en este tipo de pacientes. El procesamiento del duelo, ante la muerte evidente, las demandas económicas, emocionales, familiares y sociales que conllevan el o los cuidadores primarios es parte del trabajo diario de estas familias. El agobio que presentan ante la fragilidad del paciente suele pesar en gran forma al punto de fracturar las relaciones familiares en los diferentes subsistemas involucrados.

Es cierto que el involucramiento de la familia en los cuidados domiciliarios de este tipo de pacientes es crucial. Dado que gran parte de la terapéutica empleada es médico orientador educativo. Sin embargo pocas veces se describen las redes de apoyo informales de correspondientes o no correspondientes con que cuentan estos pacientes y que es crucial para poder dirigir nuestro abordaje y plantear sus necesidades.

Muchos pacientes ingresan a este tipo de programas sin el sustento de una red de apoyo informal y los esfuerzos de los equipos multidisciplinarios institucionales disminuyen al no contar con una red de apoyo establecida. Por lo que la evaluación de estas redes de apoyo es la parte más importante del abordaje inicial en pacientes crónico-degenerativos y terminales ante el máximo beneficio hospitalario.

IV. Objetivos

A) General:

Analizar las redes de apoyo informal con que cuentan los pacientes del programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos (ADEC), en el Hospital General de Zona C/ M. F. No. 5 Zacatepec

B) Específicos:

- Aplicar escalas evaluativas de la funcionalidad familiar en cuidadores de pacientes crónicos y terminales ingresados al programa de ADEC.
- Describir las características socio demográficas de la red de apoyo con que cuenta los pacientes ingresados al programa de ADEC.
- Analizar el apego y cuidados realizados a los pacientes crónicos y terminales por parte de su red de apoyo familiar

V. Materiales y Métodos

a) Especificación de las variables

- Variable independiente: Las redes de apoyo informal (especificadas en el cuadro de operacionalización)
- Variable dependiente: Programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos y terminales

b) Covariables

Del paciente:

- Clínica de adscripción.
- Consultorio.
- Turno.
- Domicilio.
- Tipo de limitación al ingresarse al programa.

Datos del cuidador

- Escolaridad.
- Ocupación.
- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.

c) Escalas de medición de las variables

Especificadas en el cuadro de operacionalización y obtenidas a través de una Cédula de captura de información (anexo 1)

d) Tipo de estudio

- Prospectivo.
- Observacional.
- Descriptivo.
- Transversal.

e) Universo de estudio

- **Muestra:** Redes de apoyo informales (cuidadores primarios) de pacientes que se encuentran integrados al programa de atención domiciliaria para enfermos crónicos (ADEC). Mediante el empleo de un muestreo aleatorio simple y bajo los criterios de inclusión establecidos.
- **Periodo de Estudio:** Del 1 enero al 31 diciembre 2005
- **Ámbito geográfico en el que se desarrollará la investigación:** Se realizara durante las visitas domiciliarias del equipo multidisciplinario en los municipios concernientes a la zona sur del estado de Morelos y derivados al HGZ con MF No. 5 Zacatepec.

f) Criterios de Inclusión:

- Cuidadores primarios de pacientes crónicos y terminales que se encuentran incluidos en el Programa Atención Domiciliaria Para Enfermos Crónicos
- Hombres o mujeres mayores de 18 años sin importar lazos de consanguinidad
- Que acepten firmar carta de consentimiento informado sus familiares responsables o cuidadores primarios

g) Criterios de No Inclusión:

- Pacientes con cambio de adscripción y fuera de la zona geográfica pertenecientes al área de estudio.
- Pacientes que fallezcan antes de terminado el análisis de sus redes de apoyo.

h) Criterios de Eliminación:

- Cédulas incompletas o llenadas con letra no legible.
- Cuidadores primarios o familiares responsables que no acepten firmar carta de consentimiento informado.

i) Sistema de captación de la información y su análisis estadístico

- Se elaboro una cédula de captura con la inclusión del Apgar Familiar, Mapa Familiar y Dinámica familiar.
- Con las respuestas obtenidas y considerando cada una de las variables, se estableció una base de datos en la hoja de calculo

Excel (Windows 2003) para su posterior análisis estadístico mediante el paquete operativo Stata versión 8 de Stata Corporation Texas, USA 2003.

- Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.
- La estadística descriptiva se realizará mediante la distribución simple de frecuencias. El efecto de las variables de asociación se determinará mediante un modelo de regresión. Previa determinación del coeficiente de correlación de Pearson.

VI. Recursos Humanos y Materiales.

- Equipo multidisciplinario: Enfermera general, trabajadora social, operador de vehículo oficial y médico familiar.
- Vehículo de traslado para la realización de las visitas a domicilio.
- Computadora IBM, papel para impresión de cédulas de captura, lápices, goma de borrar, calculadora, etc.

VII. Consideraciones éticas aplicables al estudio

El Consentimiento informado (anexo 2) se elaboró tomando en cuenta la *Declaración de Helsinki* modificada, la *Declaración de Tokio* y la Ley General de Salud que en materia de investigación considera a este estudio de bajo riesgo porque no se hará toma de muestras biológicas a los sujetos de estudio, se llevará a cabo un proceso de consentimiento informado y se solicitará la firma de la carta por parte

del sujeto de estudio que acepte participar en el presente proyecto. Este documento especifica claramente al paciente la estricta confidencialidad y relevancia de la materia en estudio. Se manejará solamente Número de Afiliación para el control respetando el anonimato del paciente. Se hará hincapié con el cuidador primario o familiar responsable que aún cuando firme el consentimiento informado, podrá en el momento que lo decida, no participar en el estudio.

