



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC DEPENDIENTES DE
OXIGENO DEL HGZ/UMF N 8.”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A
DR. NIETO HERRERA HIRAM**

**ASESORES:
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
DRA TERESITA DE JESUS GUTIERREZ GARCIA**

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HGZ CON UMF No. 8
DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.**

**CD. DE MEXICO, D. F.
ENERO DEL 2012**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC
DEPENDIENTES DE OXIGENO DEL HGZ/UMF N 8.”**

INDICE

	PAG
TITULO	2
INDICE	3
RESUMEN	5
MARCO TEORICO	6
ANTECEDENTES	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACION	16
OBJETIVO GENERAL	17
HIPOTESIS	18
MATERIALES Y METODOS	19
DISEÑO DE INVESTIGACION	20
POBLACION O UNIVERSO	21
MUESTRA	22
CRITERIOS DE INCLUSION Y ELIMINACION	23
VARIABLES	24
DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	25
DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES	26
DISEÑO ESTADISTICO	28
INSTRUMENTO DE RECOLECCION	29
METODO DE RECOLECCION	32
MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	34

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	36
CONCIDERACIONES ETICAS	37
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS 1	46
ANEXOS 2	48
ANEXOS 3	50
ANEXOS 4. TABLAS Y GRAFICAS	52

“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC DEPENDIENTES DE OXIGENO DEL HGZ/UMF N 8.”

AUTORES: Dr. Nieto Herrera Hiram. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Dra Teresita de Jesús Gutiérrez García. Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8. San Ángel México, D. F.

OBJETIVO:

Conocer la funcionalidad familiar de los pacientes con diagnostico de EPOC dependientes de oxigeno del HGZ/UMF N 8.

Material y Métodos. Tipo de investigación: *Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional.* **Criterios de inclusión:** Pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con uso de Oxigeno de la consulta externa del servicio de Neumología del Hospital General de Zona con UMF N 8 que sean regulares a su consulta. **Criterios de exclusión:** Pacientes que no desearon participar y no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con tratamiento médico exclusivamente farmacológico y que no tenían un tratamiento con Oxigeno. **Criterios de eliminación:** Pérdida de historia clínica, que no se encuentre por 3 intentos en los archivos del HGZ/UMF N 8. Por fallecimiento del paciente, paciente ya no derechohabiente al IMSS. Pacientes con respuestas incompletas, pacientes con cuestionarios incompletos, pacientes con negativas a seguir participando. **Tamaño de la muestra:** 139 pacientes con intervalo de confianza de 95%, con una proporción del 0.10, amplitud total del intervalo de confianza 0.10. La muestra fue representativa y se calculo a través de su prevalencia del 7.8%. **Variables:** Nombre, edad, sexo, estado civil, EPOC, Oxigenodependiente, funcionalidad. Se utilizo el test de APGAR para determinar la funcionalidad familiar. **Resultados:** 67 (48.2%) fueron hombres, 72 (51.8%), fueron mujeres. 93 personas (66.9%) eran normofuncionales, 39 (28.1%) tenían disfunción moderada, y 7 (5%) tenían disfunción severa. **Conclusiones:** Se observo que los pacientes con EPOC dependientes de Oxigeno tienen buena funcionalidad familiar. **Palabras clave:** Funcionalidad familiar, EPOC, Oxigenodependiente.

MARCO TEORICO

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una lenta y progresiva enfermedad caracterizada por tos crónica, producción de expectoración y de disnea de esfuerzo. Es una enfermedad tratable y prevenible caracterizada por limitación al flujo aéreo que es parcialmente reversible. La limitación del flujo aéreo es consecuencia de una respuesta inflamatoria principalmente neutrofílica a partículas nocivas o gases, principalmente de cigarrillos. El diagnóstico de EPOC se incluyen tanto a la bronquitis crónica como al enfisema. En la enfermedad temprana, los síntomas pueden no ser muy evidentes a pesar de que la limitación del flujo de aire está presente en la espirometría. La American Thoracic Society (ATS) ha reconocido la larga fase silenciosa de la EPOC al afirmar que: "La EPOC a menudo tiene sus inicios décadas anteriores a la aparición de los síntomas y lleva un curso insidioso, medido en años, con una fase inicial sin diagnosticar en la EPOC más avanzada, el paciente típico tiene limitación a la mayoría de las actividades de la vida diaria, dando como resultado significativa discapacidad y mala calidad de vida relacionada con la salud. A la fecha la relación FEV1/FVC menor del 70% es el criterio utilizado para el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ⁽¹⁾

La Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) afecta a más del 10% de la población adulta mundial, y la mortalidad asociada se espera que aumente y se convierta en la tercera causa principal de muerte en el año 2030. Un número cada vez mayor de estas muertes incluye a las mujeres, y ya en algunas partes del mundo la mortalidad entre las mujeres supera a la de los hombres. Además, las directrices de la Iniciativa Mundial para la enfermedad pulmonar obstructiva (GOLD) considera la EPOC como una enfermedad prevenible y tratable, con un componente extrapulmonar que contribuye al pronóstico del paciente. Este componente extrapulmonar se refiere tanto a los efectos sistémicos de la EPOC (pérdida de peso, miopatía, y otros) y de la frecuente comorbilidad (Cardiopatía isquémica, cáncer, osteoporosis y otros). Añadido a la insuficiencia respiratoria en la EPOC grave en los pacientes, también la cardiopatía isquémica y el cáncer son causas frecuentes de muerte en estos pacientes. La frecuencia y el tipo de comorbilidades difieren según el género en los pacientes con EPOC, mediante el estudio de Charlson se obtiene información observándose que no hay diferencias por sexo. Las condiciones comorbidas más frecuentemente observadas son: hipertensión arterial (55%), anemia (33%), arritmias (27%), diabetes sin complicaciones (26%), Falla crónica del corazón (27%), cardiopatía isquémica (17%), y una historia de infarto a miocardio (9%). El 14% sufre de alcoholismo activo. ⁽²⁾

En México como en los demás países de Latinoamérica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es una enfermedad sobresaliente por su morbi-mortalidad, sin embargo, permanece subdiagnosticada y poco reconocida como un problema de salud pública. La prevalencia calculada para México por el reporte de PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad. Como en otros estudios internacionales la prevalencia es mucho mayor en hombres (11% en hombres versus 5.6% en mujeres), se incrementa considerablemente de acuerdo a la edad (18.4% en personas > de 60 años versus 4.5% en personas de 50 a 59 años) y al número de paquetes fumados (15.7% en personas que han fumado > 10 paquetes/año versus 6.3% cuando se fuma < 10 paquetes/año). De acuerdo a las estadísticas que reporta el INEGI, existe evidencia que la mortalidad en la EPOC ha ido incrementando. En personas mayores de 65 años de edad para el año 2005, se situó en el 5º lugar dentro de las 10 principales causas de mortalidad en personas mayores de 65 años. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), la EPOC ocupa el segundo lugar en visitas a urgencias y el 4º lugar como causa de egreso hospitalario. Se reporta una incidencia anual de 3.04 ingresos por cada mil habitantes. A pesar de todos estos datos, la EPOC permanece subdiagnosticada en nuestro país, no sólo en los estadios tempranos de la enfermedad, sino también en los tardíos. Este fenómeno es explicable si se toma en cuenta que el uso de la espirometría, el instrumento con el que se le diagnóstico de EPOC, es poco utilizado. La EPOC se ha considerado una enfermedad asociada al tabaco y de predominio en hombres. Sin embargo, en países en desarrollo como México, las mujeres también son muy afectadas, pero estas mujeres no se afectan por el uso del tabaco, como tradicionalmente se asocia esta enfermedad, sino en ellas, la exposición crónica a biomasa, origina la presencia del daño pulmonar. En el INER cerca de un 30% de pacientes con EPOC, acuden por la exposición al humo de leña, y más del 88% son exclusivamente mujeres⁽³⁾

Los Neumocitos tipo II se identifican como las células sintetizadas del surfactante alveolar, que tiene importantes propiedades en el mantenimiento y la estabilidad alveolar las vías respiratorias. El surfactante pulmonar puede reducir la tensión superficial y prevenir el colapso alveolar y el colapso de las paredes de las vías respiratorias. Los componentes del surfactante pulmonar juegan un papel importante en la función pulmonar normal y la inflamación en el pulmón. El Surfactante además, se ha demostrado que modula el proceso de defensa innata del huésped, incluida la supresión de la secreción de citocinas y la activación del factor de transcripción en la cadena inflamatoria del EPOC. Las anomalías del surfactante pulmonar puede ser uno de los mecanismos que conducen al aumento de la resistencia de la vía aérea en la EPOC. El incremento en la expresión de granzima A y B se que encuentran en los tejidos pulmonares de los pacientes con EPOC y los neumocitos tipo II se propone participa en la patogenia de la EPOC. Estos nuevos hallazgos ofrecen nuevas vistas en el papel de los neumocitos tipo II en la patogénesis de la EPOC.⁽⁴⁾

La deficiencia de Alfa-1 Antitripsina (AAT) es un trastorno genético que afecta a un aproximado de 3.4 millones de personas en todo el mundo, Este trastorno incluye el fenotipo ZZ, SZ o SS. Esta condición se caracteriza clínicamente por la aparición temprana de enfisema y enfermedad hepática. La enfermedad clínica asociada con la deficiencia de AAT puede presentarse en diferentes formas, pero los órganos más frecuentes afectados son los pulmones y el hígado. En el pulmón, el enfisema es la manifestación más común. El enfisema asociadas a la deficiencia de AAT tiende a ser de aparición temprana (Es decir, en la cuarta y quinta década), La afeccion panacinar tiene sus efectos en las bases del pulmón (en comparación con la distribución más apical de la AAT de otros pacientes). La evidencia de la asociación de las bronquiectasias con deficiencia de AAT es mixta. Estudios previos muestran que las bronquiectasias están presentes en un 11,3% de pacientes con el fenotipo ZZ. El registro NHLBI informó bronquiectasias en solo el 2% de 1129 participantes. En otros estudios, Cuvelier y cols, no registraron ninguna frecuencia superior de deficiencia de AAT en pacientes con bronquiectasias en comparación con los que no tienen bronquiectasias. Un estudio más reciente caracteriza el fenotipo de la tomografía computarizada de pacientes con deficiencia de AAT que se encuentran clínicamente con bronquiectasias significativas en el 27% de los pacientes estudiados, mayor de lo que se reconocía previamente.⁽⁵⁾

