



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



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

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE PACIENTES CON
SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.8 Dr. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL”**

TESIS DE INVESTIGACION

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

MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A
DRA. ALVAREZ GARCÍA LIZETH**

ASESOR CLINICO

DRA. GUTIERREZ GARCÍA TERESITA DE JESÚS

ASESOR EXPERIMENTAL

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HGZ/UMF No. 8

Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO, I.M.S.S.

CD. DE MÉXICO, NOVIEMBRE 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.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS) EN EL H.G.Z./U.M.F. No.8 Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AUTORES: Dra. Lizeth Álvarez García, Dra. Teresita de Jesús Gutiérrez García, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio.

OBJETIVO: Evaluar la funcionalidad familiar de pacientes con SAOS del HGZ/UMF No. 8, IMSS.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, descriptivo. Criterios de inclusión edad 18 y 65 años, cuenten con Polisomnografía y con diagnóstico de SAOS. Se excluirán: a los que no deseen participar, no firmen el Consentimiento Informado o cuenten con enfermedad maligna. Muestra 82 pacientes a que se les aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel mediante una entrevista abierta y dirigida, de cuarenta reactivos. Variables: Escala aplicada (puntaje global, autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conductas disruptivas, comunicación, afecto, recursos, tipología y ciclo vital familiares).

RESULTADOS:

Después de aplicar el instrumento a 82 pacientes se obtuvo una funcionalidad familiar del 59.8%. Se identificaron las áreas del funcionamiento familiar más afectadas como Autoridad (97.6%), Recursos (95.1%), Apoyo (93.9%) y Conducta (93.9%). La Tipología Familiar predominante fue la familia nuclear simple (25.6%) y la Etapa del Ciclo Vital Familiar principal fue la de Dispersión (30.5%). En cuanto a el Nivel Socioeconómico preponderante fue el Obrero (39%), seguido del Medio (32.9%).

CONCLUSION: predominó en un 59.8% de disfuncionalidad en las familias estudiadas.

PALABRAS CLAVE: Apnea obstructiva del sueño, funcionalidad familiar, Emma Espejel.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE PACIENTES
CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA
DEL SUEÑO EN EL H.G.Z./U.M.F. No.8 Dr.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro

Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Médico Familiar

Jefe de Enseñanza e Investigación del HGZ/UMF No.8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar

Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dra. Teresita de Jesús Gutiérrez García

Especialista en Neumología

Adscrito al HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Asesor clínico de tesis

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar

Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Asesor metodológico de tesis

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por iluminar diariamente el sendero de mi vida y
enseñarme cada día algo nuevo.*

*A mis padres por haberme indicado el camino hacia la
felicidad.*

A mi esposo y mis hijos por su infinito apoyo y sacrificio.

A mi hermana por sus consejos y su amor.

*A mis compañeros por su tolerancia y comprensión aún en los
momentos más difíciles en nuestra formación.*

*A mis profesores que abrieron la puerta de conocimiento y me
permitieron entrar.*

INDICE

RESUMEN	2
MARCO TEORICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACION	15
OBJETIVOS	16
HIPOTESIS	17
MATERIALES Y METODOS	18
DISEÑO DE INVESTIGACION	19
POBLACION O UNIVERSO	20
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	21
DEL LA POBLACIÓN	
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
CRITERIOS DE INCLUSION,	23
EXCLUSION Y ELIMINACION	
VARIABLES	24
DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS	25
VARIABLES	
DEFINICION OPERATIVA DE LAS	26
VARIABLES	
TIPOS DE VARIABLES	28
DISEÑO ESTADISTICO	29
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE	30
DATOS	
METODO DE COLECCIÓN DE DATOS	32
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
MANIOBRAS PARA EVITAR Y	34
CONTROLAR SESGOS	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	35
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES,	36
FISICOS Y FINANCIAMIENTO	
CONSIDERACIONES ETICAS	37
RESULTADOS	38
DISCUSION	43
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	50

MARCO TEÓRICO

Se reconoce globalmente a la Apnea Obstructiva Crónica del Sueño como una entidad patológica que es una causa importante de morbilidad. Afecta del 2 al 4% de la población mundial adulta y se le reconoce como un factor de riesgo cardiovascular que conlleva y se asocia a consecuencias clínicas severas ⁽¹⁾, entre las que destacan la Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedad Vascular Cerebral, alteración en el metabolismo de la glucosa, Dislipidemia, Síndrome metabólico, entre otras. Estudios europeos establecen que tiene una incidencia del 1.2% en una población general adulta de edad media. La Clasificación Internacional de los Desórdenes del Sueño clasifica a las alteraciones respiratorias relacionadas con el sueño en tres categorías básicas ⁽²⁾:

- ψ Síndrome de Apnea Central del sueño.
- ψ Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (SAOS)
- ψ Síndrome de Hipoventilación o Hipoxia relacionada al sueño

El Síndrome de Apnea Obstructiva Crónica del Sueño (SAOS) es una oclusión recurrente de la vía aérea superior resultante de la desaturación periódica de la oxihemoglobina durante el sueño, provocando una deficiente calidad del sueño nocturno, fatiga y somnolencia frecuente durante el día. ⁽³⁾

Los principales factores de riesgo incluyen ⁽⁴⁾:

- a. Obesidad: se reconoce como el factor más importante. El SAOS se asocia con un incremento de la obesidad epidémica, hay una asociación importante en la que el 60% de pacientes con SAOS tienen un Índice de Masa Corporal (IMC) $>25\text{kg/m}^3$, en un 30% hay un IMC $>30\text{kg/m}^3$, y en hasta un 90% se asocia a un IMC $>40\text{kg/m}^3$.
- b. Sexo: El sexo masculino tiene un mayor riesgo debido a la distribución anatómica de tejido graso, el cual es predominante en cuello, tronco y abdomen visceral.
- c. Edad: en la edad avanzada son más frecuentes las dificultades relacionadas al sueño.
- d. Factores hereditarios: se ha observado una mayor predisposición en los Afro-Americanos y en los Asiáticos

En la patogénesis de este padecimiento se observan múltiples alteraciones estructurales en la vía aérea superior como la hipertrofia tonsilar, retrognatia y variaciones de la estructura craneofacial, entre otras. Dichas alteraciones se asocian a un incremento en el riesgo de apneas así como a un aumento en la colapsabilidad de la vía aérea. Sin embargo, se han descrito otros factores cuya interacción contribuye en esta entidad, como se muestra en la Figura 1 en Anexo 1. ^(5 y 6)

Se ha descrito que el SAOS afecta predominantemente a varones, en parte porque la vía aérea de los varones es más estrecha que en las mujeres, además se ha referido que la faringe se encuentra bajo el efecto de los andrógenos y hay cambios en la

adolescencia que implican cambios en la gravedad de la voz al afectar la laringe. Hay una teoría de protección de los andrógenos, en la cual las mujeres se protegen durante la edad fértil de portar este padecimiento, dicha protección se ve perdida después de la menopausia. También se han descrito otros padecimientos endocrinos asociados a SAOS como acromegalia, hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, en donde las alteraciones bucofaríngeas o la obesidad están presentes. Así mismo se ha descrito una correlación entre los niveles bajos de testosterona, obesidad y SAOS, en donde los varones con obesidad tienen bajas concentraciones de testosterona así como de la globulina unida a las hormonas sexuales, sin embargo si se pierde peso se restauran las concentraciones de testosterona y de gonadotropinas. Por lo anterior se puede resumir una relación bidireccional entre la concentración sérica de testosterona y la obesidad visceral en un ciclo vicioso (Ver Figura 2 en Anexo 2) ^(7, 8).

Se ha descrito que para lograr una estabilidad de la vía aérea intervienen múltiples factores como: la anatomía estructural, el tono neuromuscular, el control de los mecanismos ventilatorios, el nivel de conciencia, los reflejos de la vía aérea, la estructura del tejido blando y craneofacial, la posición corporal, las fuerzas de la tensión superficial y los efectos del volumen pulmonar. Se considera que el origen de esta entidad es multifactorial y que es resultado de una anatomía de la vía aérea superior estructuralmente vulnerable así como de la inestabilidad de los mecanismos fisiológicos de la ventilación y de una ausencia del control muscular que dilata la vía aérea durante el sueño. Se consideran básicamente 2 teorías para describir el origen del colapso de la vía aérea en este padecimiento ⁽⁹⁾:

- ♦ Mecanismos activos: se propuso en 1978 por Weitzman, quien describió que hay una oclusión espástica de las paredes laterales de la faringe así como en la velofaringe al final de la expiración, en modelos animales. En humanos se observó que hay una falla en los músculos constrictores de la faringe durante el colapso de la vía aérea. Sin embargo esta teoría está abandonada a favor de otros mecanismos etiológicos.
- ♦ Mecanismos pasivos: se refiere a una obstrucción de la vía aérea secundaria a la pérdida de actividad dilatadora de los músculos faríngeos durante el sueño, así como a factores obstructivos como la masa de la lengua así como de las presiones intraluminales inspiratorias.

Las consecuencias clínicas de esta patología incluyen un amplio espectro de síntomas, entre los que destacan hipersomnia diurna, disfunción neurocognitiva, alteraciones cardiovasculares (hipertensión, Infarto Agudo al Miocardio, ictus, insuficiencia cardíaca, entre otras), disfunción metabólica, dificultad respiratoria, entre otros. Un esquema comparativo de los signos y síntomas del SAOS se incluyen en la Tabla 1 en el Anexo 3. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

De acuerdo a la Sociedad Torácica Canadiense los Criterios diagnósticos del SAOS incluyen el criterio A o B, y C ⁽¹²⁾ :

- A. Somnolencia excesiva durante el día que no es explicada por otros factores

- B. Dos o más de los siguientes síntomas que no se explican por otros factores:
 - a. Sensación de ahogo o asfixia durante el sueño.
 - b. Despertares recurrentes durante el sueño.
 - c. Sueño no reparador
 - d. Fatiga diurna
 - e. Falta de concentración
- C. Monitoreo durante el sueño que demuestra cinco o más apneas/hipoapneas obstructivas por hora durante el sueño.

La Guía Canadiense antes mencionada incluye los Criterios de Severidad en el SAOS, en los cuales se basan en la somnolencia diurna y la monitorización del sueño:

- A. Somnolencia
 - 1. Leve: somnolencia no deseada o episodios involuntarios de sueño durante las actividades diurnas que requieren poca atención (lectura, ver la televisión, etc.).
 - 2. Moderada: somnolencia no deseada o episodios involuntarios de sueño durante las actividades que requieren atención (reuniones, presentaciones).
 - 3. Severa: somnolencia no deseada o episodios involuntarios de sueño durante las actividades que requieren más atención (tener una conversación, caminar, manejar, etc.).
- B. Índice de Apneas/hipoapneas:
 - 1. Leve: 5 a 15 eventos por hora.
 - 2. Moderada: de 15 a 30 eventos por hora.
 - 3. Severa: más de 30 eventos por hora.

La Polisomnografía es el estudio de gabinete considerado el “Estándar de Oro” para la complementación diagnóstica y es la herramienta ideal para clasificar la severidad del padecimiento. Tiene un 100% de sensibilidad y de especificidad. El polisomnógrafo es un instrumento complejo que contienen amplificadores que conforman de 12 a 16 canales de corriente alterna y de corriente directa, los datos que genera se registran en papel o se envían a un convertidor analógico- digital que los almacena en una computadora. Durante su realización se debe contar con el monitoreo complementario como: electrocardiograma, electroencefalograma, saturación de oxígeno, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y electro-oculograma. El reporte del estudio debe ser revisado e interpretado por personal médico y/o técnico calificado para dicho propósito y de acuerdo a los estándares internacionales, lo cual permitirá la acreditación necesaria para emitir un reporte completo con el diagnóstico de SAOS y su grado de severidad, así como sugerir la terapéutica.⁽¹³⁾

El SAOS es una enfermedad crónica que amerita un manejo multidisciplinario, que incluye un manejo médico, psicológico y en su caso quirúrgico. El paciente debe ser una participante activo para la toma de decisiones terapéuticas.⁽¹⁴⁾

Dentro de las opciones terapéuticas en este padecimiento se incluye a la Presión Positiva de la Vía Aérea (PAP por sus siglas en inglés) es el tratamiento de elección en el SAOS y debe ser ofrecido a todos los pacientes con este padecimiento. En la PAP hay tres modalidades: la continua (CPAP por sus siglas en inglés), binivel (BPAP) y la autocalibrada (APAP). De dichas modalidades, se considera al CPAP como el estándar de oro terapéutico para el SAOS leve, moderado y severo. El CPAP puede brindar una adecuada calidad de vida, además de beneficios adicionales como disminuir la tensión arterial, disminuir de manera importante la ronquera, abolir los eventos de apnea/hipoapnea y evita la desaturación de oxígeno durante el sueño. Algunas desventajas de esta terapéutica incluyen la disminución de la función renal y del gasto cardiaco, puede provocar epistaxis, dermatitis, resequedad y lesiones nasales. Si el paciente acepta dicha terapéutica se le debe educar para su uso, dar seguimiento del horario empleado y monitorear el adecuado uso del CPAP. Durante el seguimiento a largo plazo se recomienda realizar la polisomnografía cada 6 a 12 meses para observar la mejoría y ajustar la terapéutica. Dar un manejo integral con una dieta reductiva colabora a una mejoría clínica del paciente de manera importante. Actualmente hay aplicaciones en la cavidad oral que pueden colaborar en una mejoría provisional de la vía aérea como son los reposicionadores mandibulares y los retenedores de lengua.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

El SAOS se ha asociado a múltiples biomarcadores circulantes, dentro de los que destacan la proteína C reactiva, la Interleucina 6 (IL-6), entre otras que se asocian a un estado proinflamatorio crónico así como aun aumento del estrés oxidativo generalizado, sin embargo esto aún se encuentra en investigación^(18, 19).