VIII. RESULTADOS

Se ingresaron al programa de ADEC, durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2005, 177 pacientes. 133 (75.1%) son con padecimientos crónicos-degenerativos y 44 (24.9%) con un máximo beneficio hospitalario. De los cuales, solo se aplicaron 94 cédulas a cuidadores de los pacientes ingresados, bajo los criterios de inclusión ya señalados. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes, para completar su estudio integral familiar. De la muestra: 33 (35.1%) de los sujetos ingresados al programa de ADEC lo hicieron con **diagnostico** de primera causa: Secuelas de enfermedad vascular cerebral, trauma medular, fractura de cadera bajo tratamiento conservador, síndrome demencial, etc. Englobados en *otros diagnósticos*. 21 (22.3%) tuvieron como diagnostico de ingreso *enfermedades pulmonares y cardiopatías específicas*. 15 (15.9%) con diagnostico de *enfermedad terminal* al momento de ingreso al programa, 10 (10.6%) con *enfermedad metabólica*, y 8 (8.5%) y 7 (7.4%) con *enfermedad hepática y renal terminal respectivamente*.

En cuanto a su **clínica de adscripción** 45 (47.8%) de los sujetos estudiados correspondió al HGZ con MF No. 5 Zacatepec, 18 (19.1%) a la UMF No. 4 Jojutla, 12 (12.7%) a la UMF No. 9 Tlaltizapan, seguido con 9 (9.5%) de la UMF No.13 Mícatlan y 5 (5.3%), a la UMF No. 6 Puente de Ixtla y la UMF No. 11 Tlaquiltenango. Por lo que su **domicilio correspondiente** se encuentra en misma proporción a los municipios descritos.

De los sujetos estudiados corresponden al *turno matutino*, 51 (54.2%) de cualquiera de sus clínicas de adscripción, en contraste con 43 (45.7%) al *turno vespertino*.

En cuanto a la **limitación** con que ingresan los pacientes al programa (Escala de Berger modificada) 86 (91.4%) tuvieron una *dependencia total del cuidador primario* y 4 (4.2%) se encontraban con una *dependencia parcial de actividades de la vida diaria* y en la misma frecuencia *limitados a su habitación*.

El **parentesco** que tienen los **familiares responsables** del paciente en 59 (62.7%) de los casos corresponde a los *hijos* de los mismos pacientes, 20 (21.2%) por los *cónyuges* y 15 (15.9%) por *otros familiares*.

En cuanto al análisis de datos correspondientes a los **cuidadores primarios**, que en muchas de las ocasiones no son los mismos que el familiar responsable, es analizado en la Tabla número 1. Donde 42 (44.6%) corresponde a los hijos y 27 (28.7%) a los cónyuges. En el caso de otros familiares, este corresponde generalmente a las nueras, con una frecuencia de 16 (17%). Con una **edad promedio** global de 48 años (DS \pm 15.9 años) con una edad máxima de 82 años y mínima de 18 años. 78 (82.9%) fueron mujeres. 58 (61.7%) se encuentran casados(as). 32 (34%) tenían una escolaridad de primaria, 28 (29.7%) de secundaria y 74 (78.7%) referían dedicarse al hogar.

En cuanto a la cronología de la variable de **tiempo de conocer al paciente** 89 (94.6%) de los sujetos encuestados afirmaron tener más de los 10 años de conocerse. Así como 80 (85.1%) **vivían** con su familiar. El **tiempo de convivencia** que le dedicaban a su paciente era más de 12 horas al día, en 79 (84%) de los casos.

Tabla 1. Datos generales de los cuidadores primarios de pacientes ingresados al programa de ADEC durante 2005 en el HGZ c/ MF 5 Zacatepec Morelos.

| <i>Variable</i> | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--|-------------------|-------------------|
| <i>Parentesco del cuidador primario con el paciente crónico y terminal</i> | | |
| | N= 94 | |
| Cónyuge | 27 | 28.72 |
| Padres | 3 | 3.19 |
| Hijos | 42 | 44.68 |
| Nietos | 4 | 4.26 |
| Vecinos | 1 | 1.06 |
| Amigos | 1 | 1.06 |
| Otros* | 16 | 17.02 |
| <i>Edad</i> | | |
| Menor de 20 años | 1 | 1.06 |
| De 21 a 45 años | 41 | 43.62 |
| De 46 a 60 años | 30 | 31.91 |
| Mayores de 61 años | 22 | 23.40 |
| <i>Sexo</i> | | |
| Hombre | 16 | 17.02 |
| Mujer | 78 | 82.98 |
| <i>Estado civil</i> | | |
| Soltero | 22 | 23.40 |
| Casado | 58 | 61.70 |
| Unión Libre | 9 | 9.57 |
| Viudo | 5 | 5.32 |
| <i>Escolaridad</i> | | |
| Ninguna | 6 | 6.38 |
| Primaria | 32 | 34.04 |
| Secundaria | 28 | 29.79 |
| Nivel Medio Superior | 19 | 20.21 |
| Profesional o mayor | 9 | 9.57 |
| <i>Ocupación</i> | | |
| Hogar | 74 | 78.72 |
| Campeño | 4 | 4.26 |
| Obrero | 7 | 7.45 |
| Comerciante | 4 | 4.26 |
| Profesionista | 5 | 5.32 |

* Correspondiente a nueras

En la tabla 2, analizamos las *actividades que realizaban los cuidadores primarios a los pacientes ingresados al programa*, estas actividades fueron agrupadas en seis categorías: a) Elaboración y administración de su dieta, b) administración de medicamentos, c) Aseo personal, d) Aseo de vivienda y de su ropa, e) Cuidados y manejo de sonda nasogástrica, vesical, traqueotomía, colostomía, realización de fisioterapia pulmonar y ejercicios respiratorios. Y f) Actividades medico administrativas como: surtir recetas, trámites de pensión, pagos de insumos, dotación de oxígeno domiciliario, concertación de citas médicas, etc.

Los porcentajes expresados corresponden a las aseveraciones obtenidas durante la aplicación de la cédula de captura. Mediante un modelo de regresión logística se encontró una diferencia estadística significativa al comparar estas categorías con la evaluación integral: Categoría elaboración y administración de dieta ($p=0.005$), administración de medicamentos ($p=0.017$) y en la categoría de aseo personal ($p=0.015$). Las categorías aseo de vivienda y ropa, cuidados domiciliarios de sondas, traqueotomía, colostomía, ejercicios respiratorios y fisioterapia; así como la categoría actividades medico administrativas no mostraron diferencia estadística hacia el interior de sus categorías.