En estudios previos se ha demostrado que mediante el uso de dos sencillas preguntas, sobre el estado del tabaquismo y la presencia de Tos y / o disnea es posible preseleccionar un grupo o paciente con una mayor prevalencia de EPOC y de allí reducir sustancialmente el numero necesario para el rastreo y poder identificar un caso de EPOC. Preguntas como: ¿Esta fumando actualmente o ha fumado alguna vez? ¿Usted regularmente sufre de tos y / o falta de aire? Los pacientes que afirman ambas preguntas se seleccionan y el médico complementa el cuestionario. El cuestionario fue desarrollado anteriormente por la selección de elementos de una gran colección de preguntas que fueron más predictivas para un diagnóstico de EPOC y de forma independiente significativamente asociada con la EPOC en un estudio con análisis multifactorial. ocho temas que se identificaron mostraron una asociación significativa con EPOC, incluyendo la edad, paquetes de cigarrillos fumados al año; índice de masa corporal (IMC); tos afectada por condiciones climáticas, tos con flema en ausencia de un resfriado; flema por la mañana; sibilancias frecuentes, e historia de alergia.⁽⁶⁾

El sello distintivo del EPOC es la limitación al flujo aéreo progresiva y no plenamente reversible. Sin embargo, el EPOC también afecta a otros sistemas y órganos. Muchos pacientes experimentan pérdida de peso y disminución de la capacidad del ejercicio y se encuentran en mayor riesgo de comorbilidades, como la enfermedad cardiovascular, las infecciones respiratorias, osteoporosis y fracturas. La progresión del EPOC, además de esas consecuencias, disminuye la calidad de vida del paciente. A diferencia de las enfermedades del corazón, cáncer y accidente cerebrovascular, la tasa de mortalidad por EPOC está aumentando dramáticamente. El tratamiento eficaz de la EPOC puede prevenir la progresión de la enfermedad y las complicaciones, aliviar los síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio y el estado general de salud y prevenir y reducir las exacerbaciones. Las directrices actuales para el diagnóstico y tratamiento de EPOC recomiendan el uso de la espirometría para detectar a pacientes en las primeras etapas de la enfermedad. El dejar de fumar es una parte integral del manejo global de la EPOC, y se ha demostrado que reduce el ritmo de disfunción pulmonar. Las directrices recomiendan la terapia de ORO de atención escalonada en cada etapa de la EPOC, con base en la necesidad del control de los síntomas. El algoritmo de tratamiento proporciona una justificación basada en la evidencia para el uso apropiado de los broncodilatadores específicos de acción prolongada en la EPOC. La 2 vías para el progreso de la terapia inhalada son necesarias, broncodilatadores de acción corta solo en la EPOC leve (fase I) a un solo broncodilatador de acción prolongada, más un broncodilatador de acción rápida según sea necesario en la enfermedad de moderada intensidad (fase II). La etapa de tratamiento final para las exacerbaciones frecuentes o un control inadecuado de los síntomas, a pesar del tratamiento broncodilatador óptimo (estadios III o IV), es un agente de acción prolongada B2-adrenérgicos en combinación con un agente anticolinérgico de acción prolongada, con o sin la adición de corticosteroides inhalados. En lo que respecta al tratamiento no farmacológico, la prevención de los factores de riesgo (principalmente dejar de fumar) y vacunación contra la influenza es recomendable para los pacientes con espirometría normal y síntomas crónicos y aquellos con estadios I a IV de EPOC. Como se señaló anteriormente, la rehabilitación pulmonar puede beneficiar a los pacientes en todas las etapas, pero más en la forma leve de EPOC. La terapia con oxígeno se recomienda para los pacientes con EPOC muy grave, y en la reducción de volumen pulmonar la cirugía puede beneficiar a pacientes con enfisema de lobulo superior predominante y pobre capacidad de ejercicio a pesar de la rehabilitación.

(7)

La respuesta clínica a los tratamientos, tales como los broncodilatadores y/o los corticosteroides inhalados, puede variar entre los individuos de acuerdo con las manifestaciones relativas de la enfermedad de las pequeñas vías respiratorias y el enfisema con limitación al flujo aéreo. Una significativa reversibilidad de la limitación del flujo aéreo después del uso de broncodilatadores y/o corticosteroides se observa hasta en el 30% de los pacientes con EPOC estables. Si la gravedad del enfisema varía en los pacientes que muestran el mismo grado de limitación del flujo aéreo, sería posible comparar las respuestas a fármacos de los pacientes con EPOC en los que las manifestaciones relativas de la enfermedad de las vías respiratorias pequeñas y el enfisema difieren. Los pacientes que muestra poca evidencia de enfisema a pesar de la presencia de limitación del flujo aéreo grave podrían considerarse como una demostración de un fenotipo en el que la enfermedad de las vías respiratorias pequeñas es la predominante. Por lo tanto, se clasifican los pacientes con EPOC en cuatro subtipos de acuerdo con la medida cuantitativa evaluada del enfisema en la tomografía computarizada volumétrica del tórax (TC) análisis y volumen espiratorio forzado en 1 segundo pre-broncodilatador (VEF1). Se ha probado la hipótesis de que las respuestas de la función pulmonar a 3 meses de la inhalación combinando los beta-agonista de acción prolongada y un corticosteroide pueden diferir entre los pacientes con diferentes subtipos de EPOC. ⁽⁸⁾.

La EPOC es prevenible y tratable, la detección temprana es importante para un manejo eficaz. Debido a que fumar cigarrillos es la principal causa de la EPOC, un programa efectivo para dejar de fumar debe ser central en el manejo de esta enfermedad. Otros factores de riesgo de EPOC incluyen los contaminantes del medio ambiente, la historia familiar y los factores genéticos. La EPOC es una enfermedad sistémica con síntomas que se superponen a otras enfermedades respiratorias. En consecuencia, a menudo es mal diagnosticada. Recientes estimaciones en Estados Unidos, indican que el diagnóstico de EPOC se pierde en el 50% de individuos afectados. Las pautas de tratamiento recomiendan una espirometría para el diagnóstico de EPOC y el seguimiento de su progresión. Con el aumento de la conciencia sobre la EPOC y el diagnóstico anterior, la aplicación de las guías de tratamiento y esfuerzos para dejar de fumar puede conducir a un manejo más eficaz de esta enfermedad. ⁽⁹⁾.

La prevalencia y la morbilidad de la EPOC en mujeres está aumentando, y las mujeres con EPOC también reportan mas disnea y más baja calidad de vida relacionada con la salud en comparación con los hombres, independientemente de la función pulmonar y del riesgo de fumar. La alta prevalencia de comorbilidad psicológica en las mujeres puede contribuir tanto a la disnea como al deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud. ⁽¹⁰⁾

Las alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión afectan a un número considerable de pacientes con enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los estudios han demostrado tasas de prevalencia de 19 a 40% para la depresión y 28 a 36% para la ansiedad. La ansiedad y la depresión pueden aumentar significativamente la discapacidad física, la comorbilidad, morbilidad y la utilización de asistencia sanitaria, e interferir con el cumplimiento del tratamiento médico. El sufrimiento psicológico, también se ha demostrado ocurre en una cantidad significativa de pacientes provocando variaciones en el estado de salud y la calidad del sueño. Las mujeres con EPOC parecen tener niveles más altos de ansiedad y depresión en comparación con los hombres. Los trastornos psicológicos concomitantes de EPOC existen a menudo sin ser detectados o no se tratan adecuadamente. Sin embargo, las guías de Rehabilitación Pulmonar han señalado que la angustia psicológica no es necesariamente concomitante de enfermedades pulmonares y puede y debe ser tratada.⁽¹¹⁾

La EPOC genera en el paciente una pérdida progresiva de la capacidad funcional hasta limitarlo en las actividades más simples de la vida cotidiana, lo que repercute en su calidad de vida. Es importante conocer la valoración personal que el individuo realiza acerca de cómo la enfermedad y el tratamiento correspondiente repercuten sobre su estilo de vida, de acuerdo con su propia percepción e interpretación. La percepción por parte del sujeto de sus limitaciones genera un sentimiento de baja autoestima que pone en peligro su posición ante la familia y la sociedad, lo que puede producir por un lado, una disfunción familiar entendida como aquel proceso que impide cumplir sus funciones a la familia, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Y por otro, una alteración en las relaciones sociales del paciente. Sin embargo, el tener un buen apoyo social, entendido como el grado en el que las necesidades sociales básicas son satisfechas, puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda. Tanto la salud física como la psíquica mejoran al aumentar el apoyo social.⁽¹²⁾

Según investigaciones realizadas, la población anciana es la que con mayor rapidez está creciendo a nivel mundial. El envejecimiento involucra cierto número de cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, es decir, una declinación en la función del organismo como un todo, si bien no todos los órganos envejecen al mismo tiempo. El deterioro de las capacidades biosociales del anciano, trajo un cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia, lo cual está claramente marcado a partir de la jubilación. La pérdida de ocupaciones en la familia, en el grupo y en el trabajo, conducen a inadaptación social, y de su intensidad o continuación, resultan serias perturbaciones a nivel de la propia personalidad. La posición y responsabilidades del anciano en la familia y la macro-sociedad han tenido variaciones de una formación económico social a otra.⁽¹³⁾

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar. La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización ⁽¹⁴⁾.