Se ha descrito que la familia es un sistema abierto constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean cosanguíneos, legales y/o de afinidad. La familia tiene la responsabilidad de guiar y proteger a sus miembros, se le considera como la unidad de análisis de la Medicina Familiar⁽²⁰⁾.

Las funciones de la familia, son las tareas que le corresponden realizar a los elementos o integrantes de una familia, como un todo. Se le reconocen las siguientes funciones⁽²¹⁾:

- ◆ Socialización: es la promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- ◆ Afecto: es la interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- ◆ Cuidado: es la protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades tanto materiales, como sociales, financieras y de salud del grupo familiar.
- ◆ Estatus: es la participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

- ◆ Reproducción: se refiere a la provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- ◆ Desarrollo y ejercicio de la sexualidad: se refiere al conocimiento de la sexualidad, la interacción de ambos géneros y el rol que desempeña cada uno.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital y se caracteriza por diez aspectos primordiales como son: un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupado por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como externas. La estabilidad y la unidad familiar se ven amenazadas cuando ésta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son la enfermedad, la discapacidad o la muerte.⁽²⁵⁾

Los pacientes que padecen enfermedades crónicas como el SAOS enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad incrementa con el tiempo y se asocia directamente a la progresión de la enfermedad así como a los procesos terapéuticos empleados.

En otros estudios se ha estudiado la funcionalidad familiar en pacientes portadores de enfermedades crónicas como la Insuficiencia Renal Crónica, así como en Diabetes Mellitus, entre otros padecimientos, en los cuales se mencionan los cambios que suceden en la dinámica familiar⁽²²⁻²⁴⁾.

El paciente con SAOS está obligado a realizar cambios complejos individuales, familiares, laborales y sociales en múltiples aspectos de su vida cotidiana; ante esta entidad patológica, la cooperación y apoyo familiar es indispensable.

La dinámica familiar determina que cada uno de sus integrantes tenga influencia sobre el paciente con SAOS en cuanto a su apego terapéutico, por ello el apoyo social más importante es la familia, y los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad para la adaptación a esta situación familiar así como que el paciente no tenga adherencia terapéutica. En su conjunto los determinantes de la dinámica familiar influyen directamente en los cuidados que se le brindan al paciente con SAOS.

Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de las funciones familiares, en las áreas de autoridad, orden, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y los recursos familiares se puede dar una orientación para conservar la integridad familiar, mejorar la salud familiar dentro del núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva que permitan generar las acciones pertinentes para cumplir las funciones sociales que se esperan de la familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Apnea Obstructiva Crónica del Sueño es una enfermedad crónica que se asocia al desarrollo de hipertensión, diabetes mellitus, entre otras entidades, y se considera como un factor de riesgo cardiovascular. Esta patología obliga al paciente a realizar cambios complejos individuales, familiares, laborales y sociales en múltiples aspectos de su vida cotidiana, ante esta situación, la cooperación y apoyo familiar es indispensable.

La dinámica familiar determina que cada uno de sus integrantes tenga influencia sobre el paciente con SAOS en cuanto a su apego terapéutico, por ello el apoyo social más importante es la familia, y los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad para la adaptación a esta situación familiar así como que el paciente no tenga adherencia terapéutica. En su conjunto los determinantes de la dinámica familiar influyen directamente en los cuidados que se le brindan al paciente con SAOS, de lo anterior se desprende la siguiente pregunta a investigar:

¿Cuál es la funcionalidad familiar de pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en el HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACION:

Los pacientes que padecen SAOS enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, que obligan a realizar cambios complejos individuales, familiares, laborales y sociales en múltiples aspectos de su vida cotidiana.

El diagnóstico del grado de salud psicodinámica familiar por medio de la evaluación de la funcionalidad familiar y los diversos factores que la afectan permite dar una orientación para conservar la integridad familiar, mejorar la salud física, la coherencia y el afecto dentro del núcleo familiar, para obtener una homeostasis biológica y psicoafectiva que permitan generar las acciones pertinentes para cumplir las funciones sociales que se esperan de la familia.

Este proyecto pretendió evaluar la situación familiar del paciente con SAOS, con lo cual se podrán considerar futuramente las pertinentes intervenciones terapéuticas familiares enfocadas a pacientes con este padecimiento que permitan una mejor adherencia terapéutica y de control, evitando una progresión severa de la enfermedad así como la aparición de complicaciones.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la funcionalidad familiar de pacientes con SAOS en el HGZ/UMF No. 8 del IMSS

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ♦ **Observar la asociación de SAOS y obesidad en los pacientes participantes**
- ♦ **Identificar las áreas disfuncionales en los pacientes con SAOS de acuerdo a la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel.**
- ♦ **Conocer la tipología familiar y la etapa del ciclo de vida familiar más frecuentes en pacientes con SAOS del HGZ No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del IMSS**
- ♦ **Conocer en nivel socioeconómico de los pacientes con SAOS del HGZ No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del IMSS.**

HIPOTESIS:

HIPÓTESIS ALTERNA (H1):

La funcionalidad familiar de pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño de reciente diagnóstico no se encuentra alterada.

HIPÓTESIS NULA (H0):

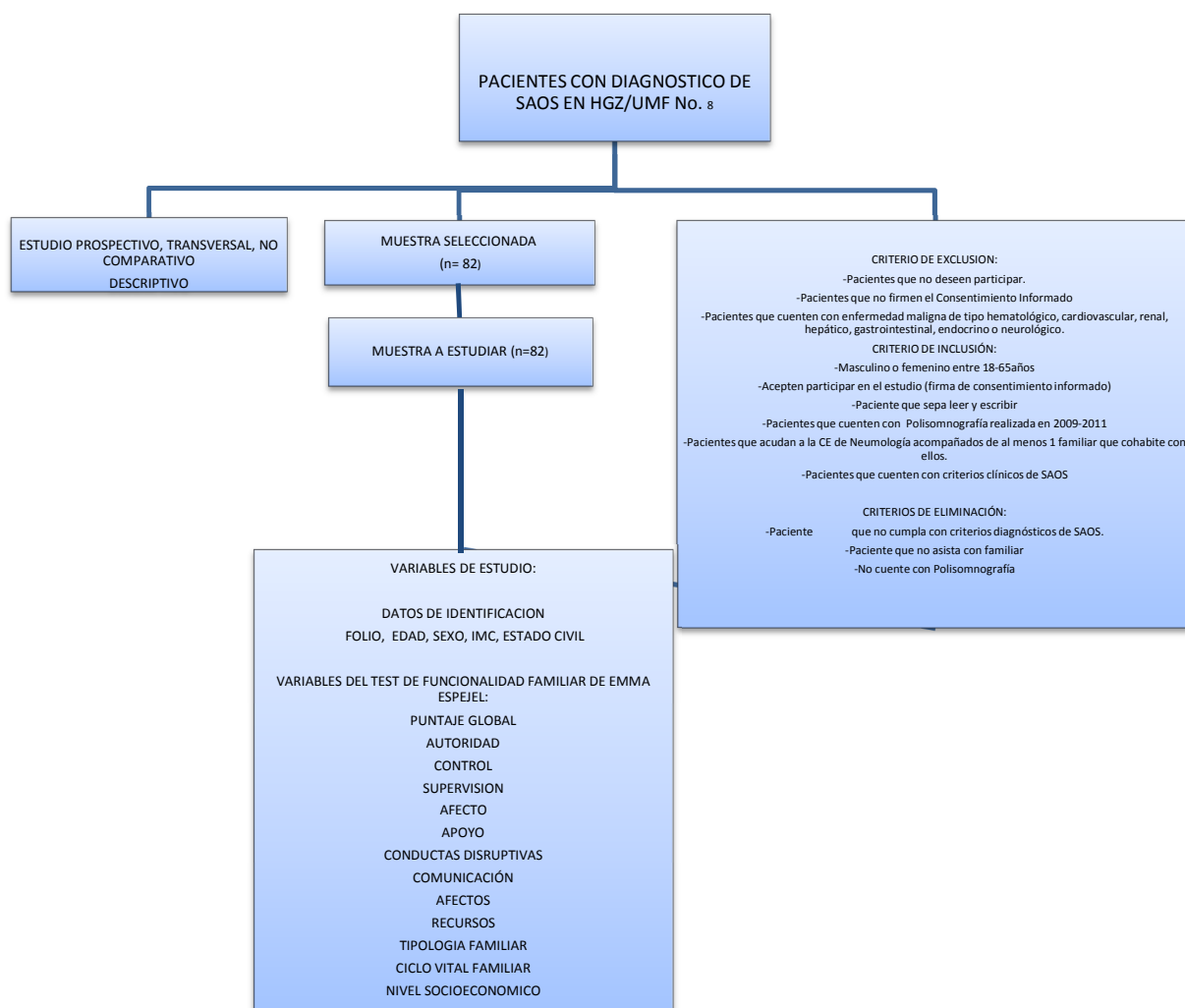
La funcionalidad familiar de pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño de reciente diagnóstico se encuentra alterada

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACION:

- ψ Tipo de estudio según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO
- ψ Tipo de estudio según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL
- ψ Tipo de estudio según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO
- ψ Tipo de estudio según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó en el área de Consulta Externa de Neumología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal. 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 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social

en la colonia Tizapán San Ángel, en el Distrito Federal.

Se realizó la aplicación del instrumento de evaluación de enero a diciembre del 2011.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variable dicotómica para una población finita necesaria será de 82 pacientes con un intervalo de confianza del 95%, con una proporción del 0.30 y una amplitud total de intervalo de confianza de 0.10

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

n=tamaño muestral

Z alfa = Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para alfa= 0.05 y 2.58 para alfa =0.01

P =Prevalencia esperada del parámetro a evaluar

i= error que se prevé cometer

q=1-P

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 (N) (P) (q)}{i^2 (N-1) + Z^2 (P) (q)}$$

$$n = (1.96)^2 \frac{(723) (0.4) (1-0.4)}{(0.1)^2 (723-1) + (1.96)^2 (0.4)(1-0.4)}$$

$$n = (3.8416) \frac{173.52}{(0.01) (722) + (3.8416) (0.24)}$$

$$n = (3.8416) \frac{173.52}{(7.22) + (0.9219)}$$

$$n = (3.8416) \frac{173.52}{8.1419}$$

$$N = (3.8416)(21.319)$$

$$n = 81.8$$

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Masculino o femenino entre 18 y 65 años
- Acepten participar en el estudio (firma de consentimiento informado)
- Paciente que sepa leer y escribir
- Pacientes que cuenten con Polisomnografía realizada entre 2009-2011
- Pacientes que acudan a la CE de Neumología acompañados de al menos 1 familiar que cohabite con ellos.
- Pacientes que cuenten con Criterios clínicos de SAOS

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no deseen participar.
- Pacientes que no firmen la Carta de Consentimiento Informado.
- Pacientes que cuenten con enfermedad maligna de tipo hematológico, cardiovascular, renal, hepático, gastrointestinal, endocrino o neurológico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Paciente que no cumpla con criterios diagnósticos de SAOS
- Paciente que no asista con familiar.
- Paciente que no cuente con Polisomnografía.