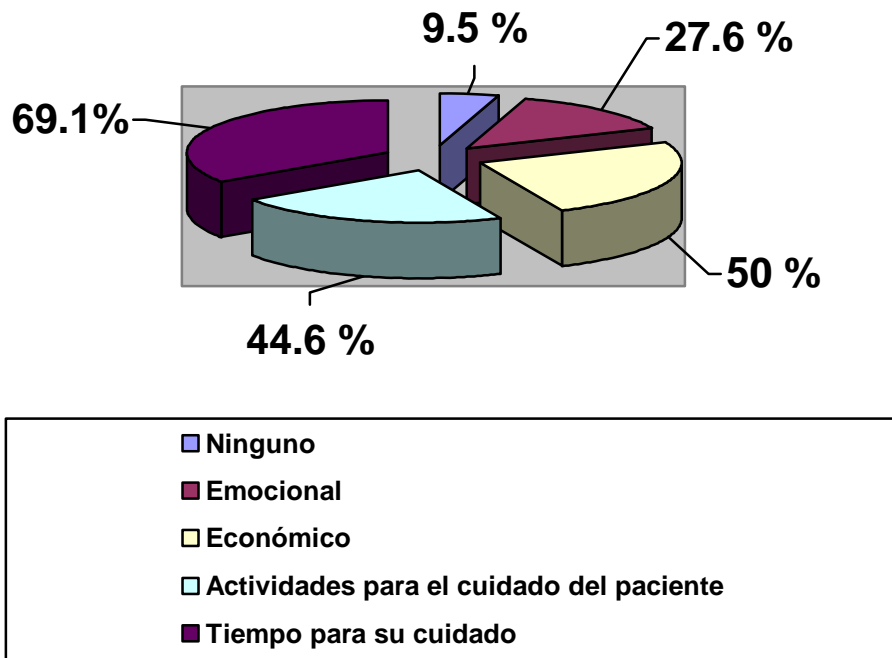
En la tabla 3 se analiza la responsabilidad *compartida entre el cuidador primario y su entorno familiar*. El apoyo recibido por familiares, amigos o conocidos para el cuidado del enfermo, fue una de las categorías a analizar. En 47(50%), de los cuidadores, reciben un apoyo de tipo económico y 26 (27.6%) de tipo emocional. 9 (9.5%) afirmaron no contar con ningún tipo de apoyo.

Tabla 2. Actividades que realiza el cuidador primario al enfermo crónico y terminal en su domicilio. Programa ADEC HGZ c/ MF No. 5 Zacatepec, Morelos.

| Variable | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Nunca |
|--|---------|--------------|---------------|-------|
| N = 94 | % | % | % | % |
| Elaboración y administración de su dieta | 64.8 | 8.5 | 8.5 | 18.1 |
| Administración de medicamentos | 68.1 | 12.7 | 6.3 | 12.7 |
| Aseo personal | 60.6 | 8.5 | 7.4 | 23.4 |
| Aseo vivienda y de su ropa | 59.5 | 6.3 | 7.4 | 25.5 |
| Cuidados y manejo de sonda nasogástrica, vesical, traqueotomía, colostomía, realización de fisioterapia pulmonar y de ejercicios respiratorios | 60.6 | 6.3 | 7.4 | 24.4 |
| Actividades medico-administrativas: Trámites de pensión, pago de insumos, dotación de oxígeno domiciliario, concertación de citas médicas. | 60.6 | 2.1 | 7.4 | 28.7 |

42 (44.6%) reciben apoyo en la realización de actividades para el cuidado del paciente, 65 (69.1%) lo manifestaron en tiempo para su cuidado. El modelo de regresión logística nos permitió vislumbrar que el apoyo emocional ($p=0.041$), económico ($p=0.023$), apoyo en la realización de actividades para el cuidado del paciente ($p=0.003$) y el tiempo dedicado a su cuidado ($p=0.067$) tuvieron significancia estadística en comparación con la evaluación integral realizada. Porcentajes de esta categoría se presentan en la [gráfica 1](#).

Gráfica 1. Porcentajes de la categoría de apoyo recibido por familiares, amigos o conocidos hacia los cuidadores primarios en sujetos ingresados al programa de ADEC del HGZ con MF No. 5 Zacatepec, Morelos.



90 (95.7%) de los cuidadores cuentan con el grupo de ayuda institucional del programa de ADEC. Solo 9 (9.5%) manifestó recibir apoyo de su institución religiosa sin especificación de culto. Llama la atención que solo en 18 (19.1%) de los cuidadores, manifestaron un otorgamiento de la responsabilidad del cuidado, por consenso familiar, 60 (63.8%) fue autonominado y 16 (17%) fue un otorgamiento implícito y no aclarado por el núcleo familiar. Esto correspondió generalmente a las nueras de los pacientes (Ver tabla 3).

Tabla 3. La responsabilidad compartida del cuidador primario con su entorno familiar en el manejo y cuidado del paciente crónico y terminal. Programa ADEC HGZ c/MF No. 5 Zacatepec, Morelos.