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. El APGAR familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. ⁽¹⁵⁾

La familia es la institución social más antigua y es objeto de estudio de diferentes áreas de la psicología en los ámbitos educativo, social y clínico. Sería imposible estudiar la psicología humana sin hacer referencia a este grupo primario. La aparición de cualquier enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros. La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal favorece que el paciente sea etiquetado, lo que afectará el tipo de relación interpersonal con los demás miembros de la familia y con su medio en general. ⁽¹⁶⁾

Para evaluar la funcionalidad familiar se utiliza un instrumento de medición como es el caso del test de APGAR. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnertship*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutive (*resolve*). El cuestionario consta de: Test Apgar familiar, y la disfuncionalidad familiar se clasifica de acuerdo con los criterios del test APGAR de Smilkstein, que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares de: Adaptación: capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada. Participación: distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones. Crecimiento: logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo. Afecto: relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia. Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia. Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procede a la clasificación de funcionalidad familiar: De 7 a 10 puntos: familia funcional, de 4 a 6 puntos disfuncionalidad moderada, de 0 a 3 puntos disfuncionalidad severa. ⁽¹⁷⁾.

Un atractivo adicional de esta escala es que también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test hace referencia. Debe tenerse en cuenta que este cuestionario no tiene una precisión absoluta, aun cuando constituye un instrumento que le proporciona al profesional que atiende a la familia, una idea global sobre el grado de funcionalidad de la familia. Por ello una recomendación importante es no considerar los grados de disfuncionalidad mostrados sino considerar preferentemente los resultados como una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. ⁽¹⁷⁾.

La validación inicial del APGAR familiar mostró alto grado de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index) ⁽¹⁸⁾

Fiabilidad: En la validación española de Bellon, Delgado, Luna y Lardelli (1996) la fiabilidad test-retest es superior a .75. Posee una buena consistencia interna según datos de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982) quienes reportan un alfa de Cronbach de $\alpha=.84$. El análisis factorial mostró que la escala es unidimensional, es decir, los cinco reactivos miden aspectos del mismo concepto. ⁽¹⁹⁾

El APGAR fue creado en idioma original Inglés (USA). Los fundamentos teóricos: experiencia clínica, "elementos por los cuales puede medirse la salud funcional de la familia". La selección de los elementos se hizo en función del juicio personal del autor acerca de la importancia que representan al ser temas comunes en la literatura de las ciencias sociales en relación con familias. Es una Medición cualitativa de la satisfacción de un miembro de la familia en relación con cada uno de los cinco componentes básicos del APGAR.

Los tipos de reactivos son aseveraciones de connotación positiva acerca de la percepción del sujeto que responde el test con base en cada dimensión del funcionamiento familiar y cómo le afecta a él. Tiene una escala de medición Tipo Likert con tres categorías: casi siempre, algunas veces, difícilmente (casi nunca).

La extensión del instrumento son Cinco reactivos.

El tipo de instrumento: es de autoaplicación. No requiere de personal especializado para su aplicación.

Este instrumento fue adaptado al medio mexicano por, Gomez Clavelina, Irigoyen Coria, Ponce Rosas en 1999.

La evaluación de la "validez" que el autor menciona fue estableciendo correlación con el Índice Pless-Satterwhite ffi (1973) y la evaluación de la función familiar de trabajadores sociales y psicólogos.

No se menciona el marco muestral utilizado.

En 1982 el autor publica Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. J Fam Pract 15:303-11. Se reportó una correlación total con cada reactivo de 0.50 a 0.65

El APGAR se ha utilizado en numerosos estudios (clínicos), en los cuales se han asociado sus calificaciones con: visitas al médico, respuesta inmune, disturbios emocionales y síntomas depresivos. Las muestras de pacientes han sido seleccionadas con criterios clínicos (no probabilísticos).

Existe una versión corregida por Smilkstein con escala Likert de cinco categorías. Se han diseñado adaptaciones para valorar la disfunción en las relaciones con amigos o en el trabajo (Friends apgar, Work apgar).⁽²⁰⁾

ANTECEDENTES

Existen investigaciones previas acerca de la funcionalidad familiar en pacientes con EPOC en algunas regiones del mundo, sin embargo en nuestro país hay pocos estudios al respecto.

En unas localidades de España Fernandez llevo a cabo un estudio de enero a junio de 1998 con el objetivo de describir características sociodemo-gráficas y conocer en los pacientes con EPOC la calidad de vida autopercibida, el apoyo social con que cuentan y su dinámica familiar. A través de selección mediante muestreo consecutivo de 278 pacientes diagnosticados de EPOC. Mediante entrevista personal se recogió: perfil sociodemográfico, hábito tabáquico y antecedentes clínicos (comorbilidad), salud autopercibida (perfil de salud de Nottingham, NHP, y Cuestionario Respiratorio St George, SGRQ), apoyo social (Escala de Duke-Unc) y apoyo familiar (test de APGAR familiar).

La Dinámica familiar se analizo mediante el Test de APGAR, el cual consta de 5 preguntas que mide los componentes del funcionalismo familiar en cuanto a adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 puntos. Se considera buena función familiar si se obtiene entre 7 y 10 puntos, moderada disfunción si el resultado es de 4 a 6 puntos y disfunción grave si la puntuación es menor de 4. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables contempladas en el estudio

Los resultados de este estudio mostraron que el 76% de los pacientes presentaron una o más patologías concomitantes siendo la más prevalente la hipertensión con un 51,8%, Los resultados de calidad de vida relacionada con la salud obtenidos mediante el NHP reflejan puntuaciones medias más altas (indicador de peor estado de salud) en todas las subescalas, excepto en la de aislamiento social, destacando las áreas que miden sueño (41,9), energía (40) y movilidad (36,7). La puntuación media del NHP total fue de 33,4.

La calidad de vida del paciente EPOC se ve más afectada en la dimensión que valora la limitación de la actividad a causa de la disnea (53.8 de puntuación media) Con respecto al apoyo social, la puntuación media del apoyo social afectivo fue de 16,6 (bueno > 18 puntos) y del apoyo social confidencial fue de 19,2 (bueno >15 puntos). El 57% de los pacientes referían tener un buen apoyo social de forma global (>33 puntos), siendo mayor el porcentaje de pacientes que presentaban un buen apoyo afectivo (65%) que el confidencial (47,5%)

El APGAR familiar valoró que el 79,7% de los pacientes tenían una función familiar normal, el 17,4% presentaban una disfunción familiar moderada y el 2,9% una disfunción familiar grave. ⁽¹²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La EPOC es una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes y representa un problema de salud con importantes implicaciones sociales y sanitarias, puede presentar numerosas complicaciones a lo largo de su historia natural, como son: infecciones, insuficiencia respiratoria, neumotórax, las cuales tienen una alta incidencia de comorbilidad. Esta enfermedad genera en el paciente una pérdida progresiva de la capacidad funcional hasta limitarlo en las actividades más simples de la vida cotidiana, lo que repercute en su calidad de vida y una adecuada funcionalidad familiar. Estudios previos revelan que alrededor del 18% de los pacientes con EPOC presentan una disfunción familiar moderada y alrededor del 3% una disfunción grave, por lo cual se planteo la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar de los pacientes con diagnostico de EPOC dependientes de oxigeno del HGZ/UMF N 8.

JUSTIFICACION.

La percepción por parte del sujeto de sus limitaciones genera un sentimiento de baja autoestima que pone en peligro su posición ante la familia y la sociedad, lo que puede producir por un lado, una disfunción familiar entendida como aquel proceso que impide cumplir sus funciones a la familia, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Y por otro, una alteración en las relaciones sociales del paciente. Sin embargo, el tener un buen apoyo social, entendido como el grado en el que las necesidades sociales básicas son satisfechas, puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de grupos de autoayuda. Tanto la salud física como la psíquica mejoran al aumentar el apoyo social. Por todo ello, se realiza un trabajo que nos ayude a conocer quiénes son los pacientes que sufren esta enfermedad, y cómo se encuentran desde el punto de vista psicosocial, valorando para ello, su apoyo familiar. Además de la necesidad de conocer la funcionalidad de enfermos de EPOC, siendo dentro de las enfermedades crónico degenerativas, las principales causas de consulta en las unidades de medicina familiar. Considero que las funciones del medico familiar no solo son la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, sino también el conocimiento de la funcionalidad familiar. Por esta razón es importante identificar la presencia de disfunción familiar en el enfermo, logrando con ello que el medico atienda a los enfermos, otorgue una atención mas integral, respecto al control de su enfermedad con un enfoque familiar, y tomando como base el conocimiento de su funcionalidad. Es importante conocer la valoración personal que el individuo realiza acerca de cómo la enfermedad y el tratamiento correspondiente repercuten sobre su estilo de vida, de acuerdo con su propia percepción e interpretación. Esta faceta subjetiva de la morbilidad (gravedad percibida por el paciente) es lo que se define como calidad de vida relacionada con la salud

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la funcionalidad familiar de los pacientes con diagnóstico de EPOC dependientes de oxígeno del HGZ/UMF N 8.

HIPOTESIS NULA.