VARIABLES:

DATOS DE IDENTIFICACION:

- 1) EDAD DEL PACIENTE
- 2) SEXO DEL PACIENTE
- 3) IMC DEL PACIENTE
- 4) ESTADO CIVIL
- 5) NIVEL SOCIOECONOMICO EVALUADO POR METODO DE GRAFFAR

VARIABLES DE DEL TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL

- ◆ PUNTAJE GLOBAL
- ◆ AUTORIDAD
- ◆ CONTROL
- ◆ SUPERVISION
- ◆ AFECTO
- ◆ APOYO
- ◆ CONDUCTAS DISRUPTIVAS
- ◆ COMUNICACIÓN
- ◆ AFECTOS
- ◆ RECURSOS
- ◆ TIPOLOGIA FAMILIAR
- ◆ CICLO VITAL FAMILIAR

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

EDAD: Número de años cumplidos

SEXO: El género de un individuo

IMC: es la relación del peso expresado en kilos entre la talla, expresada en metros y elevada al cuadrado.

ESTADO CIVIL: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

PUNTAJE GLOBAL: resultado de la sumatoria resultante de la Escala de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel.

AUTORIDAD: Evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.

ORDEN O CONTROL: Evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control y conducta. Considera como funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.

SUPERVISION: Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de las normas y comportamiento.

AFECTO: Evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.

APOYO: Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.

CONDUCTAS DISTUPTIVAS: Evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.

COMUNICACIÓN: Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.

AFECTO NEGATIVO: Evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.

RECURSOS: Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas, y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

TIPOLOGIA FAMILIAR: es la identificación y clasificación de los elementos que integran a la familia, ubicándola en un contexto determinado.

CICLO VITAL FAMILIAR: concepto ordenador que permite entender la evolución secuencial de la familia y las crisis normativas por las que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros

NIVEL SOCIOECONOMICO: suma de ingresos económicos que aportan los miembros de la familia. Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valor
EDAD	Cuantitativa	Continua	Números enteros
SEXO	Cualitativa	Nominal	1.Masculino 2.Femenino
IMC	Cuantitativa	Nominal	M ² SC, Clasificación OMS: 1.Normal 18.5-24.9 2.Sobrepeso 25-29.9 3.Obesidad grado I 30.0-34.9 4.Obesidad grado II 35.0-39.9 5.Obesidad extrema III ≥ 40
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Unión libre
PUNTAJE GLOBAL DE ESCALA EMMA ESPEJEL DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cuantitativa	Nominal	<132 Familia disfuncional >132 Familia funcional
AUTORIDAD	Cualitativa	Nominal	<33 Disfuncional >33 Funcional
ORDEN	Cualitativa	Nominal	<25 Disfuncional >25 Funcional
SUPERVISION	Cualitativa	Nominal	<14 Disfuncional >14 Funcional
AFECTO	Cualitativa	Nominal	<21 Disfuncional >21 Funcional
APOYO	Cualitativa	Nominal	<16 Disfuncional >16 Funcional
CONDUCTAS DISTUPTIVAS	Cualitativa	Nominal	<23 Disfuncional >23 Funcional
COMUNICACIÓN	Cualitativa	Nominal	<30 Disfuncional >30 Funcional
AFECTO NEGATIVO	Cualitativa	Nominal	<13 Disfuncional >13 Funcional
RECURSOS	Cualitativa	Nominal	<20 Disfuncional >20 Funcional

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

CARACTERISTICAS GENERALES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valor
TIPOLOGIA FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	CAMFOIPS, 2005: 1.Nuclear 2.Nuclear simple 3.Nuclear numerosa 4.Reconstruida 5.Monoparental 6.Monoparental extendida 7.Monoparental extendida compuesta 8.Extensa 9.Extensa compuesta 10.No parental
CICLO VITAL FAMILIAR (Ver Anexo 6)	Cualitativa	Nominal	Clasificación de Geyman: 1.E. Matrimonio 2.E. Expansión 3. E. Dispersión 4. Etapa de Independencia 5. Etapa de Retiro y muerte
NIVEL SOCIOECONOMICO	Cualitativa	Nominal	Método de Graffar: 1.Alto (4-6 pts) 2.Medio alto (7-9 pts) 3.Medio bajo (10-12 pts) 4.Obrero (13-16 pts) 5.Marginal (17-20 pts)

TIPOS DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	SAOS
VARIABLE DEPENDIENTE	SEXO EDAD IMC DEL PACIENTE ESTADO CIVIL PUNTAJE GLOBAL AUTORIDAD ORDEN SUPERVISIÓN AFECTO APOYO CONDUCTA DISRUPTIVA COMUNICACIÓN AFECTO NEGATIVO RECURSOS TIPOLOGIA FAMILIAR CICLO VITAL NIVEL SOCIOECONOMICO

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 (Statistical Product and Service Solutions) de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencia, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 99%. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia del 0.4%

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento que se utilizó para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes con SAOS es la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel (1997), la cual tiene un fundamento conceptual apoyado por el modelo sistémico. Esta escala ha sido utilizada en diversos estudios realizados con población mexicana y latinoamericana.

Dicha escala fue validada en 1987 como un instrumento cuanti-cualitativo por jueces de la UNAM. Alcanzó una confiabilidad de 0.91 con la prueba ALFA Cronbach de consistencia interna con los reactivos, lo cual es aceptable para este tipo de instrumentos. Fue aprobada en 1997 por el IFAC (Instituto de la Familia) y por la Universidad de Tlaxcala, siendo también aceptada por la Federación Mexicana de Salud Mental.

Este instrumento se realiza en una entrevista abierta y dirigida, conformado por cuarenta reactivos que investigan nueve áreas que miden el funcionamiento dinámico sistémico estructural de la familia. Contiene también un familiograma además de datos sociodemográficos y económicos de la vivienda, además cuenta con un espacio para observaciones.

Las características de la escala de calificación son las siguientes: cada reactivo se evalúa en una escala ordinal de 4 categorías asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias.

Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma y la tipología familiar.

La escala evalúa la estructura familiar, es decir, la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía.

Esta evaluación incluye dentro de las funciones familiares las áreas de autoridad, orden, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y los recursos familiares

Define a cada área de la siguiente manera:

- ◆ **AUTORIDAD:** Evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres.
- ◆ **ORDEN O CONTROL:** Evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control y conducta. Considera como funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados.
- ◆ **SUPERVISION:** Evalúa la funcionalidad de la vigilancia de las normas y comportamiento.
- ◆ **APECTO:** Evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia.
- ◆ **APOYO:** Es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar.
- ◆ **CONDUCTAS DISRUPTIVAS:** Evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problemas con la autoridad o alguna otra situación emergente.
- ◆ **COMUNICACIÓN:** Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia.
- ◆ **APECTO NEGATIVO:** Evalúa la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones de malestar dentro de la familia.
- ◆ **RECURSOS:** Se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas, y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos.

Define a la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para afrontar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

MÉTODO DE COLECCIÓN DE DATOS:

La medición de las variables se realizó a través de una entrevista clínica directa de manera personal o en grupo en la que se obtuvieron los datos de la ficha de identificación y se realizó el Test de Funcionalidad de Emma Espejel al paciente con diagnóstico de SAOS y a su acompañante en un tiempo máximo de una hora (Ver Anexo 5).

El Test se suspendió después de dicho lapso de tiempo o si alguno de los participantes tenía alguna deficiencia visual que le impida contestarlo.

Toda esta información se obtuvo en un plazo de un año.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Se diseñó una hoja de recolección de datos que sirvió para colocar la información obtenida de cada uno de los participantes a los que se les aplicó el Test de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel en la Consulta externa de Neumología del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del IMSS (Ver Anexo 5), posterior a previa autorización del paciente (Ver Anexo 4, Consentimiento Informado).

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se aplicó el Test de Funcionalidad de Emma Espejel al paciente con diagnóstico de SAOS y a su acompañante en una entrevista clínica directa de manera personal o en grupo en un tiempo máximo de una hora.

El aplicador previamente realizó una invitación verbal para la participación en el estudio y explicó ampliamente el objetivo y la manera de la realización de éste. Se procedió a la firma del Consentimiento Informado (Ver Anexo 4) si el paciente y su acompañante desean participar.

Todas las encuestas se realizaron por un solo aplicador entrenado para su realización. Si el aplicador del Test sospechó que el nivel de lectura era inadecuado, trabajó en la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea en voz alta y seleccione en voz alta alguna de las opciones.

Si alguno de los pacientes o sus acompañantes fueron incapaces de leer la pregunta se suspendió la prueba.

El Test se aplicó en un tiempo máximo de una hora y al finalizar dicho plazo se suspendió la prueba.

Los sujetos se informaron de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. Ante esto el aplicador invitó al participante a dejar la pregunta sin respuesta o a elegir una opción si la oración es aplicable en su caso, pero antes de dejarla en blanco podría intentar dar una respuesta.

El examinador no debió discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que el paciente era quien debía elegir su respuesta en base a sus percepciones u opiniones. Si el sujeto preguntó el significado de una palabra, en medida de sus posibilidades, el aplicador de la prueba debió dar la respuesta a la pregunta realizada. El examinador debió revisar la prueba, para asegurarse de que cada pregunta tenga elegida solo una de las alternativas.



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 Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SAOS DEL
HGZ/UMF No. 8 Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO, IMSS
2010

FECHA	MA R 20 10	AB R 20 10	MAY 20 10	JUN 20 10	JUL 20 10	AGO 20 10	SE P 20 10	OCT 20 10	NO V 20 10	DIC 20 10	ENE 20 11	FEB 20 11
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X								
OBJETIVOS				X								
HIPOTESIS					X							
PROPOSITOS					X							
DISEÑO METODOLÓGICO					X	X						
ANÁLISIS ESTADÍSTICO						X	X					
CONSIDERACIONES ÉTICAS								X	X			
RECURSOS						X	X					
BIBLIOGRAFÍA						X	X	X				
ASPECTOS GENERALES							X	X	X			
ACEPTACION									X	X	X	X

2011-2012

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
ANÁLISIS DE DATOS								X	X			
DESCRIPCION DE DATOS									X	X		
DISCUSIÓN DE DATOS									X	X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X	X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

RECURSOS HUMANOS:

Cantidad	Recurso humano
1	Investigador
1	Asesor Clínico
1	Asesor Metodológico
1	Capacitador para aplicación de Test de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel.

RECURSOS MATERIALES Y RECURSOS FISICOS:

Cantidad	Recurso material	Marca o modelo
1	Báscula calibrada con escalímetro	
1	Computadora netbook	Marca Acer Modelo Aspire One
1	Impresora Láser monocromática	Marca HP Modelo Laserjet 1025
2	Cartuchos para impresora	Marca HP Modelo Laserjet 1025
3	Paquetes de hojas blancas de 500 hojas cada uno	
1	Paquete de bolígrafos negros con 50pz	
1	Paquete de lápices de 12pz.	
3	Carpetas tipo archivero para 300 hojas con broche	
1	Libreta tipo florete para Bitácora de trabajo	

FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

El costo de este proyecto es absorbido completamente por la residente de primer año de la especialidad en Medicina Familiar Lizeth Alvarez García.

CONSIDERACIONES ETICAS:

La presente investigación se fundamentó en la aplicación de los instrumentos de recolección de datos con previa entrevista y firma del consentimiento informado, de acuerdo a la Declaración de Helsinki (1975) de la Asociación Médica Mundial, así como al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México y al Código de Núremberg (1947).

Se puede ver el formato de la carta de Consentimiento Informado del presente protocolo de investigación en el Anexo 4.

RESULTADOS

- ❖ Se analizó a un total de 82 pacientes portadores de SAOS del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- ❖ Con un predominio del sexo masculino 49 (59.8%) sobre el femenino 33 (40.2%). Ver Anexo 10
- ❖ En cuanto a la edad, se encontró un valor mínimo de 28 años, un valor máximo de 69 años y una media de 51 años, con una desviación estándar de 10.29, en base a lo anterior se dividió a la población en 2 grupos: de 28 a 50 años y de 51 a 69 años. Ver Anexo 11
- ❖ Analizando el estado civil, se obtuvieron 8 (9.8%) solteros, 55(67.1%) casados, 19 (23.2%) unión libre y 0(0%) viudos. Ver Anexo 12
- ❖ Respecto al IMC, se obtuvo un valor mínimo de 24.36, máximo de 60.59, media de 35.0 con una desviación estándar de 5.52; solo 1 (1.2%) obtuvo un índice normal, sobrepeso 12 (14.6%), obesidad grado I 32(39%), obesidad grado II 27(32.9%) y obesidad extrema 10 (12.2%). Ver Anexo 13
- ❖ Referente al puntaje global del Test de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel, familias funcionales 33 (40.2%) y familias disfuncionales 49 (59.8%). Ver Anexo 14
- ❖ En cuanto a Autoridad se obtuvo un valor mínimo de 14, máximo de 34, media de 22.85 con una desviación estándar de 5.143; además de 2(2.4%) familias funcionales y 80 (97.6%) familias disfuncionales. Ver

Anexo 15.