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| <i>Apoyo recibido por familiares, amigos o conocidos del enfermo</i> | | |
| | N = 94 | |
| Ninguno | 9 | 9.5 |
| Emocional | 26 | 27.6 |
| Económico | 47 | 50 |
| Actividades para el cuidado del paciente | 42 | 44.6 |
| Tiempo para su cuidado | 65 | 69.1 |
| <i>Cuenta con algún grupo de ayuda</i> | | |
| Ninguno | 4 | 4.2 |
| Asociación civil | 1 | 1.0 |
| Gubernamental | 90 | 95.7 |
| Religioso | 9 | 9.5 |
| <i>Otorgamiento de la responsabilidad del cuidado del paciente</i> | | |
| Autonominado | 60 | 63.8 |
| Por consenso familiar | 18 | 19.1 |
| Otorgamiento implícito y no aclarado por núcleo familiar | 16 | 17.0 |

En la tabla 4. Correspondiente a la estructura y funcionalidad familiar, la composición familiar de 48 (51%) sujetos estudiados, tuvieron una familia nuclear, 43 (44.7%) una familia extensa y 3 (3.1%) un familia extensa compuesta. 90 (95.7%) tienen un desarrollo tradicional y 4 (4.2%) un desarrollo moderno. Demográficamente 85 (90.4%) correspondiente a zonas urbanas y 14 (14.8%) suburbanas. 48 (51%) son familias obreras o empleadas y 28 (29.7%) dedicadas a labores del campo. Solo 10 (10.6%) son profesionistas.

Tabla 4. Estructura y funcionalidad familiar de los pacientes ingresados al programa ADEC durante 2005 en el HGZ c/ MF No. 5 Zacatepec, Morelos.

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|------------|------------|
| N = 94 | | |
| <i>Composición de la familia</i> | | |
| Nuclear | 48 | 51 |
| Extensa | 43 | 45.7 |
| Extensa Compuesta | 3 | 3.1 |
| <i>Tipología Familiar</i> | | |
| <i>En base a su Desarrollo</i> | | |
| Tradicional | 90 | 95.7 |
| Moderna | 4 | 4.2 |
| <i>En base a su Demografía</i> | | |
| Urbana | 85 | 90.4 |
| Suburbana | 14 | 14.8 |
| <i>En base a su Ocupación</i> | | |
| Campesina | 28 | 29.7 |
| Obrera | 48 | 51 |
| Profesionista | 10 | 10.6 |
| <i>En base a su Integración</i> | | |
| Integrada | 70 | 74.4 |
| Desintegra | 24 | 25.5 |
| <i>Ciclo Vital De La Familia</i> | | |
| Matrimonio | 1 | 1.06 |
| Expansión | 13 | 13.8 |
| Dispersión | 19 | 20.2 |
| Independencia | 51 | 54.2 |
| Retiro y Muerte | 10 | 10.5 |

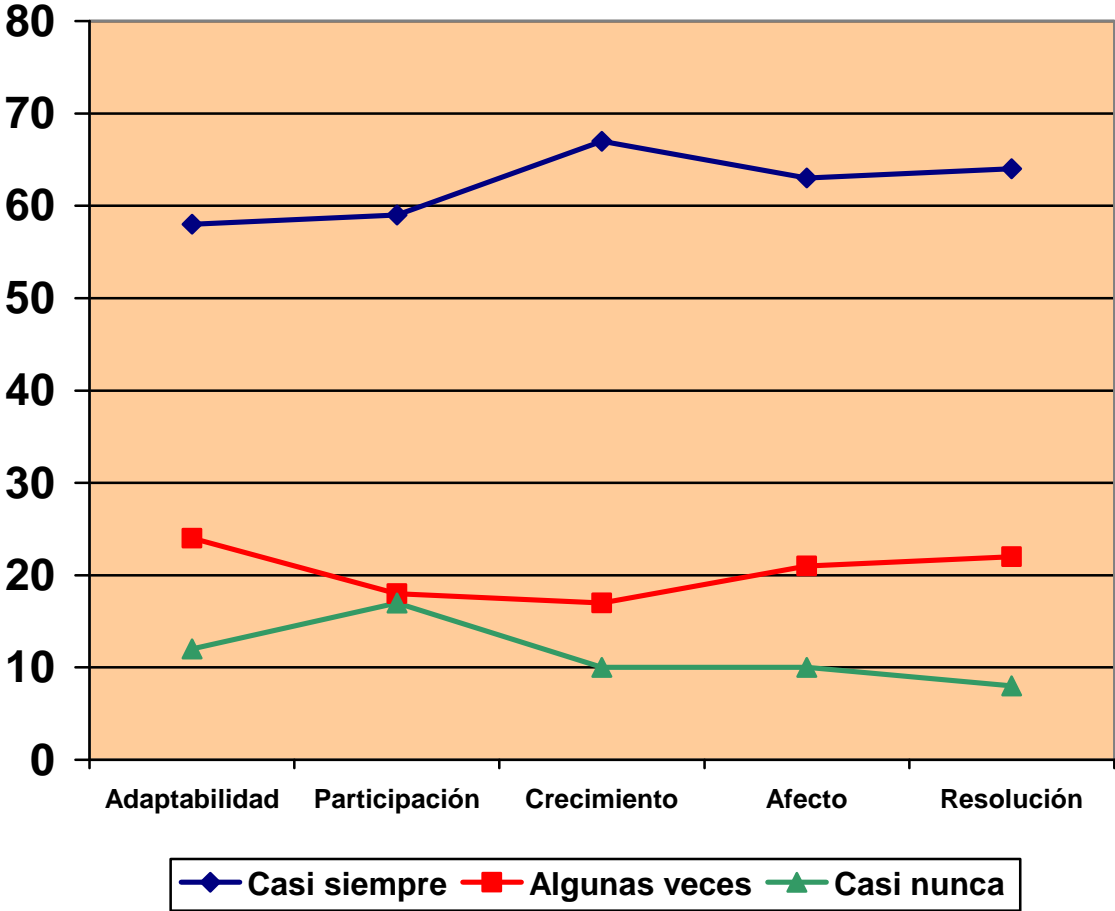
70 (74.4%) son familias integradas y 24 (25.5%) desintegradas. En cuanto a su ciclo vital 51 (54.2%) se encuentra en fase de independencia y 19 (20.2%) en la fase de dispersión. Seguida en orden de frecuencia con 13 (13.8%) en fase de expansión y solo 10 (10.5%) en fase de retiro y muerte.

Las inferencias con la aplicación del apgar familiar mostró: Disfunción grave 7 (7.4%), Disfunción moderada 28 (29.7%) y familia funcional 59 (62.7%) la cual se muestra en la tabla 5 y en el gráfico 2.