H0. Los pacientes con diagnostico de EPOC dependientes de oxigeno del HGZ/UMF N 8 tienen buena funcionalidad familiar

HIPOTESIS ALTERNA

H1. Los pacientes con diagnostico de EPOC dependientes de oxigeno del HGZ/UMF N 8 tienen disfuncionalidad familiar

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una valoración escrita a través del test de APGAR para conocer la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de EPOC dependientes de oxígeno, de la consulta externa del servicio de Neumología del HGZ/UMF N 8

TIPO DE INVESTIGACION:

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

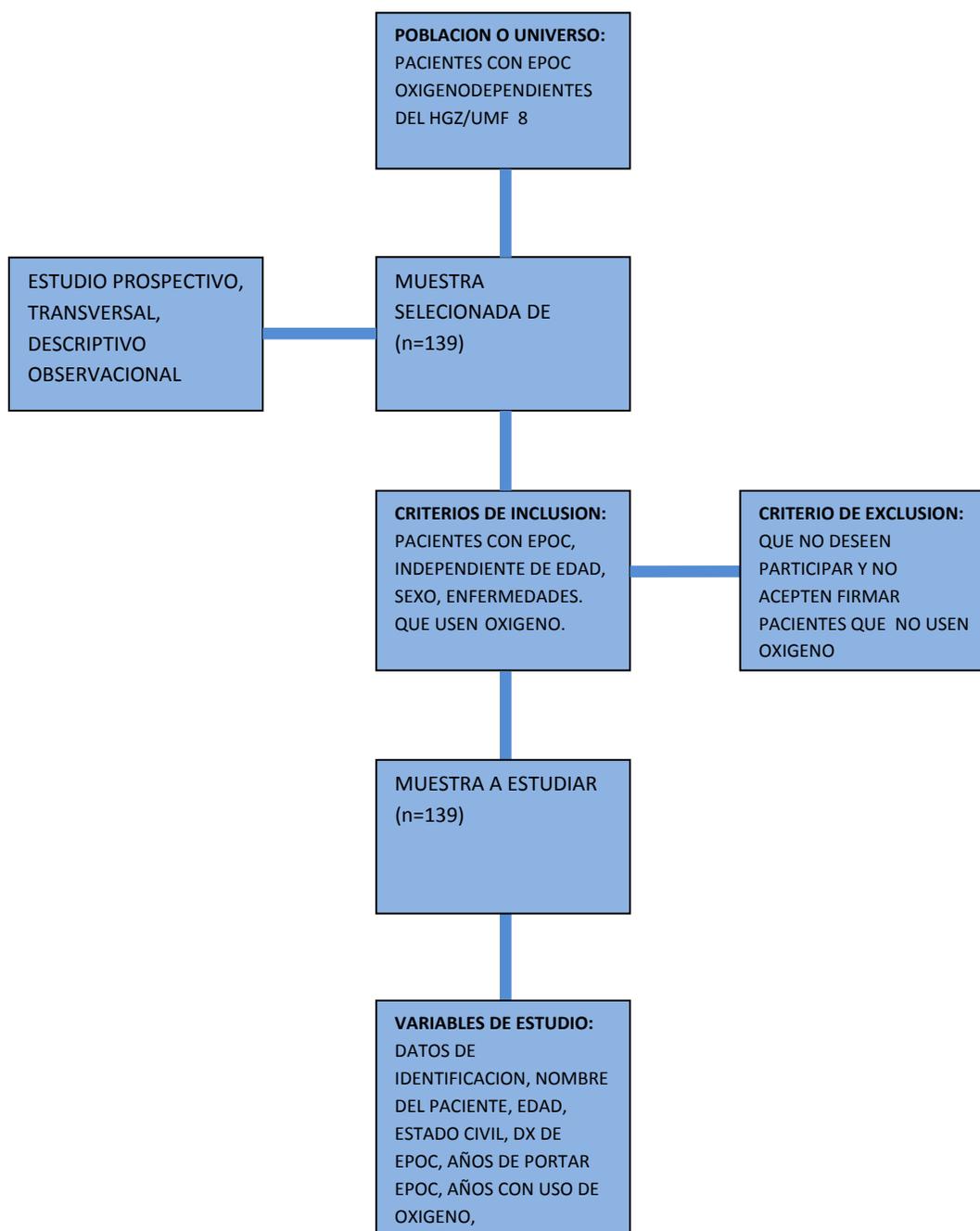
b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó en pacientes con EPOC dependientes de Oxígeno en el área de consulta externa y hospitalización del Hospital General de zona con Unidad de Medicina Familiar No 8, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en el Hospital General de zona con Unidad de Medicina Familiar No 8. En la Colonia San Ángel Inn que se encuentra en el México Distrito Federal.

MUESTRA:

El tipo de la muestra fue probabilística con una selección aleatoria simple.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, necesaria fue de 139 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.10, Con amplitud total del intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Numero total de individuos requeridos

Z =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSION:

Nuestra población diana fueron pacientes portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con uso de Oxígeno de la consulta externa del servicio de Neumología y hospitalizados del Hospital General de Zona con UMF N 8 que sean regulares a su consulta. Los pacientes podían o no tener enfermedades concomitantes. Se incluyeron pacientes con EPOC sin distinción de sexo, edad, siempre y cuando tenga diagnóstico de EPOC y utilicen Oxígeno como parte del tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron a los pacientes que no desearon participar y no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con tratamiento médico exclusivamente farmacológico y que no tenían un tratamiento con Oxígeno o que no sea responsable del tratamiento el Médico Especialista Neumólogo.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes con pérdida de historia clínica, que no se encontraron por 3 intentos en los archivos del HGZ/UMF N 8. Por fallecimiento del paciente, porque el paciente ya no era derechohabiente al IMSS. Pacientes con respuestas incompletas, pacientes con cuestionarios incompletos, pacientes con negativas a seguir participando.

VARIABLES:

DATOS DE IDENTIFICACION:

- 1.- Numero de filiación
- 2.- Nombre del paciente
- 3.- Sexo del paciente
- 4.- Edad del paciente
- 5.- Estado civil del paciente
- 6.- Turno del paciente
- 7.-Años de portar EPOC

VARIABLES DE EPOC

Años de portar EPOC

VARIABLES DEL TEST

Funcionalidad familiar: APGAR

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR. El cumplimiento de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional.
2. SEXO. El género de un individuo (masculino y femenino).
3. EDAD. Número de años cumplidos.
4. ESTADO CIVIL. Condición de unión de pareja establecido legalmente
5. TURNO. Horario en el que acude a su cita de especialidad de Neumología en el HGZ/UMF N 8 (matutino o vespertino)
6. EPOC. Enfermedad prevenible y tratable con afectación sistémica extrapulmonar que puede contribuir a la gravedad en algunos pacientes. Limitación al flujo de aire pulmonar que no es completamente reversible. La limitación al flujo de aire es por lo general progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anómala a partículas o gases nocivos. Esta enfermedad debe ser diagnosticada y tratada por el medico
7. OXIGENODEPENDIENTE. Utilización de oxígeno de acuerdo a la indicación médica en pacientes con EPOC, como parte del tratamiento para disminuir la sintomatología respiratoria y disminuir el riesgo de complicaciones

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1. MASCULINO 2. FEMENINO
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNIO LIBRE
TURNO DEL PACIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=MATUTINO 2=VESPERTINO
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1.- EMPLEADO 2.- DESEMPLEADO 3.- JUBILADO
AÑOS DE PORTAR EPOC	CUANTITATIVA	CONTINUA	AÑOS
APGAR FAMILIAR	CUALITATIVA	NOMINAL	1.-NORMOFUNCIONAL 2.-DISFUNCION MODERADA 3.-DISFUNCION SEVERA

TABLA DE VARIABLES SEGÚN LA INFLUENCIA QUE SE ASIGNE

VARIABLE DEPENDIENTE	FUNCIONALIDAD FAMILIAR
VARIABLE INDEPENDIENTE	EPOC dependiente de oxígeno

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevó acabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, error estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 95%. El tipo de muestra fue representativa y se calculo a través de su prevalencia del 7.8%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION:

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y por que denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor. Un atractivo adicional de esta escala es que también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test hace referencia.

Funciones	Contenido
Adaptacion	<i>Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.</i>
Participacion	<i>Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.</i>
Ganancia	<i>Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.</i>
Afecto	<i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.</i>
Recursos	<i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.</i>

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR familiar se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios. En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos: Pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias particularmente en la ansiedad o depresión.

En Grupos familiares o individuos consultadores crónicos. Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas. En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Para el registro de los datos el APGAR familiar existe un formato. El cuestionario se entregó a cada paciente para que lo realizará en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se marcó solo una X.

Cada pregunta constó de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procedió a la clasificación de funcionalidad familiar:

PREGUNTA	a) siempre	b) algunas veces	c).casi nunca
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la participación que mi familia brinda y Permite			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.			
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero			

De 7 a 10 puntos: familia funcional

De 4 a 6 puntos disfuncionalidad moderada

De 0 a 3 puntos disfuncionalidad severa. ⁽¹⁵⁾.

METODO DE RECOLECCION:

Se realizó un cuestionario individual a los pacientes que asistieron a consulta de Neumología de forma ordinaria y en grupos a quienes se les contacte por teléfono para que asistan. Así como personal hospitalizado en alguno de los servicios. Previo a la aplicación se solicitó autorización por escrito al paciente para poder aplicar el cuestionario. Posteriormente se aplicó el test de APGAR que es un instrumento de medición que consta de cinco preguntas con tres opciones de respuesta cada una, que se aplicó a pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de Neumología del HGZ/UMF N8, o estaban hospitalizados en alguno de los servicios. Se solicitó al paciente leer detalladamente las instrucciones para el llenado del cuestionario. Se dio un tiempo de 15 minutos para la realización de la prueba del Cuestionario. El examinador permaneció cerca del sujeto en estudio para aclarar cualquier duda. Se recogió el cuestionario en cuanto el paciente terminó de contestarlo o si ya no deseaba participar.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Medición.

Se aplicó el Cuestionario de cinco preguntas en forma individual o grupal. Se aplicó a adultos de 40-94 años de edad, y quienes puedan leer.

Al sospechar que el nivel de lectura es inadecuado, se trabajó con la primera pregunta, haciendo que el sujeto leyera el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

Si el sujeto tenía dificultades para leer y comprender la primera pregunta, se interrumpió la aplicación de la prueba. La prueba se realizó en 15 minutos.

Se mantuvo una actividad neutral en la reacción del examinador ante la respuesta dada, se evitó que las palabras o comportamiento del encuestador implicaran, sorpresa, simpatía o desaprobación en relación a las respuestas del sujeto.

El examinador No discutió ninguna pregunta con el sujeto expresando que debía ser el quien conteste libremente las preguntas.

Se aseguró que los sujetos entendieran completamente las preguntas que se le hicieron. Si el sujeto preguntaba el significado de alguna palabra o pregunta se le dio la definición.