- ❖ De Control se observó un valor mínimo de 14, máximo de 30, media de 17.83 con una desviación estándar de 4.82; con 9(11%) familias funcionales y 73 (89%) disfuncionales. Ver Anexo 15
- ❖ Respecto a Supervisión un mínimo de 6, máximo de 30, media de 11.72 con una desviación estándar de 2.85; con 24(29.3%) funcionales y 58 (70.7%) disfuncionales. Ver Anexo 15
- ❖ En cuanto a Afecto un valor mínimo de 9, máximo de 27, media de 16.35 y una desviación estándar de 4.56; con 13(15.9%) funcionales y 69(84.1%) disfuncionales. Ver Anexo 16 y Gráfico 6 del Anexo 15
- ❖ De Apoyo un valor mínimo de 6, máximo de 22, media de 11.24, desviación estándar de 2.89; con 5(6.1%) funcionales y 77(93.9%) disfuncionales. Ver Anexo 16
- ❖ Conducta disruptiva un valor mínimo de 10, máximo de 32, media de 15.79, desviación estándar de 4.12; con 5(6.1%) funcionales y 77(93.9%) disfuncionales. Ver Anexo 16
- ❖ De Comunicación con un valor mínimo de 14, máximo de 34, media de 21.17, una desviación estándar de 5.49; con 11(13.4%) funcionales y 71(86.6%) disfuncionales. Ver Anexo 16
- ❖ Del Afecto Negativo un valor mínimo de 5, máximo de 16, media de 9.29 con una desviación estándar de 9.29; 13(15.9%) funcionales y 69(84.1%) disfuncionales. Ver Anexo 16

- ❖ En cuanto a Recursos con valor mínimo de 7, máximo de 22, media de 13.33, desviación estándar de 3.45; con 4(4.9%) funcionales y 78(95.1%) disfuncionales. Ver Anexo 16
- ❖ Del nivel socioeconómico medido por Método de Graffar, marginales 6(7.3%), obreros 32 (39%), medio 27(32.9%) y medio alto 17(20.7%) Ver Anexo 17
- ❖ Sin embargo en la Tipología Familiar se encontró 1 (1.2%) familia nuclear, 21 (25.6%) familias nucleares simples, 11 (13.4%) familias nucleares numerosas, 8 (9.8%) familias reconstruidas, 10(12.2%) familias monoparentales, 6 (7.3%) familias monoparentales extendidas, 6 (7.3%) familias monoparentales extendidas compuestas, 14 (17.1%) familias extensas, 4 (4.9%) familias extensas compuestas Y 1 (1.2%) familia no parental. Ver Anexo 18
- ❖ Lo obtenido en cuanto al Ciclo Vital Familiar, 1 (1.2%) familia en etapa de matrimonio, 2(2.4%) familias en etapa de expansión, 25 (30.5%) familias en etapa de dispersión, 42 (51.2%) familias en etapa de independencia, 12 (14.6%) familias en etapa de retiro y muerte. Ver Anexo 19
- ❖ En cuanto al análisis de Edad y el Puntaje global del Test de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel, entre los 28 a 50 años 18(22%) funcionales y 21(25.6%) disfuncionales. De los 51 a los 69 años 15 (18.5%) funcionales y 28 (34.1%) disfuncionales. Ver Anexo 20
- ❖ Respecto a sexo masculino, 23 (28%) funcionales y 26(31.7%) disfuncionales. Del sexo femenino 10 (12.2%) funcionales y 23 (28%) disfuncionales. Ver Anexo 21

- ❖ Observando al IMC y la funcionalidad familiar, del IMC normal 1(1.2%) funcional, 0(0%) disfuncional, con sobrepeso 4(4.9%) funcionales y 8(9.8%) disfuncionales; obesidad grado I 18(22%) funcionales y 14 (17.1%) disfuncionales; obesidad grado II 6(7.3%) funcionales y 21 (25.6%) disfuncionales; obesidad extrema 4(4.9%) funcionales y 6(7.3%) disfuncionales. Ver Anexo 22

- ❖ Del estado civil y funcionalidad familiar, solteros 4(4.9%) funcionales y 4 (4.9%) disfuncionales; casados 21(25.6%) funcionales y 34(41.5%) disfuncionales; en unión libre 8(9.8%) funcionales y 11(13.4%) disfuncionales; no se captaron pacientes con viudez. Ver Anexo 23

- ❖ Respecto a Tipología familiar y funcionalidad familiar, nuclear 1(1.2%) funcional y 0(0%) disfuncional; nuclear simple 8(9.8%) funcional y 13(15.9%) disfuncional; nuclear numerosa 4(4.9%) funcional y 7 7(8.5%) disfuncional; reconstruida 4(4.9%) funcional y 4(4.9%) disfuncional, monoparental 4(4.9%) funcional y 6(7.3%) disfuncional; monoparental extendida 3(3.7%) funcionales y 3(3.7%) disfuncionales; monoparental extendida compuesta 1(1.2%) funcional y 5(6.1%) disfuncional; extensa 3(3.7%) funcionales y 11 (13.4%) disfuncionales; extensa compuesta 4(4.9%) funcionales y 0(0%) disfuncionales; no parental 1(1.2%) funcionales y 0(0%) disfuncionales. Ver Anexo 24

- ❖ En el Ciclo Vital familiar y funcionalidad familiar se obtuvo en Etapa de matrimonio 0(0%) familia funcional y 1 (1.2%) familia disfuncional; en Etapa de Expansión 1(1.2%) familia funcional y 1 (1.2%) familia disfuncional; en Etapa de Dispersión 11(13.4%) familias funcionales y 14 (17.1%) familias disfuncionales; dentro de la Etapa de Independencia 17 (20.7%) familias funcionales y 25 (30.5%) familias disfuncionales; para la Etapa de Retiro y Muerte 4 (4.9%) familias funcionales y 8 (9.8%) familias disfuncionales. Ver Anexo 25

- ❖ Analizando al Nivel Socioeconómico y la Funcionalidad Familiar se observó dentro de las familias marginales a 1 (1.2%) familia funcional y 5(6.1%) familias disfuncionales; dentro de las familias obreras 10 (12.2%) funcionales y 22 (26.8%) disfuncionales; dentro de las familias con nivel medio a 12 (14.6%) funcionales y 15 (18.3%) disfuncionales; en las familias de nivel medio alto a 10 (12.2%) funcionales y 7 (8.5%) disfuncionales. Ver Anexo Ver Anexo 26

DISCUSION

Se reconoce a la Funcionalidad Familiar como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa y su evaluación requiere el empleo de instrumentos prácticos y confiables con el Test de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel que se basa en un modelo sistémico para evaluar la estructura familiar en base a su organización. Aunque este Test se ha aplicado a otros padecimientos crónicos como Diabetes Mellitus e Insuficiencia renal crónica no hay estudios previos con SAOS a nivel mundial.

La funcionalidad familiar encontrada en este estudio fue del 60% en la población que acude a la Consulta Externa de Neumología del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del IMSS, la cual fue predominante entre los 51 a 69 años (34.1%) y en la población masculina (31.7%) incluida en este estudio. Lo cual corrobora los datos a nivel internacional que asocian al sexo masculino a un mayor riesgo de padecer la enfermedad debido a la distribución del tejido graso, el cual es predominante en cuello, tronco y abdomen. Así también se observa que una edad más avanzada hay un incremento de alteraciones relacionadas al sueño como se observó en la población estudiada.

Se obtuvo una mayor disfunción familiar en pacientes con Obesidad grado II. Lo cual expone a la obesidad como uno de los factores de riesgo predominante para padecer SAOS. Aunque Schwartz A ⁽⁴⁾ refiere que a mayor IMC mayor riesgo de padecer SAOS y en esta investigación la población con obesidad extrema solo fue de 10 (12.2%) pacientes, de los cuales 6 (7.3%) tuvo disfunción familiar, observando que en esta porción de la población estudiada puede haber otros elementos que alteren la funcionalidad familiar además del SAOS.

En cuanto al estado civil se obtuvo una mayor disfuncionalidad en pacientes casados (41.5%) integrando esta característica a una mayor incidencia de disfunción familiar del paciente con SAOS, esto se puede deber a que dentro del ciclo de vida familiar se van afrontando crisis normativas y paranormativas dentro del desarrollo familiar.

Respecto a la tipología familiar, predominó la familia nuclear simple (25.6%) seguida por la extensa (17.1%). En cuando a la funcionalidad el tipo de familia disfuncional mayor fue la familia nuclear extensa alcanzando un 15.9%.

Dentro del ciclo vital familiar, las familias en Etapa de Independencia alcanzaron un 51.2%. En cuanto a la funcionalidad familiar, las familias en Etapa de Independencia disfuncionales obtenidas fue de 30.5%, seguidas de un 17.1% de familias disfuncionales en Etapa de Dispersión. Esto se puede deber a que durante la Etapa de Independencia, al abandonar el hijo el hogar los padres se tienen que reajustar nuevamente al sistema familiar lo cual puede llevar a enfrentamientos dentro de la pareja. Además los hijos que continúan dentro del hogar afrontan nuevas responsabilidades con un reajuste social, afectivo y emocional.

En cambio en la Etapa de Dispersión la principal preocupación de los padres es indicar un buen proceso de socialización, lo cual implica un ajuste familiar en cuanto a roles y jerarquías. La readaptación de la estructura de las relaciones interpersonales durante esta etapa al ingresar nuevos elementos al núcleo familiar puede conllevar a demandas generacionales de los jóvenes que se encuentren en el sistema familiar, conllevando problemas agudos dentro de la pareja.

Del Nivel socioeconómico preponderante fue el Obrero (39%), seguido del Medio (32.9%) y el Medio Alto (20.7%). EL nivel Marginal solo alcanzó un 7.3%.

Dentro del ámbito de la evaluación de la funcionalidad familiar, las áreas más afectadas fueron: Autoridad (97.6%), los Recursos (95.1%), el Apoyo (93.9%) y la Conducta (93.9%).

CONCLUSIONES

Después de aplicar el Test de Funcionalidad Familiar de Emma Espejel a 82 pacientes que acuden a la Consulta Externa de Neumología del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del IMSS se concluye lo siguiente:

- ◆ La funcionalidad familiar encontrada en este estudio fue del 40.2% en la población que acude a la Consulta Externa de Neumología del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del IMSS
- ◆ La difuncionalidad familiar encontrada en este estudio fue del 59.8% en la población estudiada
- ◆ En este estudio se observó una asociación del 84.1% de la población estudiada con alguno de los grados de obesidad.
- ◆ Además se identificaron las áreas del funcionamiento familiar más afectadas en pacientes con SAOS, es decir Autoridad (97.6%), los Recursos (95.1%), el Apoyo (93.9%) y la Conducta (93.9%).
- ◆ La Tipología Familiar predominante en esta población fue la familia nuclear simple (25.6%) y la Etapa del Ciclo Vital Familiar principal fue la Etapa de Dispersión (30.5%).
- ◆ En cuanto a el Nivel Socioeconómico preponderante fue el Obrero (39%), seguido del Medio (32.9%) y el Medio Alto (20.7%). El nivel Marginal solo alcanzó un 7.3%.

Cumpliendo así los Objetivos de este estudio y aceptando a la Hipótesis nula como válida para este estudio.