Tabla 5. Apgar familiar en cuidadores primarios de sujetos ingresados al programa de ADEC en el 2005 en el HGZ con MF No. 5 Zacatepec, Morelos

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Apgar Familiar</i> | N = 94 | |
| <i>Adaptabilidad</i> | | |
| Casi Siempre | 58 | 61.7 |
| Algunas Veces | 24 | 25.5 |
| Casi Nunca | 12 | 12.7 |
| <i>Participación</i> | | |
| Casi Siempre | 59 | 62.7 |
| Algunas Veces | 18 | 19.1 |
| Casi Nunca | 17 | 18 |
| <i>Crecimiento</i> | | |
| Casi Siempre | 67 | 71.2 |
| Algunas Veces | 17 | 18 |
| Casi Nunca | 10 | 10.6 |
| <i>Afecto</i> | | |
| Casi Siempre | 63 | 67 |
| Algunas Veces | 21 | 22.3 |
| Casi Nunca | 10 | 10.6 |
| <i>Resolución</i> | | |
| Casi Siempre | 64 | 68 |
| Algunas Veces | 22 | 23.4 |
| Casi Nunca | 8 | 8.5 |
| <i>Inferencias</i> | | |
| Disfunción Grave | 7 | 7.4 |
| Disfunción Moderada | 28 | 29.7 |
| Familia Funcional | 59 | 62.7 |

Gráfico 2. Categorías que componen el apgar familiar realizado a cuidadores primarios de sujetos incluidos al programa de ADEC durante el 2005 en el HGZ con MF No. 5 Zacatepec, Morelos



El análisis de regresión logística del apgar familiar no mostró diferencia estadística significativa hacia el interior de sus categorías al compararse con el mapa familiar realizado. Pero si hubo diferencia significativa al comparar el apgar familiar con la evaluación integral de la red de apoyo ($p=0.009$).

Tabla 6. Mapa familiar y evaluación integral de la red de apoyo informal en sujetos ingresados al programa de ADEC en el HGZ con MF No. 5 Zacatepec, Morelos

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| <i>Mapa Familiar</i> | | |
| N = 94 | | |
| <i>Centralidad (en relación al paciente)</i> | | |
| Presente | 58 | 61.7 |
| Ausente | 36 | 38.3 |
| <i>Jerarquía del poder y toma de decisiones</i> | | |
| Paciente | 23 | 24.4 |
| Cuidador Primario | 52 | 55.3 |
| Familiar Responsable | 6 | 6.3 |
| Otro sujeto del sistema familiar | 13 | 13.8 |
| <i>Alianzas Familiares</i> | | |
| Normal | 14 | 14.8 |
| Sobreinvolucramiento | 64 | 68 |
| Conflictiva | 16 | 17 |
| <i>Espacios y Fronteras Personales</i> | | |
| Abierta | 41 | 43.6 |
| Cerrada o Rígida | 52 | 55.3 |
| Difusa | 1 | 1.06 |
| <i>Evaluación Integral De La Red De Apoyo Informal</i> | | |
| Satisfactoria | 49 | 52.1 |
| No Satisfactoria | 45 | 47.8 |

En la tabla No. 6 se analizo el mapa familiar realizado a las familias de los sujetos ingresados al programa de ADEC. La centralidad en relación al paciente se encontró presente en 58 (61.7%) de los casos. Las jerarquías y toma de decisiones son realizadas por el cuidador primario en 52 (55.3%) de los casos y por el

paciente fueron 23 (24.4%) de los casos. 64 (68%) de las familias presentaron un sobreinvolucramiento en sus alianzas. 16 (17%) fueron conflictivas esas alianzas. Los espacios y fronteras personales se mantuvieron cerrados y rígidos en 52 (55.3%) de los casos. Y en 41 (43.6%) se encontraron canales de comunicación abiertos.

Las categorías que componen el mapa familiar tuvieron una diferencia estadística significativa (centralidad, alianzas, límites y fronteras) hacia el interior de sus categorías ($p=0.000$) al compararse con la evaluación integral. La categoría de jerarquías no mostró diferencia estadística ($p=0.137$).

La evaluación integral de la red de apoyo informal con todas las variables utilizadas fue en 49 (52.1%) como satisfactoria y en 45 (47.8%) como No satisfactoria. El punto de corte de esta variable se construyó con las variables con poder estadísticamente significativo, tanto del apgar familiar, mapa familiar, dinámica familiar y las correspondientes a las actividades que le realiza el cuidador primario al sujeto ingresado al programa (ver tabla 5).

IX. DISCUSION

El análisis de las redes de apoyo informal en pacientes crónicos y terminales es complejo. Vargas-Flores JJ. Y cols. Ya habían descrito lo complejo de las redes sociales de apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. Haciendo un análisis de lo descrito, determinaban la existencia de dos teorías psicológicas que presentan las familias ante una crisis como la enfermedad terminal o crónica. Una descrita por John Bowlby (teoría del vínculo) y por Murray Bowen (teoría de los sistemas familiares) Es importante realizar un acercamiento a estos conceptos, los cuales de manera directa o indirecta, se analizaron en el presente estudio, haciendo hincapié en las limitantes de nuestro estudio y cuyo propósito, no se encuentra en el análisis de estas teorías; pero si en la manera como se enfrentan las familias ante el máximo beneficio que brinda una institución hospitalaria. Ambas teorías concluyen la importancia de establecer una relación entre la familia de origen y la familia actual. La manera de educar a los hijos, los modelos y patrones conductuales existentes y aprendidos. El apego existente, las triangulaciones familiares existentes, los sistemas abiertos o cerrados, la fatalidad ante la noticia y el proceso de duelo como la pérdida de individualidad, autonomía y estatus familiar. Conllevan a un estrés importante en el cuidador primario. De ahí la importancia que tiene el equipo multidisciplinario de las diferentes especialidades en la identificación, evaluación y análisis del cuidador primario y de las familias a las que se les puede brindar este tipo de programa de atención a domicilio. Se suele quedar con la idea de un familiar responsable en el cuidado de estos pacientes. Cuando la red de apoyo informal va más allá de él designado para dichos cuidados y requiere de la participación familiar. Las familias son fluctuantes y dinámicas. No son estáticas y no únicamente responden ante la problemática hospitalaria con un enfermo crónico o terminal. La decisión en adjudicación de la responsabilidad como cuidador primario tiene gran peso en la dinámica familiar subsecuente y en la toma de decisiones del