El examinador revisó el cuestionario para asegurar que todas las preguntas habían sido contestadas.

Resultados

Se integraron los cuestionarios de cada paciente en una carpeta de archivo, evitando su manipulación, maltrato o extravío

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO

DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF N 8

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC DEPENDIENTES DE OXIGENO DEL HGZ/UMF N 8.”

2010

FECHA	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010	ENE 2010	FEB 2010
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
OBJETIVOS			X									
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO			X									
ANALISIS ESTADISTICO			X	X								
CONSIDERACIO- NES ETICAS					X							
RECURSOS						X						
BIBLIOGRAFIA							X					
ASPECTOS GENERALES								X				
ACEPTACION									X			

2011

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2011	FEB 2011
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS		X	X	X	X							
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANALISIS DE DATOS							X	X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y

FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

RECURSOS HUMANOS

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se tuvo la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación del asesor de investigación.

RECURSOS FISICOS

El espacio físico donde se realizó el levantamiento de los cuestionarios fue la sala de espera de consulta externa del HGZ/UMF N8, o la cama de hospitalización en dicho hospital

RECURSOS MATERIALES.

Para la realización de esta investigación se contó con una Notebook HP Pavilion dv 6925la, Procesador Intel Premium Dual-Core, Una impresora HP laser Jet P1006, 2 memorias USB portátiles de 4 GB, un disco compacto para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario con el Test de APGAR, lápices, Bolígrafos para los sujetos en estudio, borradores y material de papelería.

FINANCIAMIENTO

Los gastos en general se absorbieron por el residente de primer grado de medicina familiar Hiram Nieto Herrera.

CONCIDERACIONES ETICAS

La presente Tesis no desobedeció la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integró la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. El cuestionario para aplicación del Test de APGAR se encuentra en anexos.

RESULTADOS

Se estudio una población de 139 individuos portadores de EPOC dependientes de oxígeno, de los cuales 67 (48.2%) fueron hombres, 72 (51.8%) mujeres. Se encontró respecto a edad, una edad mínima 43 años, una edad máxima 94 años, la media de edad fue de 70.7 años, mediana de 72 y una desviación estándar de 10.8

En cuanto al estado civil 2 (1.4%) solteros, 83 (59.7%) casados, 11(7.9%) viudos, 22(15.8%) divorciados, y 21 (15.1%) en unión libre.

En el rubro ocupación se encontró a 14 individuos (10.1%) empleados, 72 (51.8%) desempleados y 53 (38.1%) jubilados.

En relación a los años con EPOC se encontró que 80 (57.6%) tenían de 1 a 5 años con la enfermedad, 38 (27.3%) de 6 a 10 años, 13 (9.3%) de 11 a 15 años y 4 (2.8%) 15 años o más. El 100% de los pacientes dependían de oxígeno como parte del Tratamiento.

Del total de pacientes 118 (84.9%) tenían enfermedades concomitantes al EPOC, y 21 (15.1%) no las tenían

La clasificación APGAR arrojó que 93 personas (66.9%) eran normofuncionales, 39 (28.1%) tenían disfunción moderada, y 7 (5%) tenían disfunción severa. En promedio se obtuvo 6.9 de calificación en este test.

Por otra parte en la relación edad con la clasificación APGAR se encontró en el rango de 40 a 50 años a 4 personas (2.9%) normofuncionales, 1 (0.7%) con disfunción moderada y cero con disfunción severa.

En el rango de 51 a 60 años 17 (12.2%) con funcionalidad normal, 2(1.4%) con disfunción moderada y 2 con disfunción severa

En el rango de 61-70 años 32 (23%) normofuncionales, 4 (2.95) con disfunción moderada y 1 (0.7%) con disfunción severa

En el rango de 71-80 años 36 (25.9%) normofuncionales, 12 (8.6%) con disfunción moderada y 1 (0.7%) con disfunción severa

De los 81 a 90 años se observó 3 (2.2%) con normofuncionalidad, 18 (12.9%) con disfunción moderada y 3 (2.2%) con disfunción severa.

Y en el rango de 90 a 100 años a 1 (0.7%) con buena funcionalidad, 2 (1.4%) con disfunción moderada y ninguno con disfunción severa.

Con respecto a género y clasificación del APGAR se encontró del género masculino a 49 (35.3%) normofuncionales, 13 (9.4%) disfunción moderada y 5 (3.6%) con disfunción severa. En relación con las mujeres se encontró 44 (31.7%) con funcionalidad normal, 26 (18.7%) disfunción moderada y 2 (1.4%) con disfunción severa.

En el rubro género y enfermedades concomitantes se encontró que del sexo masculino 59 (42.4%) si padecían otra enfermedad, y 8 (5.8%) no la padecían. De las mujeres, 59 (42.4%) si padecían otra enfermedad, y 13 (9.4%) no la padecían.

Dentro de la relación género con los años de portar EPOC, se observó que en el sexo masculino 41 (29.5%) la padecían de 1 a 5 años, 21 (15.1%) de 6 a 10 años, 3 (2.2%) de 11 a 15 años, y 2 (1.4%) de 16 a 20 años de padecerla. En esta misma relación pero con respecto a las mujeres, se observó que 39 (28.1%) padecían la enfermedad de 1 a 5 años, 21 (15.1%) de 6 a 10 años, 10 (7.2%) de 11 a 15 años y 2 (1.4%) de 16 a 20 años.

Con respecto al estado civil y la clasificación de APGAR se encontró que del total de los solteros 1 (50%) normofuncional y 1 (50%) disfunción severa. De los casados, 70 (84.3%) normofuncionales y 13 (15.7%) disfunción moderada. De los viudos 9 (81.8%) con funcionalidad normal, y 2 (18.2%) con disfunción moderada. En cuanto a los divorciados 7 (31.8%) normofuncionales, 11 (50%) con disfunción moderada y 4 (18.2%) con disfunción severa. Y de las personas en unión libre, 6 (4.3%) con funcionalidad normal, 13 (61.9%) disfunción moderada y 2 (9.5%) disfunción severa.

Se observó en relación a funcionalidad y enfermedades concomitantes que de los pacientes con alguna enfermedad agregada 77 (65.25%) tenían buena funcionalidad familiar, mientras que 41 (34.7%) tenían algún grado de disfuncionalidad. En comparación con los que no tenían enfermedades concomitantes donde 16 (76%) tenían buena funcionalidad y 5 (24%) algún grado de disfuncionalidad

DISCUSIÓN.

Fernández en el 2001 encontró que el 79,7% de los pacientes con EPOC tenían una función familiar normal y el 30% presentaban disfunción familiar de algún grado, en comparación con mi estudio en el que se encontró al 66.9% normofuncionales, y 35% con algún grado de disfunción, lo cual si bien no es igual respecto a la investigación anterior, es similar y refleja el predominio de la normofuncionalidad familiar utilizando el APGAR familiar en los pacientes con EPOC

Almagro en el 2010 reporta que no hay diferencias por sexo, en comparación con el actual estudio tampoco hubo diferencias significativas encontrándose una frecuencia de 67 (48.2%) del sexo masculino y 72 (51.8%) del sexo femenino.

Según Sansores en el 2007, la prevalencia se incrementa considerablemente de acuerdo a la edad, 18.4% en personas de mas de 60 años contra 4.5% en personas de 50 a 59 años, comparándolo con mi estudio donde se encontró también mayor frecuencia en edades mayores a 60 años con un 26.6% en la edad de 61 a 70 años y 35.3% de 71 a 80 años, esto se puede deber a que la mayoría de la población estudiada esta en el rango de edad de 60 a 80 años.

No se encontraron antecedentes de Funcionalidad familiar y ocupación. Sin embargo en este estudio el 33% de desempleados presentaron Disfunción moderada, por lo que el desempleo pudiera influir en el resultado

Cañan en el 2010 establece una relación entre la funcionalidad familiar con enfermedades concomitantes, en el presente estudio no se estableció una relación encontrando que el 65.2% de los pacientes con enfermedades concomitantes tenían buena funcionalidad familiar, mientras que el 34.7% tenían algún grado de disfuncionalidad.

No se cuentan con estudios en relación al estado civil y funcionalidad observándose aquí una relación, ya que del total de los casados, el 84.3% tuvieron funcionalidad normal. De los viudos el 81.8% tenían funcionalidad normal, y el 18.2% con disfunción moderada. En cuanto a los divorciados se encontró que el 31.8% tuvieron funcionalidad normal, porcentaje menor en relación a los casados e incluso los viudos, por lo que habría que determinar en un estudio posterior esta relación.

CONCLUSIONES.

Mediante la investigación realizada, se concluye que los pacientes con EPOC del HGZ/UMF N8 tienen en general buena funcionalidad familiar, cumpliéndose así la Hipótesis nula

Se obtuvieron resultados similares al estudio hecho por Fernandez en el 2001, por lo tanto, los estudios futuros sobre funcionalidad familiar proporcionarían un mejor conocimiento del paciente con EPOC y su evolución.

Evaluar la función familiar proporciona un punto de partida para decidir y/o valorar la terapia familiar.

Una limitación de este estudio, fue que en el estudio de la funcionalidad familiar solo se considero la autopercepción del paciente, por lo que se sugiere en estudios posteriores o similares aplicar los instrumentos a más de un integrante de la familia para obtener información más precisa para saber lo que acontece en la familia.

Por último, se debe señalar que la prevención del EPOC y la disfuncionalidad familiar es de suma importancia en estas edades debido a su frecuencia de aparición y dificultad para diagnosticarlos adecuadamente, debería ser prioritaria en la salud pública para evitar complicaciones

BIBLIOGRAFIA.