La presente investigación permitió por primera vez hacer un estudio de Funcionalidad familiar en pacientes con SAOS, lo cual podrá contribuir a futuros estudios que incluyan una mayor cantidad de pacientes de otras zonas de nuestro país y su comparación podrá ampliar el conocimiento en cuanto al ámbito del funcionamiento familiar de individuos portadores de SAOS, que permitirán una mejor atención médica y una adecuada intervención del médico familiar en la salud y dinámica del sistema familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Marin J, Carrizo S. Mortality in Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Med Clin*. 2008 (2):593-601
2. Punjabi N. The Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea. *Proc Am Thorac Soc*. 2008; 5: 136-143.
3. Yaggi HK, Strohl KP. Adult Obstructive Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome: Definitions, Risk, Factors and Pathogenesis. *Clin Chest Me*. 2010; 10: 179-186.
4. Schwartz A, Susheel PP, Patil P, Laffan AM, Plotsky V, Schneider H, Smith LP. Obesity and Obstructive Sleep Apnea. *Proc Am Thorac Soc*. 2008; 5: 185-192.
5. Verbaecken J, De Becker WA. Upper Airway Mechanics. *Respiration*. 2009; 78: 121-133.
6. Owens RL, Eckert DJ, Yim Yeh S, Malhotra A. Upper airway function in the pathogenesis of obstructive sleep apnea: a review of the current literature. *Curr Opin Pulm Med*. 2008; 14 (6): 519-524.
7. Liu PY, Yee BJ, Phillips CL, Grunstein RR. Sleep Apnea and Neuroendocrine Function. *Sleep Med Clin*. 2007 (2): 225-236.
8. Liu PY, Caterson ID, Grunstein RR, Handelsman DJ. Androgens, Obesity, and Sleep-Disordered Breathing in Men. *Endocrinol Metab Clin N Am*. 2007 (36): 349-363.
9. Woodson BT, Franco R. Physiology of Sleep Disorder Breathing. *Otolaryngol Clin N Am*. 2007 (40): 691-711.
10. Patil SP, Schneider H, Shwartz AR, Smith PL. Adult Obstructive Apnea: Pathophysiology and Diagnosis. *Chest*. 2007; 132 (1): 325-333.
11. Epstein LJ, Frusto D, Strollo PJ, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical Guideline for the Evaluation, Management and Long-term Care of Obstructive Sleep Apnea in Adults. *J Clin Sleep Med*. 2009; 5 (3): 263-276.
12. Fleetham J, Ayas N, Bradley D, Ferguson K, Fitzpatrick M, George C, et al. Canadian Thoracic Society guidelines: Diagnosis and treatment of sleep disordered breathing in adults. *Can Respir J*. 2006; 13 (7): 387-392.
13. Kakkar RK, Hill GK. Interpretation of the Adult Polysomnogram. *Otolaryngol Clin N Am*. 2007; 40: 713-743.
14. Fanfulla F, Grassi M, Taurino AE, D'Artavilla N, Trentin R. The Relationship of Daytime Hypoxemia and Nocturnal Hypoxia in Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Sleep*. 2008; 31 (2): 249-255
15. Culpepper L, Roth T. Recognizing and Managing Obstructive Sleep Apnea in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009; 11 (6): 330-338.
16. Siccoli MM, Pepperell JCT, Kohler M, Davies RJO, Stradling J. Effect of Continuous Positive Airway Pressure on Quality of Life in Patients with Moderate to Severe Obstructive Sleep Apnea: Data From a Randomized

- Controlled Trial. *Sleep*. 2008; 31(11): 1551-1558.
17. Steiropoulos P, Kotsianidis I, Nena E, Tsara V, Gounari E, Hatzizisi O, et al. Long-Term Effect Continuous Positive Airway Therapy on Inflammation Markers of Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Sleep*. 2009; 32(4): 537-543.
 18. Arnardottir E, Mackiewicz M, Gislason T, Teff KL, Pack A. Molecular Signatures of Obstructive Sleep Apnea in Adults: A Review and Perspective.
 19. Jean-Louis G, Zizi F, Clark LT, Brown CD, McFarlane SI. Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease: Role of the Metabolic Syndrome and its Components. *J Clin Sleep Med*. 2007; 4 (3): 261-272.
 20. Mendoza-Solís LA, Soler-huerta E, Sainz-Velázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF y Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Arch Med Fam*. 2006; 8 (1): 27-32.
 21. Consenso de Medicina Familiar. II. Conceptos básicos para el estudio de familiar. *Arch Med Fam*. 2005; 7 (Supl 1): 15-19.
 22. Rodríguez-Abrego I, Rodríguez-Abrego G. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Med IMSS*. 2004; 42 (2): 97-102.
 23. Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria.
 24. Mendoza-López DM, Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Pérez-López JH, Navarrete-Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS*. 2004; 42 (4):281-284
 25. Álvarez Rubio AM, Ayala Balcázar A, Nuño Licona A, Alatorre ME. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI). *Rev Mex Med Fís y Rehab*, 2005; 17: 71-76

ANEXOS

ANEXO 1

Figura 1. Aspectos fisiopatológicos de la Apnea Obstructiva del Sueño.



ELABORO: LIZETH ALVAREZ GARCIA

ANEXO 2

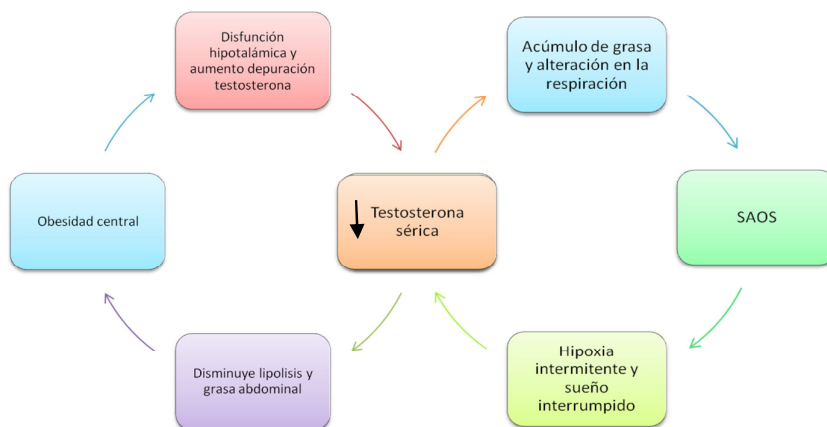


Figura 2. Interrelaciones entre la disminución de los niveles de testosterona, la obesidad y SAOS

ELABORO: LIZETH ALVAREZ GARCIA

ANEXO 3

Tabla 1. Síntomas y Signos del SAOS ⁽⁶⁻⁷⁾

Síntomas diurnos

Fatiga y somnolencia
Dificultad para concentrarse
Pérdida de memoria
Depresión
Cefalea matutina
Irritabilidad
Líbido disminuido

Síntomas nocturnos

Insomnio
Nicturia
Sudoración nocturna

Respiración obstructiva

Ronquidos
Dificultad para respirar o sensación de ahogo/asfixia
Apneas observadas por terceros

Condiciones que aumentan el riesgo

Mujer postmenopáusica
Historia familiar de SAOS
Hipertensión arterial
Enfermedad vascular cerebral
Alcoholismo
Hipertensión pulmonar

Signos

Obesidad (IMC >30kg/m²)
Retrognatia
Macroglosia
Hiperplasia tonsilar
Úvula alargada
Anormalidades nasales (pólipos, desviación, etc.)
Circunferencia cervical
 >17 pulgadas en hombres y >16 pulgadas en mujeres
Edema de miembros inferiores
Escala de Mallampati 3 o 4

ELABORO: LIZETH ALVAREZ GARCIA

ANEXO 4



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

**PARA LA PARTICIPACION EN EL PROYECTO TITULADO:
"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SAOS DEL HGZ/UMF No. 8 Dr. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO, IMSS"**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "Funcionalidad Familiar en pacientes con Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño del Hospital General de Zona y Unidad de Medicina Familiar No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social". El objetivo de este estudio con evaluar la funcionalidad familiar de los pacientes con esta enfermedad.

Afirmo que se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista, en la cual se realizará la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel, así como de datos de identificación, se medirá peso y talla, datos socioeconómicos y de estructura familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado las seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se 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 aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma de SI autorizo del Paciente

Nombre y Firma del Investigador

Nombre y firma de Testigo 1

Nombre y firma de Testigo 2

ELABORO: LIZETH ALVAREZ GARCIA

ANEXO 5



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

PARA LA PARTICIPACION EN EL PROYECTO TITULADO:
"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SAOS DEL HGZ/UMF No. 8
Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO, IMSS"

FOLIO: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
AFILIACION: _____ EDAD: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____ SEXO: femenino ☐ masculino ☐
OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____
PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____
DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE: _____

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Religión	Ocupación	Estado civil	Enfermedad

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL.

FAMILIA: _____
TIEMPO DE UNIÓN: _____ EDAD DEL PRIMER HIJO (A): _____
INGRESO FAMILIAR: _____
INGRESO PER CAPITA: _____

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación Económica a la Familia

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA:

OBSERVACIONES:

EDAD DEL HIJO MAYOR QUE HABITA EN LA VIVIENDA: _____

FAMILIOGRAMA:

Comenzar diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear.

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una X el o los recuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados:

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3. En su familia ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4. Si se reúne con su familia para ver televisión ¿Quién decide ver el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7. En los problemas de los hijos ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

--	--	--	--	--	--	--	--

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen alguna falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o para llegar, ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿Quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

11. Cuando hay invitados en casa ¿A quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y no participa						

No trabaja	
	Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas Funcionalidad

14. En las ediciones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa ¿Quién le avisa o pide permiso a quién? A quien se pide permiso:

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas Funcionalidad

16. Cuando alguien comete alguna falta ¿Quién y cómo castiga?

¿Quién castiga?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga Funcionalidad

17. Si se acostumbran promesas sobre permisos y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro	Otro no	Todos	Nadie

				familiar	familiar		

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿Quién pide ayuda?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie pide ayuda a nadie

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie acostumbra salir

Funcionalidad

20. En esta familia ¿Quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie protege a nadie

Funcionalidad

21. Si se conversan unos con otros ¿Quién con quién lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							

Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie conversa con la familia Funcionalidad

22. Si consideran que expresan libremente sus opiniones ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23. Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo ¿A quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan?	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Subsistema parental						
Subsistema hijos						
Otro familiar						
Otro no familiar						

Nadie toma alguna decisión Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia ¿Quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone ¿Quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia ¿Quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿Quién se abraza?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------

Padre						
Madre						
Hijos						
Hijas						
Otro familiar						
Otro no familiar						

Nadie se abraza en la familia

Funcionalidad

34. Cuando se enojan en esta familia ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

¿Quién se enoja?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
-------	-------	-------	-------	---------------	------------------	-------

Padre						
Madre						

Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se enoja en la familia Funcionalidad

35. Ha habido peleas con golpes en la familia ¿Quiénes con quién o quiénes?

¿Quién se ha peleado? Padre Madre Hijos Hijas Otro familiar Otro no familiar Nadie

Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se ha golpeado en la familia Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulante?

Muy Frecuente Algunas veces Muy raro Nunca

Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

Muy Frecuente Algunas veces Muy raro Nunca

Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

38. En esta familia ha tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido?

Muy Frecuente Algunas veces Muy raro Nunca

--	--	--	--	--

Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

40. ¿Quién es esta familia se aísla?

	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

PERFIL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

FAMILIA: _____ FECHA DE APLICACIÓN: _____

TIEMPO DE FORMADA: _____ AÑOS

TIPO DE FAMILIA: _____

ETAPA DEL CICLO VITAL: _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO: _____

No DE MIEMBROS: ADULTOS _____ ADOLESCENTES _____

NIÑOS _____

Investigador y entrevistador: Lizeth Álvarez García, Residente de Medicina Familiar
Asesor Clínico: Dra Teresita de Jesús Gutiérrez

Asesor Metodológico: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

ELABORO: LIZETH ALVAREZ GARCIA

ANEXO 6

EVALUACION DE ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE EMMA ESPEJEL

Área	Número de pregunta										Subtotal
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28	30						
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
Afecto negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					
PUNTAJE GLOBAL											

Investigador y entrevistador: Lizeth Alvarez García, Residente de Medicina Familiar

Asesor Clínico: Dra Teresita de Jesús Gutiérrez

Asesor Metodológico: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

ELABORO: LIZETH ALVAREZ GARCIA

ANEXO 7

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS EN BASE AL PARENTESCO

Con Parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco

Tomado de: II. Conceptos básicos para el estudio de familias. Arch Med Fam. 2005 (7) Supl 1: 15-19

ANEXO 8

Clasificación del Ciclo vital familiar según Geyman

Etapas	Característica
Etapas de Matrimonio	Es el inicio de la vida del ciclo familiar cuando dos individuos se unen en matrimonio ya sea civil, religioso o concubinato.
Etapas de Expansión	Inicia con la llegada del primer hijo y culmina con el nacimiento del último hijo.
Etapas de Dispersión	Inicia con el ingreso del hijo mayor a la escuela y culmina cuando el hijo mayor empieza a vivir fuera de la casa.
Etapas de Independencia	Se inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa y termina cuando el último hijo abandona el hogar.
Etapas de Retiro y muerte	Inicia con la salida del último hijo del hogar o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres.