núcleo familiar. Existen cuidadores primarios y familias concientes de esta problemática, capaces de adaptarse a las necesidades de sus enfermos y con una respuesta creciente ante el duelo eminente. Cuestionamiento que no se evalúa en este estudio, ya que el objetivo es analizar la red de apoyo desde un ámbito de dinámica familiar y no el manejo del duelo de la red de apoyo. Además se hace de manifiesto el tipo de cuidados que se le realizan a este tipo de pacientes y el tiempo empleado para los mismos. Aclarando que las necesidades de pacientes crónicos y terminales son individuales y la adaptación de los recursos institucionales y de la familia debe ser específica para cada caso.

El compromiso del familiar responsable no siempre coincide con el cuidador primario designado por el núcleo familiar. La manera en que es designado generalmente es autonominado ya que en muchos de los casos el cuidador primario es la hija (o) o en su defecto la esposa del paciente. Hecho manifestado también por Tiran-Trillo M., Ponce-Rosas ER., Irigoyen-Coria A. y cols. Al analizar las redes sociales en la atención médica familiar con la visión panorámica de la interacción de los diversos sistemas y subsistemas familiares, así como los extrafamiliares. Sin embargo, al designarse al cuidador en forma implícita y no aclarada por el núcleo familiar, sobretodo en aquellas mujeres designadas por el cónyuge como cuidadoras sin hacerla participe en la toma de decisiones; sobre vienen las crisis y el incremento de la disfuncionalidad familiar. A través de este estudio no determinamos este parámetro, únicamente ponemos de manifiesto su presencia en la dinámica familiar. Teníamos que partir de un análisis de estas redes de apoyo social para poder plantearnos nuevos abordajes que nos permitan una integración y participación certera de la familia.

Por otro lado, contrario a las expectativas generalizadas que se tiene cuando una familia se encuentra en una crisis de estrés no normativo ante el planteamiento de una enfermedad terminal o en su defecto crónica con máximo beneficio hospitalario, gran porcentaje de las familias ingresadas a este programa, son funcionales o se mantienen en una disfunción moderada en comparación con la disfunción grave. Por lo que la clarificación de la problemática medica, el brindar apoyo tanatológico y la integración a grupos de autoayuda son cruciales en el mantenimiento de estas redes de apoyo y por lo tanto de la funcionalidad familiar. Expectativas que requieren de estudios de investigación a futuro.

El empleo de las escalas de funcionalidad y dinámica familiar, como en este caso apgar y mapa familiar, son de gran ayuda para investigar a profundidad estas redes de apoyo. Pruebas diagnósticas ya documentadas en la literatura y cuyo objetivo en este estudio no era determinar la precisión de la misma. Si no emplearlas en la búsqueda de realizar análisis integral de la red de apoyo informal existente.

X. CONCLUSIONES

Las redes de apoyo informal con que cuentan los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria a enfermos crónicos y terminales tienen las siguientes características: Conformadas en su mayoría por hijos o cónyuges, de entre 21 a 60 años, predominando mujeres, casadas, con escolaridad básica o nivel medio, dedicadas al hogar, formado por familias extensas, tradicionales, integradas y que se encuentran en fase de independencia o dispersión. Funcionales o con disfunción moderada, centralizadas en las necesidades del paciente crónico o terminal, que ejercen poder, generalmente sobreinvolucradas (por la misma crisis no normativa existente) con espacios y fronteras personales rígidas pero con tendencia al cambio y generalmente satisfactoria, a pesar de no ser evaluadas en forma integral. Por lo que podemos decir que respondemos a nuestro problema planteado. Sugerimos que la selección del cuidador primario debe de realizarse en forma juiciosa, tomando la participación de todo el núcleo familiar. Así también; las familias con pacientes crónico-degenerativos y terminales muestran cierto grado de funcionalidad que nos permiten fomentar la integración de grupos de autoayuda. El empleo de instrumentos como el apgar familiar/ mapa familiar nos permiten acercarnos al nivel de cumplimiento de la familia y expectativas individual y colectiva que muestran ante la crisis existente.

XI. ANEXOS

CEDULA DE CAPTURA

Anexo 1

DATOS GENERALES

| | | | | |
|---|--------------------------------------|---|-----------------------|--|
| 1. Nombre del Paciente | | 2. Afiliación | | |
| 3. Diagnostico de ingreso al programa 1.-Metabólicos. 2.-Hepáticos. 3.-Renales. 4.-Pulmonares. 5.-Terminales 6.-Infecciosos 7.-Otros | | 4. Clínica de adscripción 1.-HGZ cMFNo.5 2.-UMF No 4 3.-UMF No.6 4.-UMF No. 9 5.-UMF No. 11 6.-UMF No.13 | 5. Consultorio | 6. Turno 1.-Matutino 2.Vespertino |
| 7. Domicilio 1.-Zacatepec 2.-Jojutla 3.-Tlaquiltenngo 4.-Tlaltizapan 5.-Miacatlan 6.-Amacuzac 7.-Xochitepec 8.-Tetecala 9.-Mazatepec 10.-Coatlan del Río 11.-Puente de Ixtla | | 8. Tipo de limitación del paciente al ingresarse al programa a) Realiza actividades de la vida diaria b) Dependencia parcial de actividades c) Limitado a su habitación d) Dependencia total del cuidador primario | | |
| 9. Nombre del Familiar responsable | | | | |
| 10. Parentesco 1.- Cónyuge 2.- Padres 3.- Hijos 4.- Nietos 5.- Vecinos 6.- Amigos 7.- Otros | | | | |
| 11. Nombre del cuidador primario | | 12. Escolaridad a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Nivel medio superior e) Profesional o Mayor | | |
| 13.-Parentesco 1.- Cónyuge 2.- Padres 3.- Hijos 4.- Nietos 5.- Vecinos 6.- Amigos 7.- Otros | | 14. Ocupación a) Ninguna b) Hogar c) Campesino d) Obrero e) Comerciante f) Profesionista | | |
| 15. Edad años | 16. Sexo 1.- Hombre 2.- Mujer | 17. Estado civil a) Soltero b) Casado d) Unión libre d) Viudo (a) | | |