1. Alan Radin, MD, Claudia Cote, MD. Primary Care of the Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease—Part 1: Frontline Prevention and Early Diagnosis. *The American Journal of Medicine*, 2008. 121, S3-S12
2. P. Almagro, F. Lopez Garcia, FJ. Cabrera, L. Montero, D. Morchon, J. Diez, et al. *Comorbidity and gender-related differences in patients hospitalized for COPD. The ECCO study*. *Respiratory Medicine*. 2010, 104: 253 a 259
3. Sansores Raul H. Ramirez, Venegas Alejandra EPOC Consenso. *Neumologia y Cirugia de Torax*. 2007. 66: S10-S12
4. Chun-zhen Zhao, Xiao-cong Fang, Diane Wang, Fa-di Tang, Xiang-dong Wang. Involvement of type II pneumocytes in the pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine* 2010. 104, 1391-1395.
5. Emer Kelly, Catherine M. Greene, Tomas P. Carroll, Noel G. Mc Elvaney, Shane J. O'Neill. Alpha-1 antitrypsin deficiency. *Respiratory Medicine* 2010. 104, 763-772
6. Harald Kogler, Norbert Metzdorf, Thomas Glaab, Tobias Welte, *Preselection of patients at risk for COPD by two simple screening questions*. *Respiratory Medicine*. 2010, 104: 1012-1019
7. Dennis E. Niewoehner, MD. *The Impact of Severe Exacerbations on Quality of Life and the Clinical Course of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. *The Am Journal of Medicine*. 2006. 119 (10A): S38–S45
8. Ji-Hyun Lee, Young Kyung Lee, Eun-Kyung Kim, Tae-Hyung Kim, Jin Won Huh, Woo Jin Kim et al. Responses to inhaled long-acting beta-agonist and corticosteroid according to COPD subtype. *Respiratory Medicine* 2010, 104: 542-549
9. M. Carone, A. Patessio, N. Ambrosino, P. Baiardi, B. Balbia, G. Balzanod, et al, *Efficacy of pulmonary rehabilitation in chronic respiratory failure (CRF) due to chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The Maugeri Study*. *Respiratory Medicine*, 2007. 101: 2447–2453

10. Minna J.Hynninen, Nina Bjerke, Stale Pallesen, PerS. Bakke, Inger Hilde Nordhus. *A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD*. Respiratory Medicine 2010, 104: 986- 994
11. Robert A. Wise, MD, and Donald P. Tashkin, MD. *Preventing Chronic Obstructive Pulmonary Disease: What Is Known and What Needs to Be Done to Make a Difference to the Patient?*. The American Journal of Medicine, 2007. 120 (8A): S14–S22
12. Fernandez Vargas A.M, M. J. Bujalance Zafra, F. Leiva Fernandez, F. Martos Crespo, A. J. Garcia Ruiz, F. Sanchez de la Cuesta Y Alarcon. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Medicina Familiar. 2001. 11, (9): 530-539.
13. Díaz Tabares Orlando, Soler Quintana Martha Luisa. Mercedes García Capote. *El APGAR Familiar en ancianos conviventes*. Rev Cubana de Medicina General Integral, 1998. 14(6):548-53
14. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C.. *Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria*. Archivos en Medicina Familiar, 2006. 8 (1) 27-32,
15. Méndez López Dulce María, Gómez López Víctor Manuel , García Ruiz Martha Elena, Pérez López José Humberto, Navarrete Escobar Arturo. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Médica del IMSS, 2004; 42 (4): 281-284
16. Gabriela Esther Kanán Cedeño María Elena Rivera Heredia, Alain R. Rodríguez Orozco, Judith López Peñaloza, Martha María Medellín Fontes y Pedro Caballero Díaz, *Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración*. Psicología y Salud, 2010. 20, (2): 203-212
17. José Luis Rangel, L Valerio, J Patiño, M García. *Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada*. Revista de la Facultad de Medicina UNAM 2004. 47 (1): 23-27.
18. Smilkstein, G., Ashworth, C. y Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. Journal of Family Practice, 15, 303-11.

19. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
20. Gómez Clavelina Francisco Javier, Ponce Rosas Efrén Raúl. Una nueva propuesta para la interpretación de Family APGAR (versión en español). Atención Primaria 2010; 17 (4): 102-106

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO

DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF N 8

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para la participación en el proyecto:

**“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE EPOC DEPENDIENTES DE OXIGENO DEL HGZ/UMF N 8.”**

NOMBRE DEL PACIENTE:_____ FECHA:_____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC DEPENDIENTES DE OXIGENO DEL HGZ/UMF N 8.” El objetivo de este estudio es conocer la funcionalidad familiar de los pacientes con EPOC dependientes de oxígeno. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario en donde se eligen opciones según mi percepción de cada pregunta.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios Conocer el nivel de función familiar , inconvenientes y molestias como es el disponer de tiempo suficiente para responder el cuestionario. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de lo que se llevara acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

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

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

ANEXO 2

CUESTIONARIO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

“EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE EPOC DEPENDIENTES DE OXIGENO DEL HGZ/UMF N 8.”

NUMERO DE FOLIO: _____

TURNO DEL PACIENTE: 1() MATUTINO 2() VESPERTINO

NUMERO DE FILIACION: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS

SEXO: 1() MASCULINO 2() FEMENINO

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: 1() SOLTERO 2() CASADO 3() VIUDO 4() DIVORCIADO

5() OTROS ESPECIFICAR: _____

AÑOS COMO PORTADOR

DE EPOC: _____ AÑOS

AÑOS QUE HA UTILIZADO

OXIGENO: _____ AÑOS

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia del APGAR Familiar.

NUMERO DE FILIACION: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS

SEXO: 1 () MASCULINO 2 () FEMENINO

Lea cuidadosamente cada pregunta.

Las preguntas de esta prueba hace referencia a aspectos de la funcion familiar no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

En cada pregunta, elija una alternativa que sea cierta para usted y señale la letra que tiene delante. De solamente una respuesta a cada una pregunta. Si desea cambias una respuesta, anula la dada anteriormente y marque la nueva.

PREGUNTA	c) siempre	d) algunas veces	c).casi nunca
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la participación que mi familia brinda y Permite			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.			
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero			

ANEXO 3

APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y por que denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor. Un atractivo adicional de esta escala es que también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test hace referencia.

Funciones	Contenido
Adaptacion	<i>Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.</i>
Participacion	<i>Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.</i>
Ganancia	<i>Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.</i>
Afecto	<i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.</i>
Recursos	<i>Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.</i>

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR familiar se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios. En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos: Pacientes polisintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial en las dolencias particularmente en la ansiedad o depresión.

En Grupos familiares o individuos consultadores crónicos. Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas. En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Para el registro de los datos el APGAR familiar muestra un formato como en el Cuadro: El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procede a la clasificación de funcionalidad familiar:

De 7 a 10 puntos: familia funcional

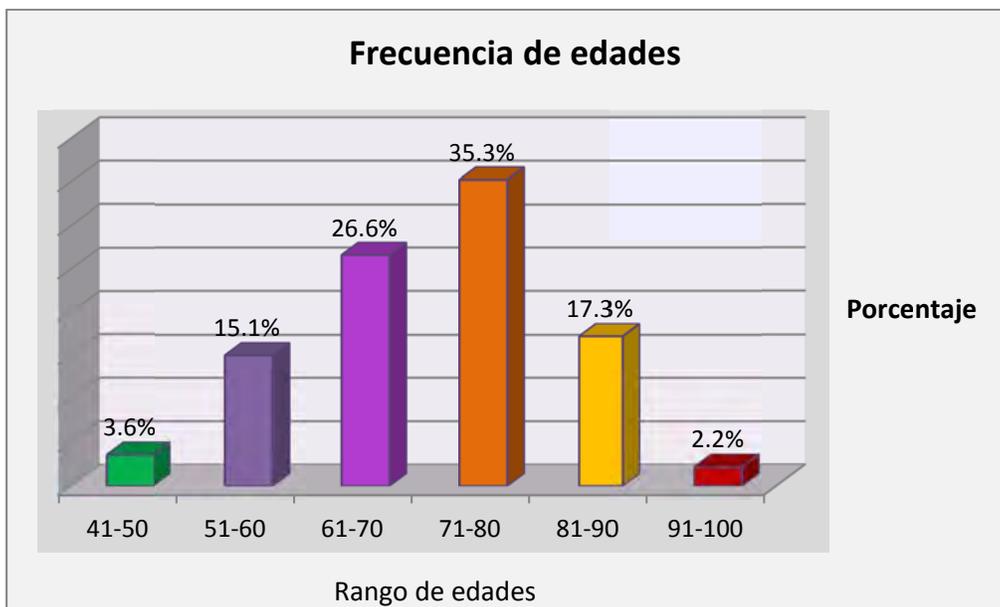
De 4 a 6 puntos disfuncionalidad moderada

De 0 a 3 puntos disfuncionalidad severa. ⁽¹⁵⁾.