Tomado de "El Estudio de Salud Familiar" en Medicina familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad. Huerta González, José Luis, Alfíl, 2008, pág. 83-84

ANEXO 9

Método de Graffar para determinar nivel socioeconómico familiar

- A. Profesión del jefe de familia:
 - a. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
 - b. Profesionista técnico, mediano comerciante o pequeña industria, etc.
 - c. Empleado sin profesión técnica definida o universidad incompleta.
 - d. Obrero especializado: tactorista, taxista, etc.
 - e. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
- B. Nivel de instrucción de la madre:
 - a. Universitaria o su equivalente
 - b. Técnica superior y/o secundaria completa
 - c. Secundaria incompleta o técnico inferior
 - d. Educación primaria completa
 - e. Primaria incompleta o analfabeta
- C. Principal fuente de ingresos:
 - a. Fortuna heredada o adquirida repentinamente
 - b. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales
 - c. Sueldo quincenal o mensual
 - d. Salario diario o mensual
 - e. Ingresos de origen público o privado (subsídios)
- D. Condiciones de la vivienda:
 - a. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
 - b. Amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
 - c. Espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias
 - d. Espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
 - e. Improvisada construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias

Puntaje	Pregunta			
	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				

Evaluación:

4 a 6: Alto

7 a 9: Medio alto

10 a 12: Medio bajo
13 a 16: Obrero
17 a 20: Marginal

Tomado de "El Estudio de Salud Familiar" en Medicina familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad. Huerta González, José Luis, Alfil, 2008, pág. 83-84

ANEXO 10:

VARIABLE: SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	33	40.2
Masculino	49	59.8
TOTAL	82	100

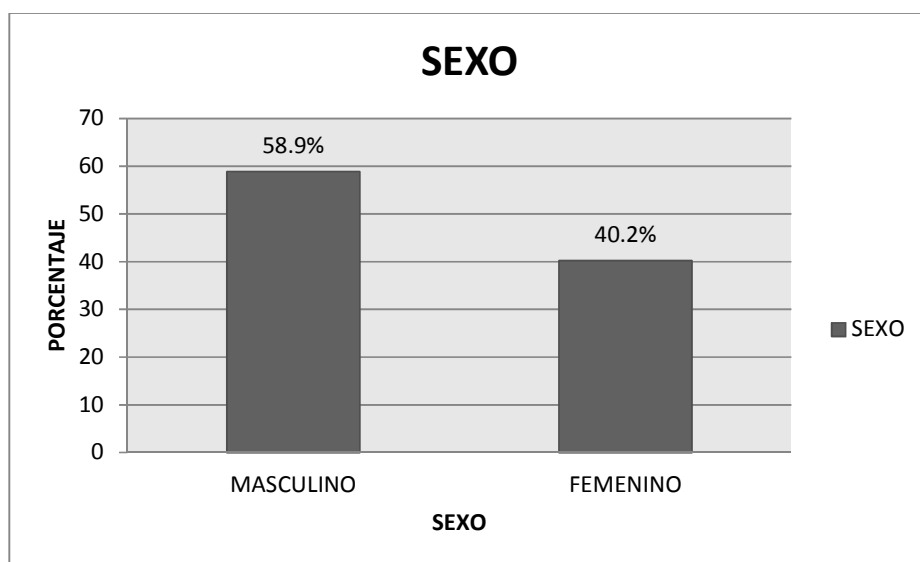


Gráfico 1. Sexo

ANEXO 11

VARIABLE: EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
28 a 50 años	39	47.6
51 a 69 años	43	52.4
TOTAL	82	100

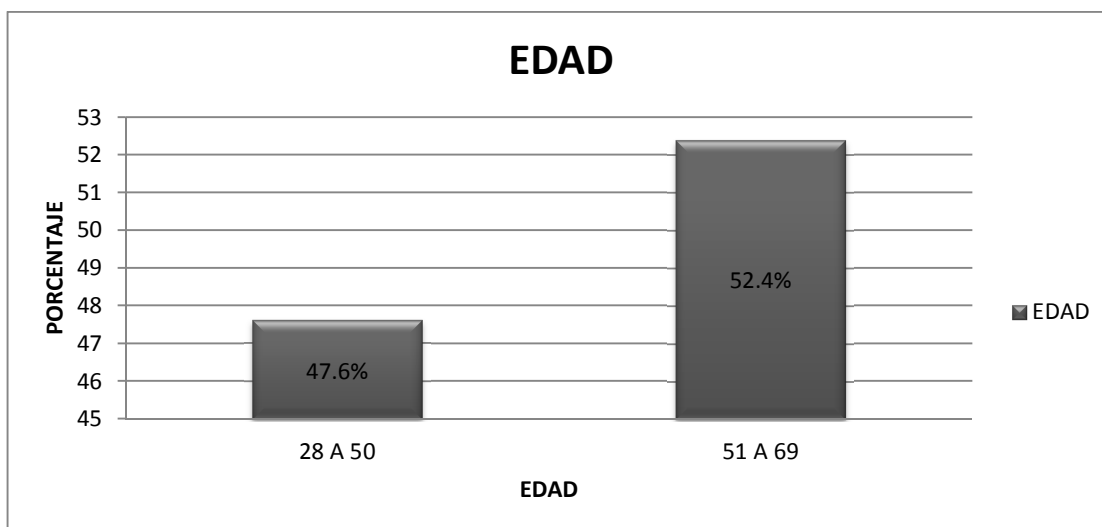
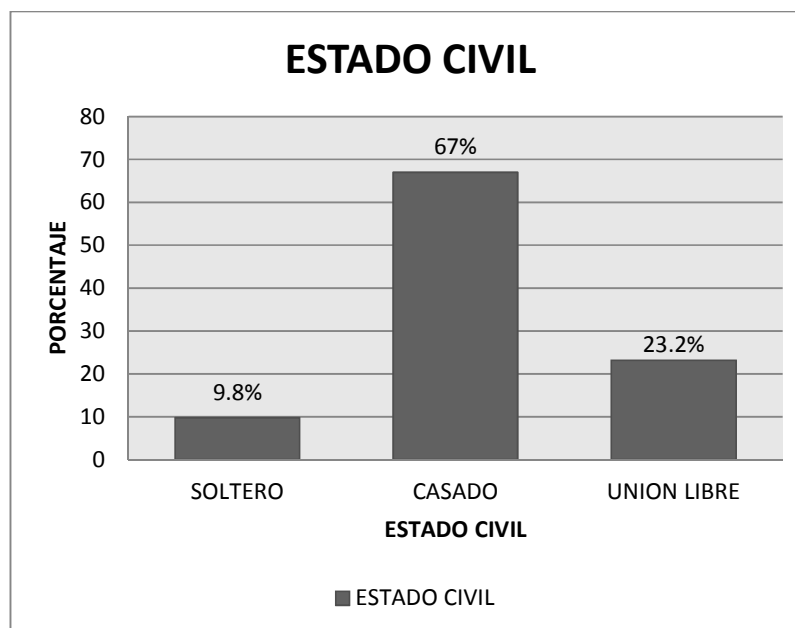


Gráfico 2. Edad

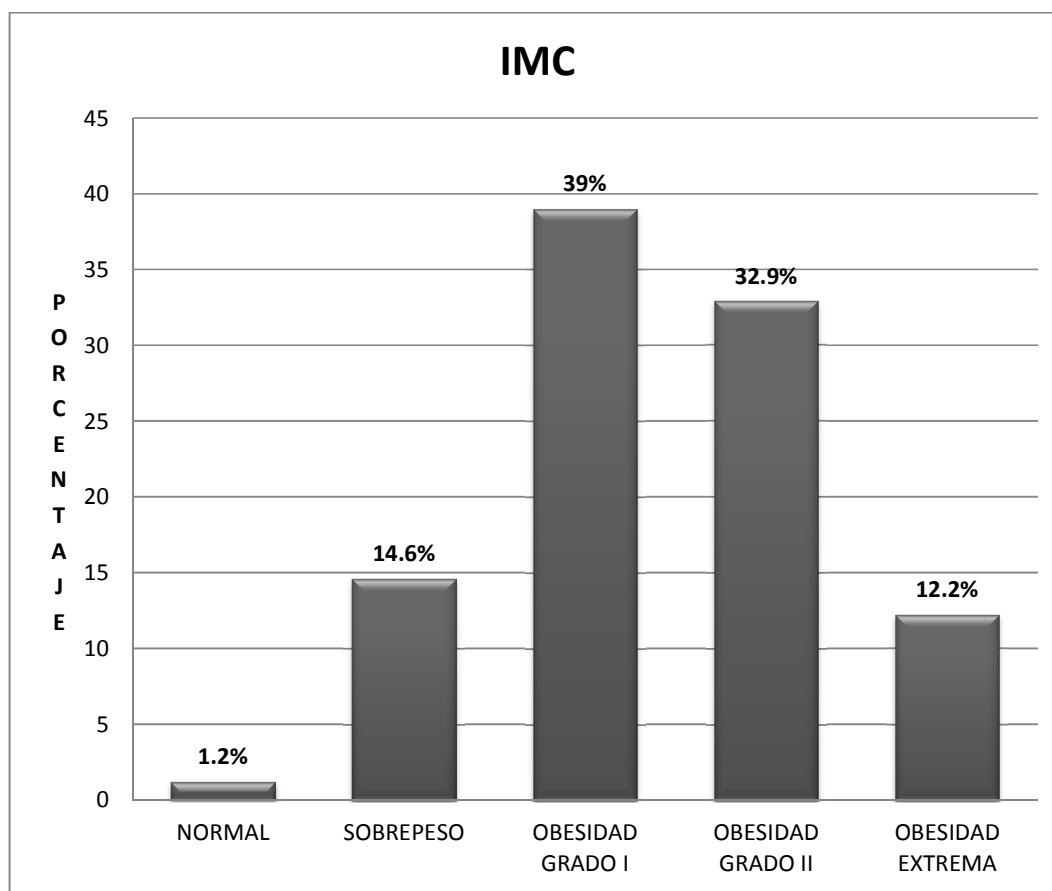
ANEXO 12**VARIABLE: ESTADO CIVIL**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	8	9.8
Casado	55	67.1
Unión libre	19	23.2
Viudo	0	0
TOTAL	82	100%

**Gráfico 3. Estado Civil**

ANEXO 13**VARIABLE: IMC**

IMC	Frecuencia	Porcentaje
Normal	1	1.2
Sobrepeso	12	14.6
Obesidad Grado I	32	39
Obesidad Grado II	27	32.9
Obesidad Extrema	10	12.2
TOTAL	82	100

**Gráfico 4. IMC****ANEXO 14****VARIABLE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Familias funcionales	33	40.2
Familias disfuncionales	49	59.8
TOTAL	82	100

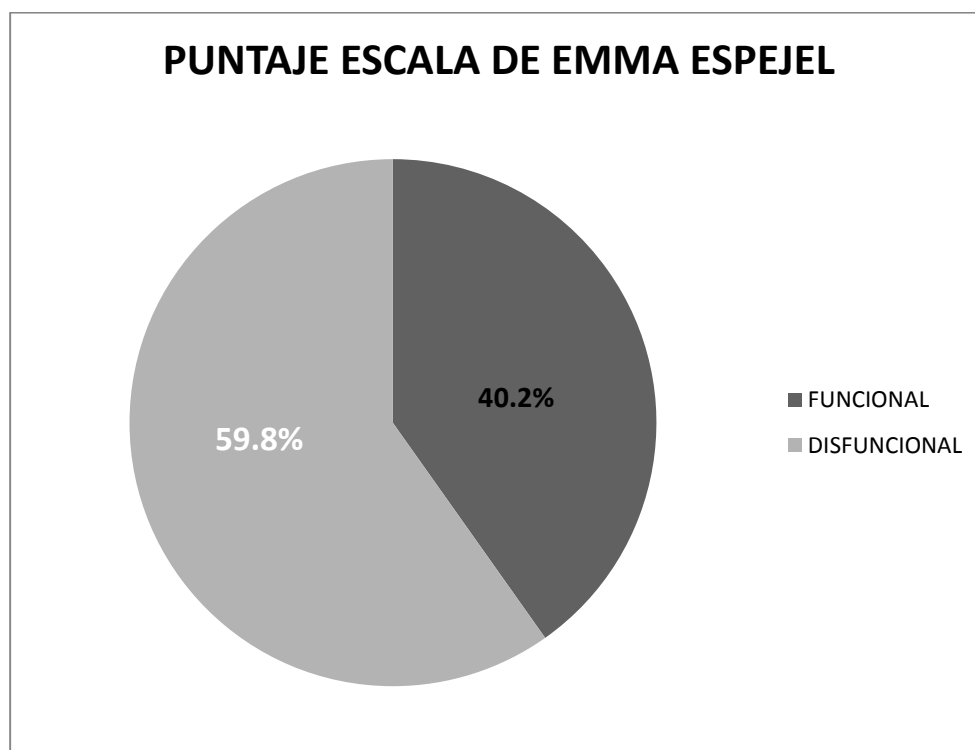


Gráfico 5. Funcionalidad Familiar

ANEXO 15

VARIABLE: AUTORIDAD

Autoridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Familias funcionales	2	2.4
Familias disfuncionales	80	97.6
TOTAL	82	100