DATOS DE LA RED DE APOYO INFORMAL

| | | | | |
|---|--|------------------------|-------------------------|-----------------|
| <p>18. Tiempo de conocer al paciente</p> <p>1.-Menos de 1 año</p> <p>2.- De 1 a 5 años</p> <p>3.-De 6 a 10 años</p> <p>4.-Más de 10 años</p> | <p>19. Vive con el paciente 1.- SI 2.- NO</p> | | | |
| <p>20. Tiempo de convivencia diaria</p> <p>1.-De 1 a menos de 6 horas.</p> <p>2.-De 6 a 12 horas.</p> <p>3.-Más de 12 horas</p> | | | | |
| <p>21. Actividades que se le realizan al enfermo</p> <p>a) Elaboración y administración de su dieta</p> <p>b) Administración de medicamentos</p> <p>c) Aseo personal</p> <p>d) Aseo de su vivienda y ropa</p> <p>e) Cuidados domiciliarios de sondas, traqueotomía, colonostomía, fisioterapia pulmonar y ejercicios respiratorios</p> <p>f) Actividades medico- administrativas: Tramites de pensión, cobro de la misma, concertación de citas medicas</p> | <p>1.-SIEMPRE</p> | <p>2.-CASI SIEMPRE</p> | <p>3.-ALGUNAS VECES</p> | <p>4.-NUNCA</p> |
| <p>22. Apoyo recibido por familiares, amigos o conocidos del enfermo</p> | <p>1.-Ninguno</p> <p>2.-Emocional</p> <p>3.-Económico</p> <p>5.-Mantenimiento y cuidado del enfermo</p> <p>6.-Tiempo para su cuidado</p> | | | |
| <p>23. Cuenta con algún grupo de ayuda</p> | <p>1.-Ninguno</p> <p>2.-Asociación civil</p> <p>3.-Gubernamental IMSS, DIF, ISSSTE</p> <p>4.-Religioso</p> | | | |

| | |
|--|--|
| 24. Quien delego la responsabilidad del cuidado del paciente | 1.- Autonomado 2.- Por consenso familiar 3.- Otorgamiento implícito y no aclarado por su Cónyuge, Padres, hermanos u Otros |
|--|--|

DATOS DE LA DIMENSION FAMILIAR

| Dimensión | Niveles | | |
|--|--|---|---------------------------|
| | a) Nuclear | b) Extensa | c) Extensa Compuesta |
| 25. Composición de la familia | | | |
| 26. Tipología familiar <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo • Demografía • Ocupación • Integración | 1.- Tradicional 1.- Rural 1.-Ninguna 5.-Comerciante 1.- Integrada | 2.- Moderna 2.- Urbana 2.-Hogar 6.- Profesionista 2.- Desintegrada | 3.-Campesino 4.-Obrero |
| 27. Ciclo vital de la familia | 1.- Matrimonio 4.- Independencia | 2.- Expansión 5.- Retiro y muerte | 3.- Dispersión |
| 28. APGAR FAMILIAR | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | CASI NUNCA |
| a) <u>Adaptabilidad</u> <i>¿Este satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación critica?</i> | | | |
| b) <u>Participación</u> <i>¿Le satisface la manera o interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?</i> | | | |
| c) <u>Crecimiento</u> <i>¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?</i> | | | |
| d) <u>Afecto</u> <i>¿Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?</i> | | | |
| a) <u>Resolución</u> <i>¿Le satisface la cantidad de tiempo que pasa con su familia?</i> | | | |
| INFERENCIAS | | | |
| I. Disfunción grave | | | |
| II. Disfunción moderada | | | |
| III. Familia funcional | | | |

| | |
|---|---|
| <p>29. MAPA FAMILIAR Realizarse al reverso de la cedula con simbología concensada</p> <p>a) Cercanía y distancia (en relación al paciente)</p> <p>b) Jerarquía del poder y toma de decisiones</p> <p>c) Alianzas familiares</p> <p>d) Espacios y fronteras personales</p> | <p>1. Presente 2. Ausente</p> <p>1. Paciente 2. Cuidador primario 3. Familiar responsable 4. Ambos (incluye inciso 2 y 3) 5. Otro sujeto del sistema familiar</p> <p>1. Normal 2. Sobreinvolucramiento 3. Débil 4. Coalición 5. Desviación del conflicto</p> <p>1. Abierta 2. Cerrada o rígida 3. Difusa</p> |
|---|---|

| | | |
|---|---|--|
| <p>30. EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA RED DE APOYO INFORMAL</p> | <p>1.-SATISFACTORIA</p> <p><i>Criterios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiar responsable = cuidador primario • Vive con el paciente • Actividades que le realiza al enfermo ≥ 3 ítems tienen respuesta siempre/casi siempre • Apoyo recibido por los familiares ≥ 2 ítems son afirmativos • Si acude a algún grupo de autoayuda • Apgar familiar resultado de disfunción moderada ó de familia funcional | <p>2.-NO SATISFACTORIA</p> <p>Cuando no se cumplen los criterios establecidos, a excepción de que cuidador primario cumpla criterios 2 al 5</p> |
|---|---|--|

Realización del llenado de la cédula _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluación de las redes de apoyo informales de los pacientes crónicos y terminales del programa institucional de atención domiciliaria a enfermos crónicos y degenerativos en el HGZ c/MF No. 5

Zacatepec, Morelos a de del 2005

Residente de Medicina Familiar Modalidad Semi presencial

Dra. María Griselda Castillo Calderón

ASESORES Dra. Alicia Mastache Guerrero. Dr. Gerardo Araujo Mendoza.