ANEXO 4 TABLAS Y GRAFICAS

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
41-50	5	3.6%
51-60	21	15.1%
61-70	37	26.6%
71-80	49	35.3%
81-90	24	17.3%
91-100	3	2.2%
Total	139	100%

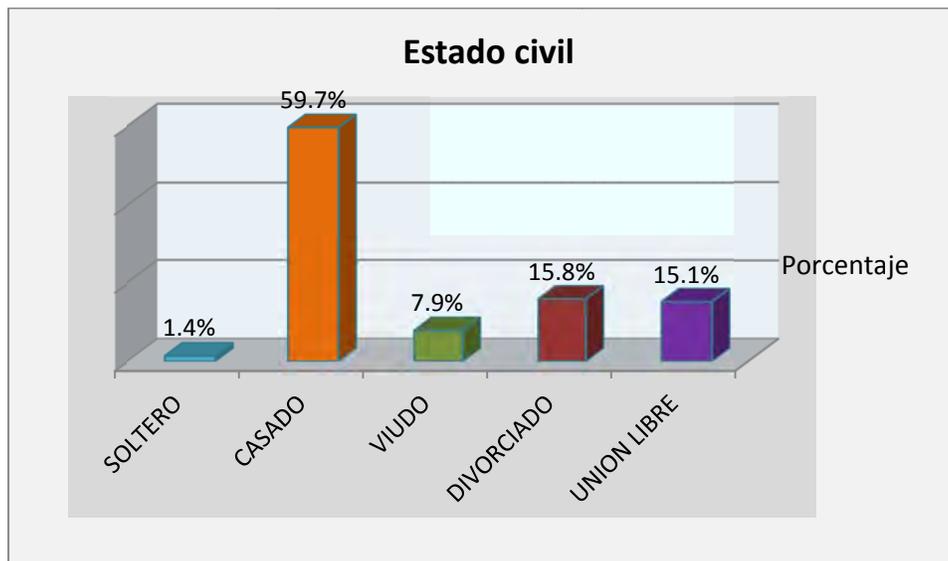
Tabla 1. Frecuencia de edades



Grafica 1. Frecuencia de edades

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	2	1.4%
CASADO	83	59.7%
VIUDO	11	7.9%
DIVORCIADO	22	15.8%
UNION LIBRE	21	15.1%
Total	139	100.0%

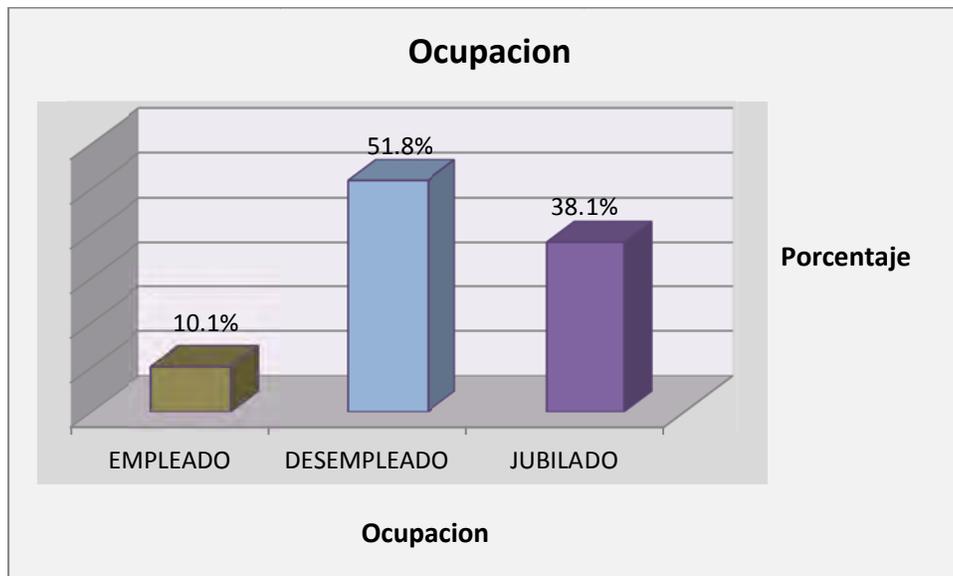
Tabla 2. Frecuencia del Estado civil



Grafica 2. Frecuencia del estado civil

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
EMPLEADO	14	10.1%
DESEMPLEADO	72	51.8%
JUBILADO	53	38.1%
Total	139	100.0%

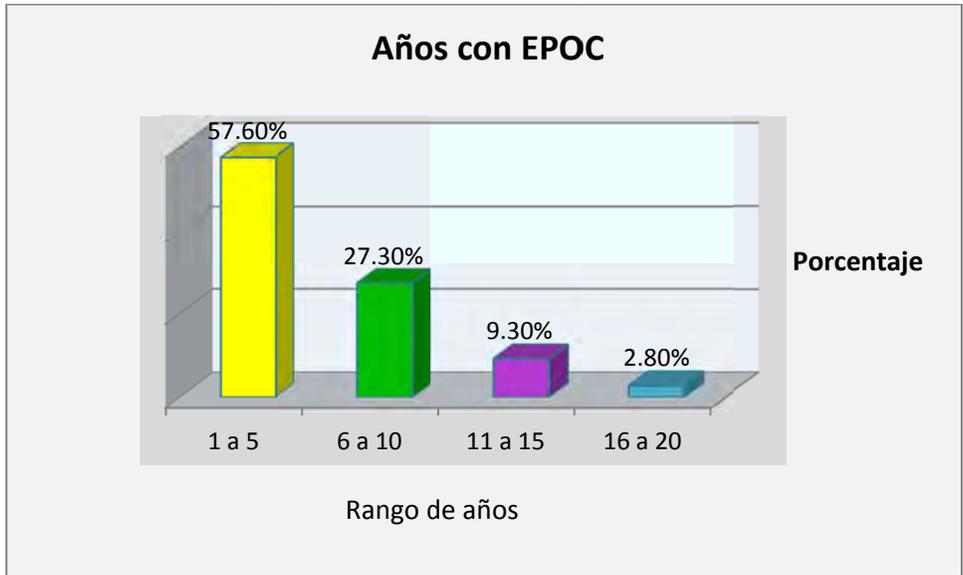
Tabla 3. Frecuencia de ocupación



Grafica 3. Frecuencia de ocupación

Rango de Años	Frecuencia	Porcentaje.
1 a 5	80	57.6%
6 a 10	38	27.3%
11 a 15	13	9.3%
16 a 20	4	2.8%
Total	139	100.0%

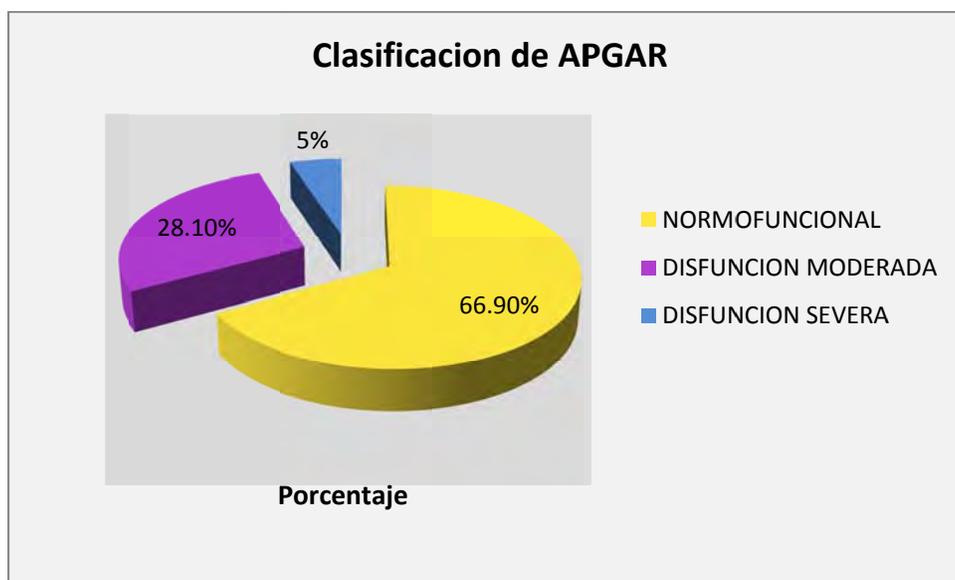
Tabla 4. Años con EPOC



Grafica 4. Años con EPOC

Clasificación	Frecuencia	porcentaje
NORMOFUNCIONAL	93	66.9
DISFUNCION MODERADA	39	28.1
DISFUNCION SEVERA	7	5.0
Total	139	100.0

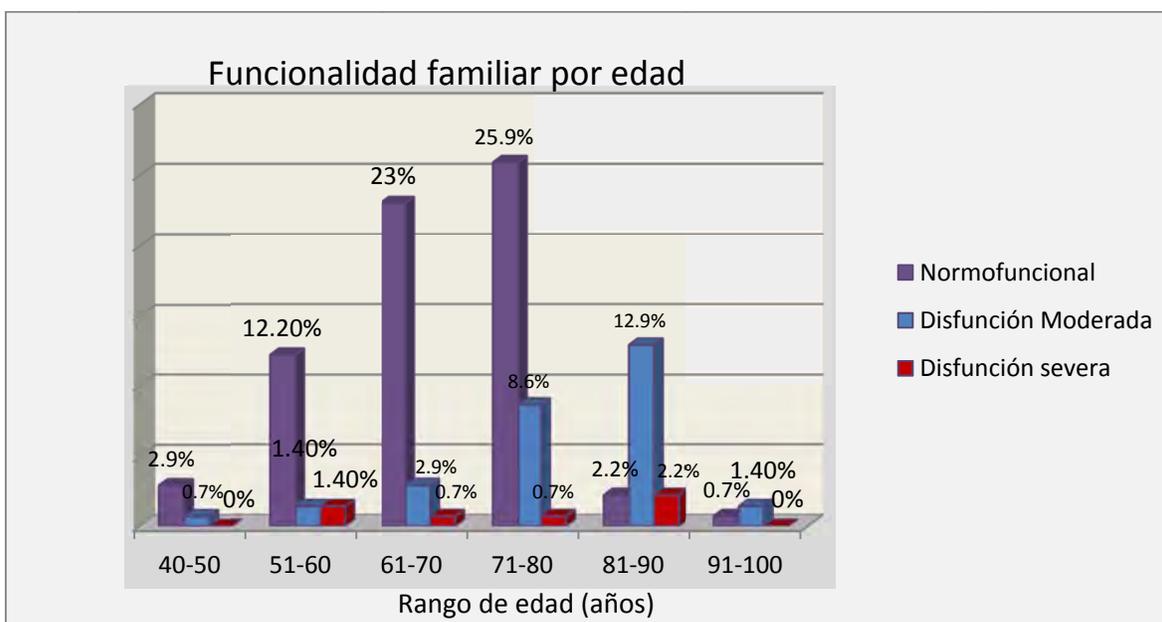
Tabla 5. Clasificación de APGAR



Grafica 5. Clasificación de APGAR

Rango de edad	Normofuncional		Disfuncion moderada		Disfunción severa	
	frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
40-50	4	(2.9%)	1	(0.7%)	0	0
51-60	17	(12.2%)	2	(1.4%)	2	(1.4%)
61-70	32	(23%)	4	(2.9%)	1	(0.7%)
71-80	36	(25.9%)	12	(8.6%)	1	(0.7%)
81-90	3	(2.2%)	18	(12.9%)	3	(2.2%)
91-100	1	(0.7%)	2	(1.4%)	0	0
Total	93		39		7	