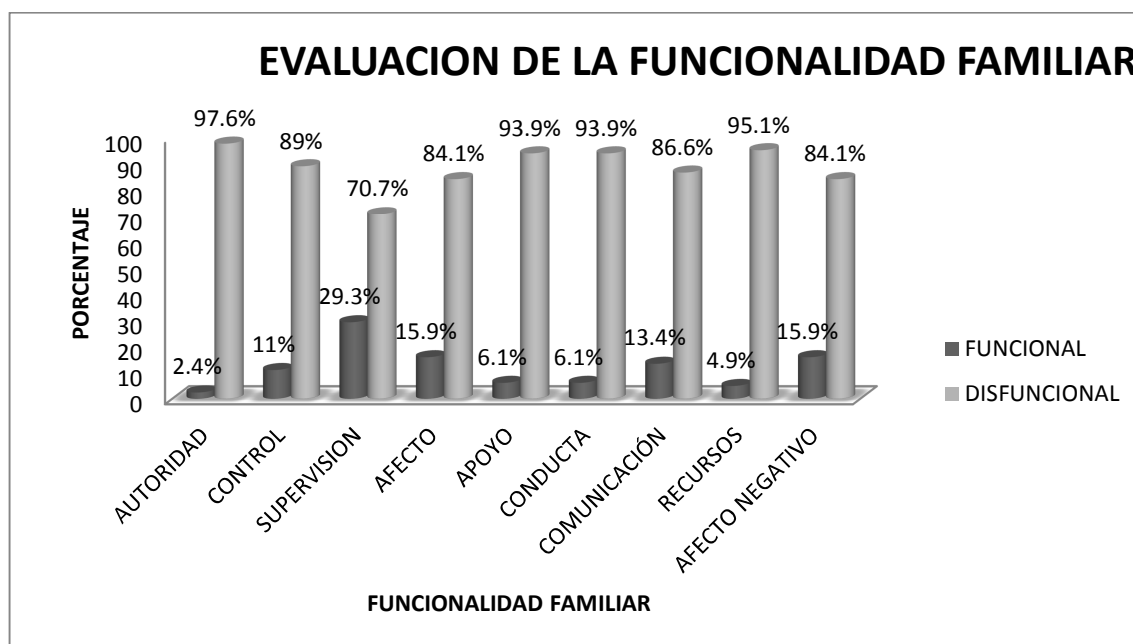
VARIABLE: CONTROL

Control	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	9	11
disfuncional	73	89

TOTAL	82	100
-------	----	-----

VARIABLE: SUPERVISIÓN

Supervisión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	24	29.3
disfuncional	58	70.7
TOTAL	82	100

**Gráfico 6. Evaluación de la Funcionalidad Familiar****ANEXO 16****VARIABLE: AFECTO**

Afecto	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	13	15.9
disfuncional	69	84.1
TOTAL	82	100

VARIABLE: APOYO

Apoyo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	5	6.1
disfuncional	77	93.9
TOTAL	82	100

VARIABLE: CONDUCTA DISRUPTIVA

Conducta Disruptiva	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	5	6.1
disfuncional	77	93.9
TOTAL	82	100

VARIABLE: COMUNICACIÓN

Comunicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	11	13.4
Disfuncional	71	86.6
TOTAL	82	100

VARIABLE: AFECTO NEGATIVO

Afecto Negativo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	13	15.9
Disfuncional	69	84.1
TOTAL	82	100

VARIABLE: RECURSOS

Recursos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcional	4	4.9
Disfuncional	78	95.1
TOTAL	82	100

ANEXO 17**VARIABLE: NIVEL SOCIOECONÓMICO POR METODO DE GRAFFAR**

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Marginal	6	7.3
Obrero	32	39
Medio	27	32.9
Medio Alto	17	20.7
TOTAL	82	100

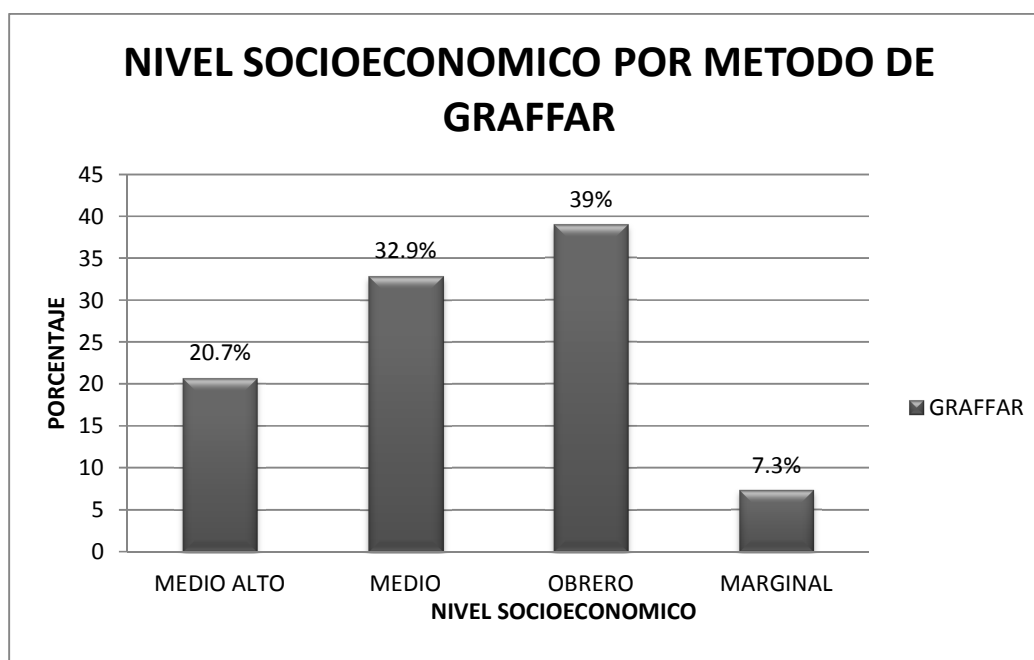


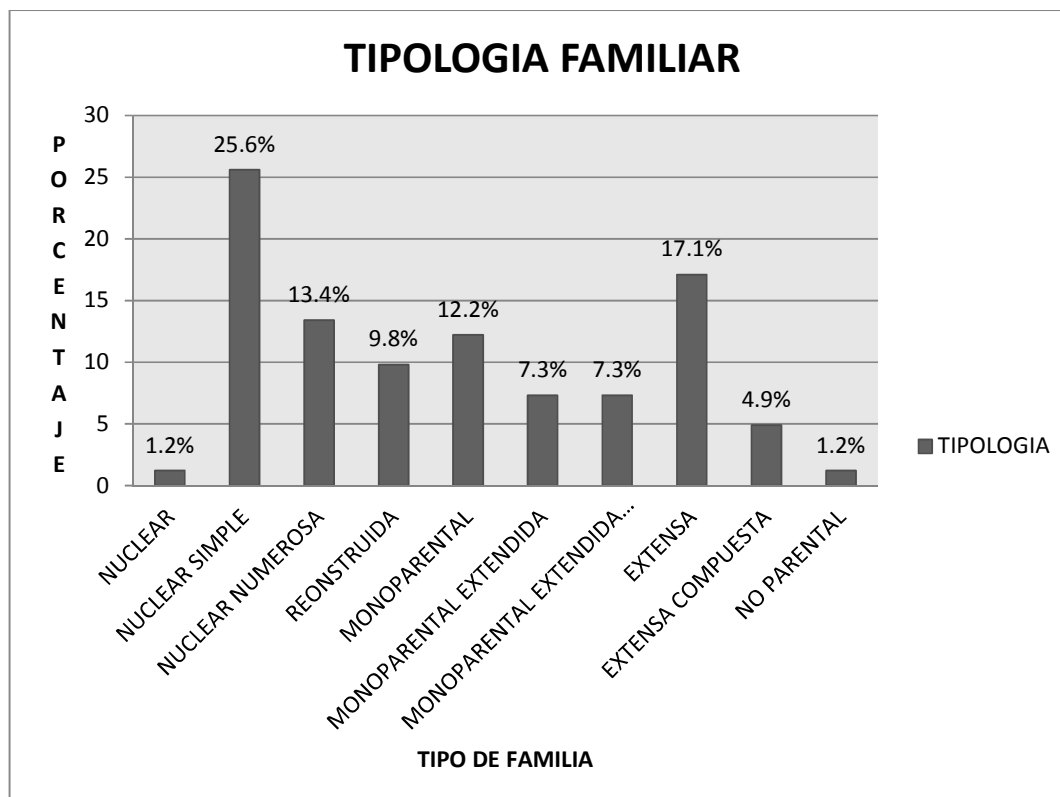
Gráfico 7. Nivel Socioeconómico por Método de Graffar

ANEXO 18

VARIABLE: TIPOLOGIA FAMILIAR

Tipología Familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nuclear	1	1.2
Nuclear simple	21	25.4
Nuclear numerosa	11	13.4
Reconstruida	8	9.8
Monoparental	10	12.2
Monoparental extendida	6	7.3
Monoparental extendida compuesta	6	7.3

Extensa	14	17.1
Extensa compuesta	4	4.9
No parental	1	1.2
TOTAL	82	100

**Gráfico 8. Tipología Familiar****ANEXO 19****VARIABLE: CICLO VITAL FAMILIAR**

Etapas de Ciclo Vital Familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Etapas de Matrimonio	1	1.2
Etapas de Expansión	2	2.4
Etapas de Dispersión	25	30.5
Etapas de Independencia	42	51.2
Etapas de Retiro y Muerte	12	14.6
TOTAL	82	100

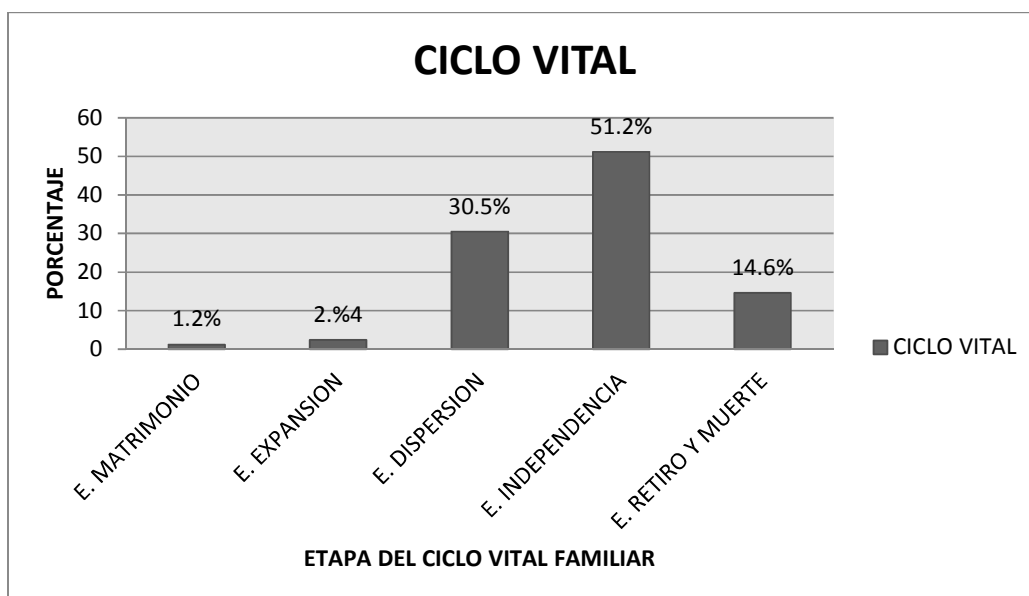


Gráfico 8. Etapas del Ciclo Vital Familiar

ANEXO 20

VARIABLES: EDAD vs FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Edad	Familias Funcionales		Familia Disfuncionales	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
28 a 50 años	18	22	21	25.6
51 a 69 años	15	18.5	28	34.1

TOTAL	33	40.5	49	59.7
-------	----	------	----	------

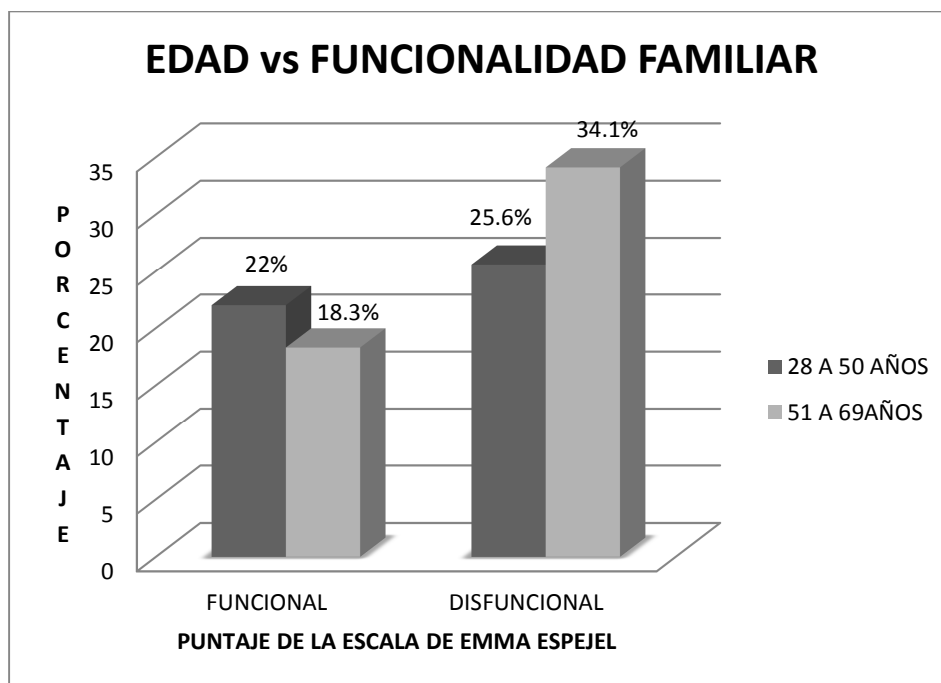


Gráfico 9. Edad vs Funcionalidad Familiar

ANEXO 21

VARIABLES: SEXO vs FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Sexo	Funcionalidad		Disfuncionalidad	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	10	12.2	23	28
Masculino	23	28	26	31.7
TOTAL	33	40.2	49	59.7