Por medio de la presente, manifiesto que es mi deseo participar en el proyecto de investigación titulado “*Evaluación de las redes de apoyo informales de los pacientes crónicos y terminales del programa institucional de atención domiciliaria a enfermos crónicos y degenerativos en el HGZ c/MF No. 5*”

Registrado en el comité local de investigación médica del HGZ c/MF No.5 Con el número

Se me ha explicado que el objetivo de esta investigación es evaluación de las redes de apoyo informal con el que cuentan los pacientes crónicos y terminales del programa institucional de atención domiciliaria a enfermos crónicos . También se me ha informado que debo responder a un cuestionario con preguntas referentes a mi persona y de los cuidados que le brindo a mi familiar.

Declaro que conozco sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios que se puedan derivar de esta investigación.

Los investigadores se comprometen a resolver en cualquier momento, las dudas, o inquietudes sobre posibles riesgos que surjan durante el desarrollo de la misma.

Me queda claro que conservo el derecho a retirarme de la investigación, en el momento que lo considere conveniente, sin que se afecte de manera alguna, la atención médica que recibo en este HGZ C/MF No5 Zacatepec.

Los investigadores me han asegurado que la información recabada en el cuestionario, relacionados a mi privacidad, serán manejados con estricta confidencialidad. De la misma manera que deberán informarme sobre los resultados obtenidos, aunque esto implique que cambie de opinión sobre mi participación.

Nombre y firma del cuidador

Nombre, matricula y firma del investigador

XII. Bibliografía

- 1 Terán Trillo M., Ponce Rosas ER. , Irigoyen Coria A. y Col. Redes Sociales en la Atención Médica Familiar. Arch med Fam 1999; 1 (2): 35-44.
- 2 Irigoyen Coria Arnulfo. Fundamentos de Medicina Familiar 4ª. ED. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1996:103 - 40.
- 3 Colegio Mexicano de Medicina Familiar, A. C. PAC MF -1 Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. Editores Íntersistemas: 48 - 60.
- 4 San Martín F. Hernán. Salud y Enfermedad. 4ª. Edición. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana S. A; México 1985: 7- 13.
- 5 San Martín H. Tratado General en las Sociedades Humanas. Salud y Enfermedad. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana S. A; México 1992: 3-13.
- 6 Censo General de Población Adscrita. Hospital General de Zona con Medicina Familia No.5 Zacatepec, Morelos. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004.
- 7 Manual del Promotor Voluntario. Redes Sociales Unidad Departamental de Redes Sociales en Coyoacán. Av. Villa Panamericana 59- A. Col. Pedregal de carrasco. Coyoacán, D. F. Agosto de 2001.
- 8 Vargas Flores J. J., Ibáñez Reyes E. J., Jiménez Rodríguez D. Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Revista Electrónica de Psicología Vol. 6 No. 2 junio de 2003
- 9 McKinlay J. Social Network Influences on morbid Episodes and the Career of Help Seeking. In : Eisemberg Y. Kleinman A. The Relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht: Reidel Publishing; 1981:78-79.
- 10 Parson T. La sociedad. Perspectivas evolutivas y comparativas México: Trillas; 1974: 15-49.
- 11 Gouldner A. La norma de la reciprocidad: formulación preliminar. En: la sociología actual. Renovación y crítica. Alianza universidad; 1973: 20-45

-
- 12 Infante Castañeda C. Bases para el estudio de la interacción familia. Redes sociales: uso de servicios de salud. Salud Pública de México. 1988; 30 (2):175-196.
- 13 Eng E, Hatch J, Callan A. Institutionalizing Social Support Through the Church and Into the Community. Health Educ Q. 1985; supplement: 81-92.
- 14 Pérez Martínez V. T, Lorenzo Parra Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. Rev. Cubana Med Gen Integr 2004; 20:(5-16).
- 15 Mc . Goldrick M . , Gerson Randy . Genograms in Family Assessment WW. Norton & Company (USA) penguin Books Ltd (CANADA) 1985: 30-45.
- 16 Menéndez E L. Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En: Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: CIESAS Cuadernos de Casa Chata. Núm. 179; 1990: 12-21.
- 17 Irigoyen Coria A., Gómez Clavelina F J. Fundamentos de Medicina Familiar. 4ª edición México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1996:103-140.
- 18 Márquez Contreras E J., Gascón Vivó B., Domínguez Gómez., Gutiérrez Marín M C. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden la Huelva. España, Aten Primaria 1995; 15 (1):30-32.
- 19 Dabas E. Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Argentina. Editorial Paidós, Grupo e instituciones; 1993: 70-83
- 20 Bott E. Familias urbanas: papeles conyugales y redes sociales. En: Anderson M Sociología de la Familia. México: FCE; 1980: 201-214.
- 21 Barcellos C E, Bastos F I: Redes sociais e difusao da AIDS no Brasil. Bol. Oficina Sanit Panam 1996; 12 (1) : 11-24
- 22 Faresjö T. Social Environment and Health a Social Epidemiological Frame of Reference. Scand J Prim Health Care 1992;10(2):105-109.

23 Bellón Sameño J A, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, Lardeli C. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke UNC II. Aten Primaria 1996; 18 (4) :153 -160

24 Rodríguez Morán M., Guerrero Romero J F. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública de México.1997; 39:44-7.

25 Rodríguez Agudelo Y., Díaz Olavarrieta C., García de la Cadena C., La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. Gac Med Méx.1995; 131(3):329-34.

26 Huerta-González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil, Primera edición, México. 2005: 18-26, 47-54 y 95-8.

27 Minuchin H. Fishman Ch. Técnicas de Terapia Familiar, Cambio. Editorial Paidós, Buenos Aires. 1981: 77-84.