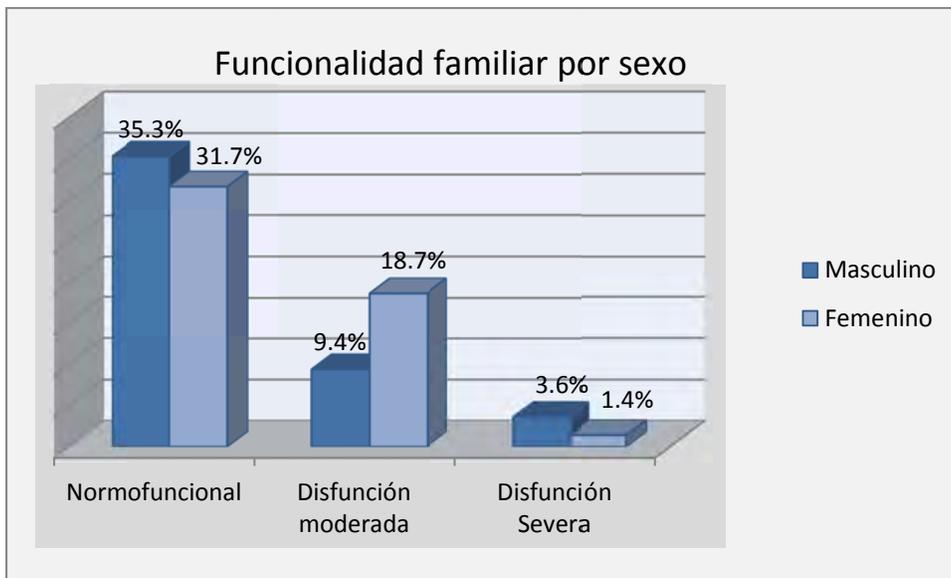
Tabla 6. Funcionalidad familiar por rango de edad



Grafica 6. Funcionalidad por rango de edad

Sexo	Normofuncional		Disfuncion moderada		Disfunción severa	
	frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	49	(35.3%)	13	(9.4%)	5	(3.6%)
Femenino	44	(31.7%)	26	(18.7%)	2	(1.4%)
Total	93	(66.9%)	39	(28.1%)	7	(5%)

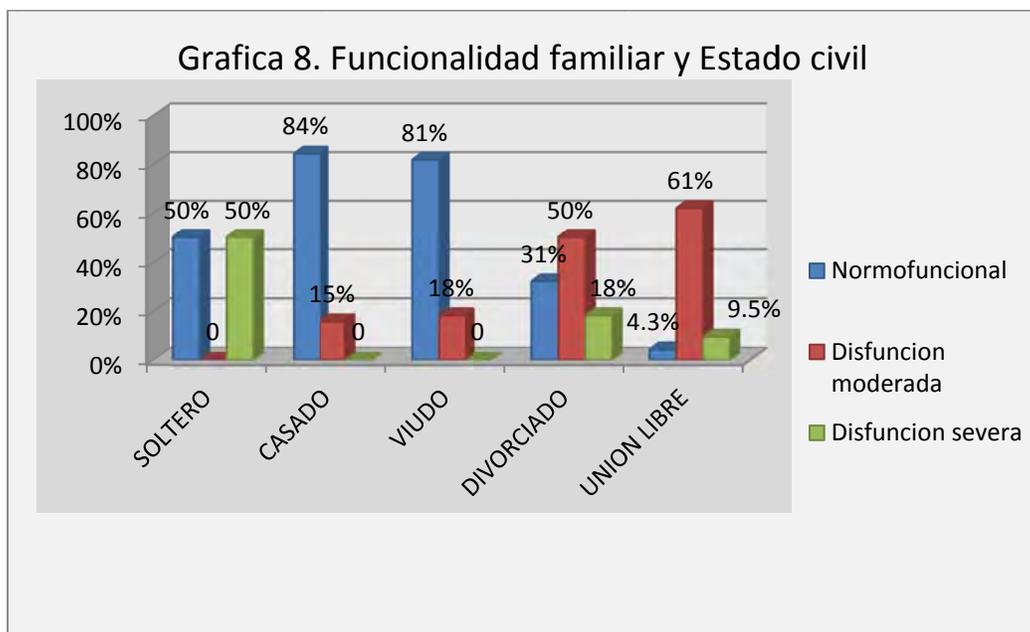
Tabla 7. Funcionalidad familiar por sexo



Grafica 7. Funcionalidad familiar por sexo

Estado civil	Normofuncional		Disfuncion moderada		Disfunción severa	
	frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	1	(50%)	0	0	1	(50%)
CASADO	70	(84.3%)	13	(15.7%)	0	0
VIUDO	9	(81.8%)	2	(18.2%)	0	0
DIVORCIADO	7	(31.8%)	11	(50%)	4	(18.2%)
UNION LIBRE	6	(4.3%)	13	(61.9%)	2	(9.5%)
TOTAL	93		39		7	

Tabla 8. Clasificación de APGAR por estado civil



Ocupacion	Normofuncional		Disfuncion moderada		Disfunción severa	
	frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	9	(64.3%)	3	(21.4%)	2	(14.3%)
Desempleado	46	(63.9%)	24	(33.3%)	2	(2.8%)
Jubilado	38	(71.7%)	12	(22.6%)	3	(5.7%)
Total	93	(66.9%)	39	(28.1%)	7	(5.0%)

Tabla 9. Frecuencia de la Clasificación APGAR según ocupación.

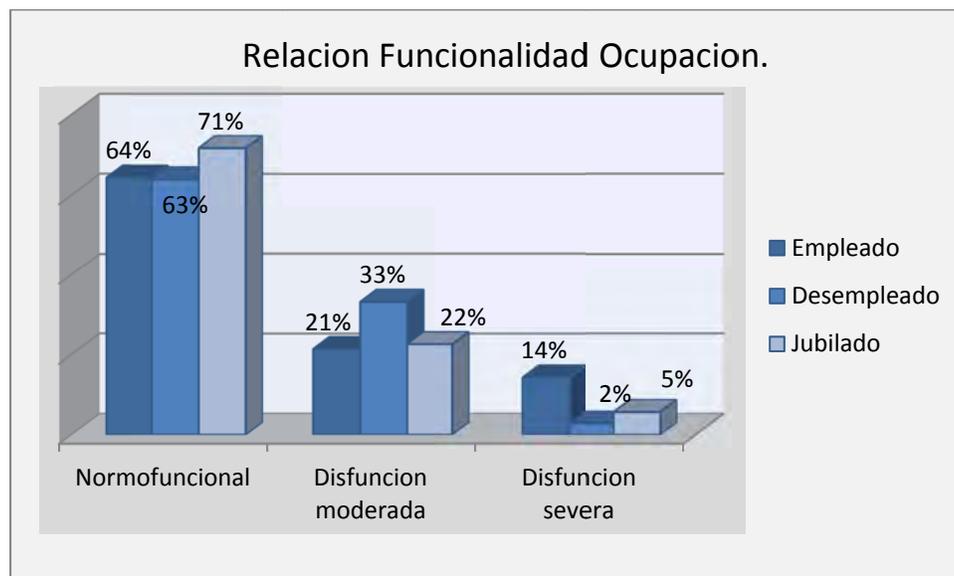
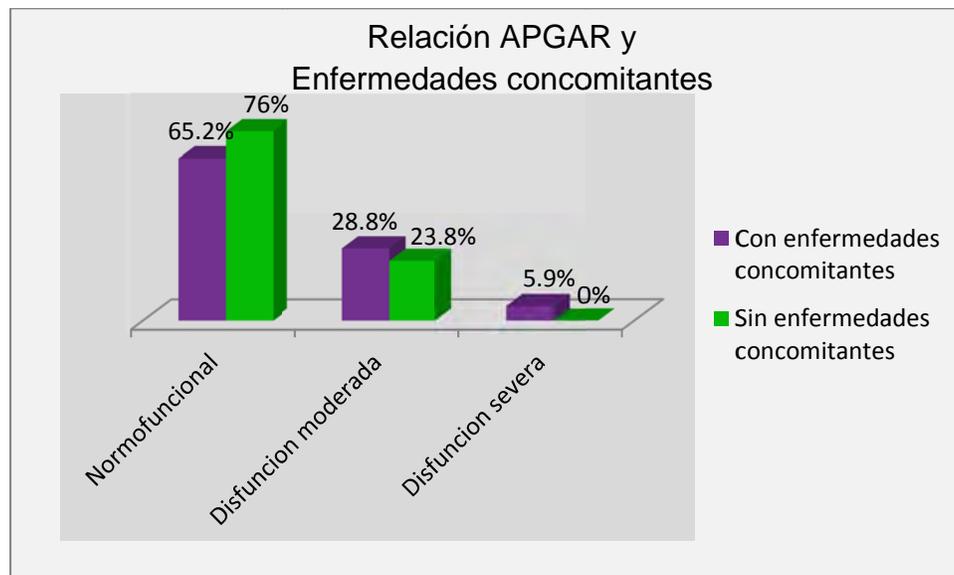


Grafico 9. Clasificación APGAR según ocupación.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES		CLASIFICACION APGAR						Total
		FUNCIONALIDAD NORMAL		DISFUNCION LEVE		DISFUNCION MODERADA		
SI		77	65.2%	34	28.8%	7	5.9%	118
NO		16	76%	5	23.8%	0	0	21
Total		93		39		7		139

Tabla 10 frecuencia de clasificación APGAR y enfermedades concomitantes.



Grafica 10. Clasificación APGAR y enfermedades concomitantes.