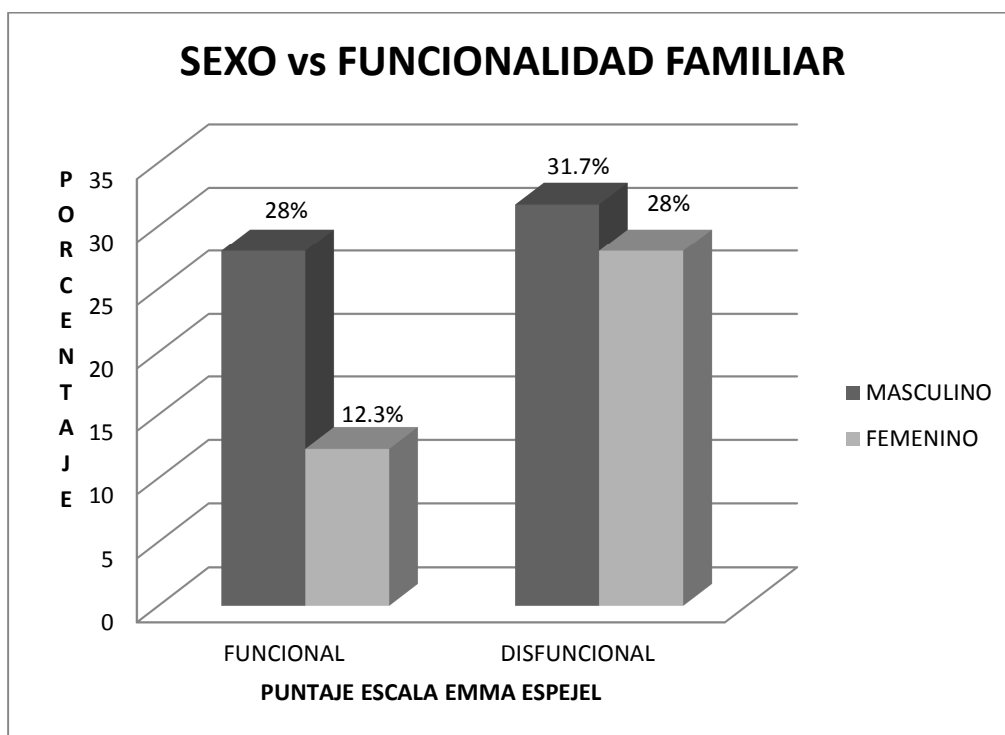


Gráfico 10. Sexo vs Funcionalidad Familiar

ANEXO 22

VARIABLES: IMC vs FUNCIONALIDAD FAMILIAR

IMC	Funcional		Disfuncional	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Normal	1	1.2	0	0
Sobrepeso	4	4.9	8	9.8
Obesidad grado I	18	22	14	17.1
Obesidad	6	7.3	21	25.6

grado II
Obesidad
extrema
TOTAL

	4	4.9	6	7.3
	33	40.1	49	59.9

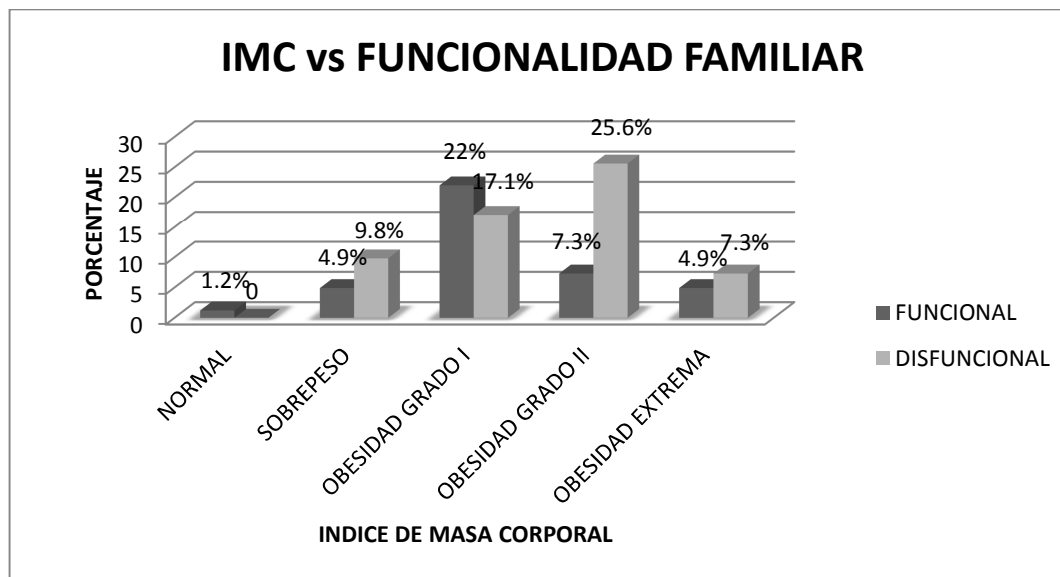


Gráfico 11. IMC vs Funcionalidad Familiar

ANEXO 23

VARIABLES: ESTADO CIVIL vs FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Estado civil	Funcional		Disfuncional	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	4	4.9	4	4.9
Casado	21	25.6	34	41.5
Unión libre	8	9.8	11	13.4
Viudez	0	0	0	0
TOTAL	33	40.3	49	59.7

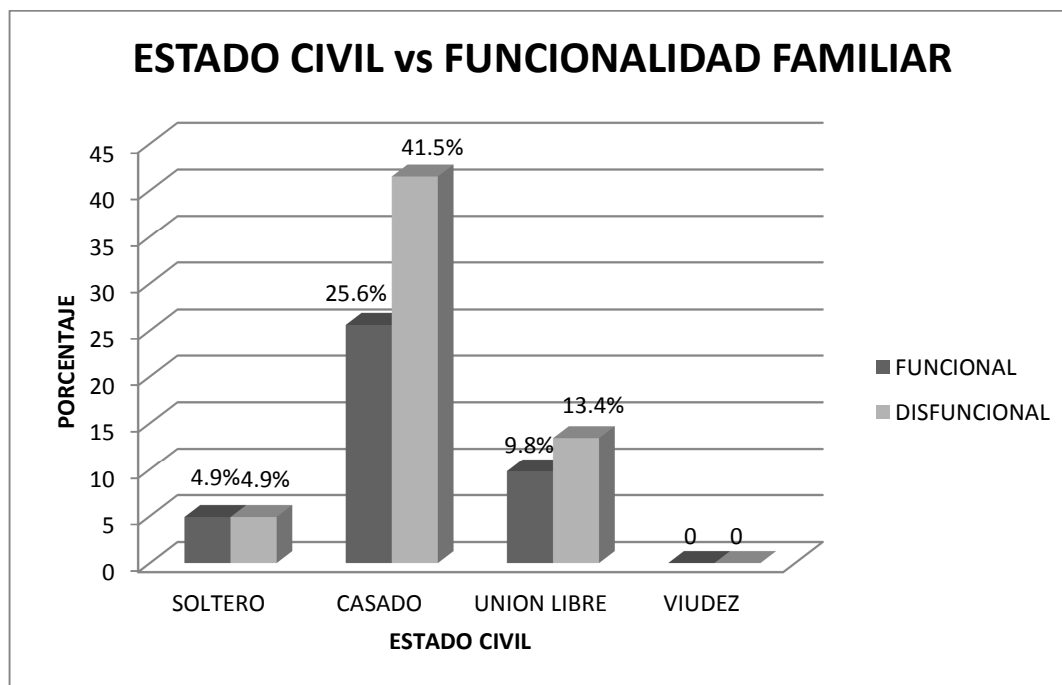


Gráfico 12. Estado civil vs Funcionalidad Familiar

ANEXO 24

VARIABLES: TIPOLOGIA FAMILIAR vs FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Tipología Familiar	Funcionales		Disfuncionales	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nuclear	1	1.2	0	0
Nuclear simple	8	9.8	13	15.9
Nuclear numerosa	4	4.9	7	8.5
Reconstruida	4	4.9	4	4.9
Monoparental	4	4.9	6	7.3
Monoparental extendida	3	3.7	3	3.7
Monoparental	1	1.2	5	6.1

extendida compuesta				
Extensa	3	3.7	11	13.4
Extensa compuesta	4	4.9	0	0
No parental	1	1.2	0	0
TOTAL	34	40.2	33	59.8

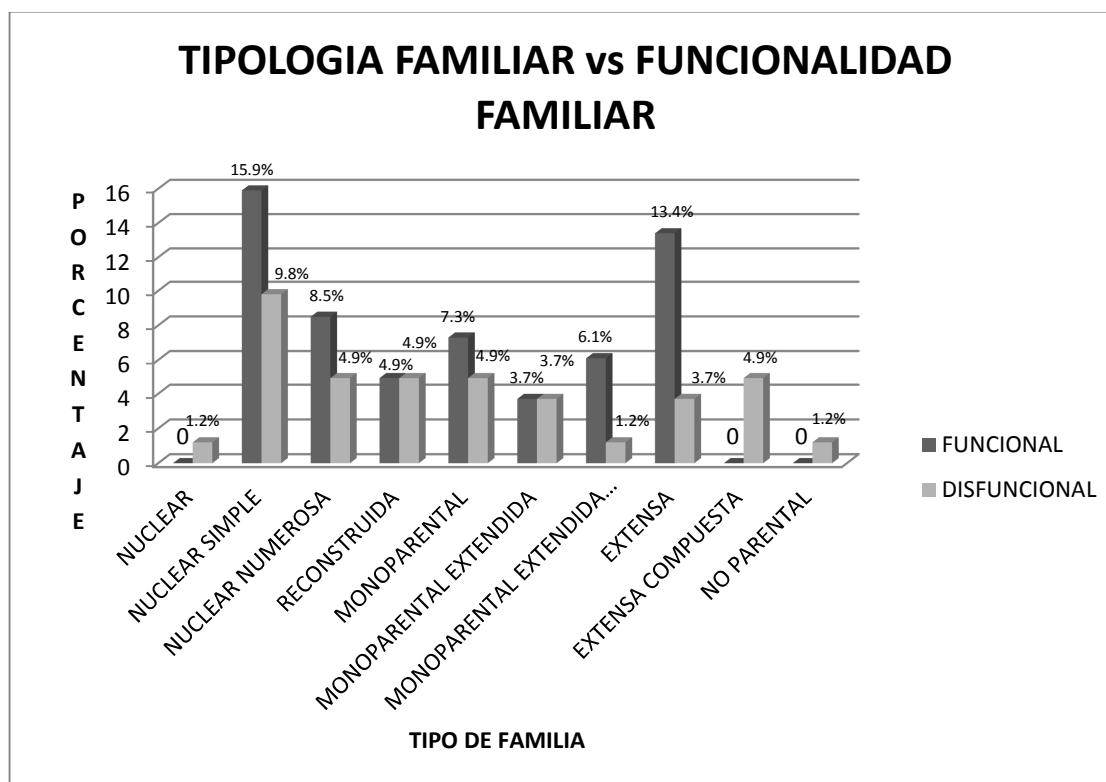


Gráfico 13. Tipología vs Funcionalidad Familiar

ANEXO 25

VARIABLES: ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Etapa del Ciclo Vital Familiar	Funcionales		Disfuncionales	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Etapa de Matrimonio	0	0	1	1.2
Etapa de Expansión	1	1.2	1	1.2
Etapa de Dispersión	11	13.4	14	17.1
Etapa de Independencia	17	20.7	25	30.5

Etapa de Retiro y Muerte	4	4.9	8	9.8
TOTAL	33	40.2	49	59.8

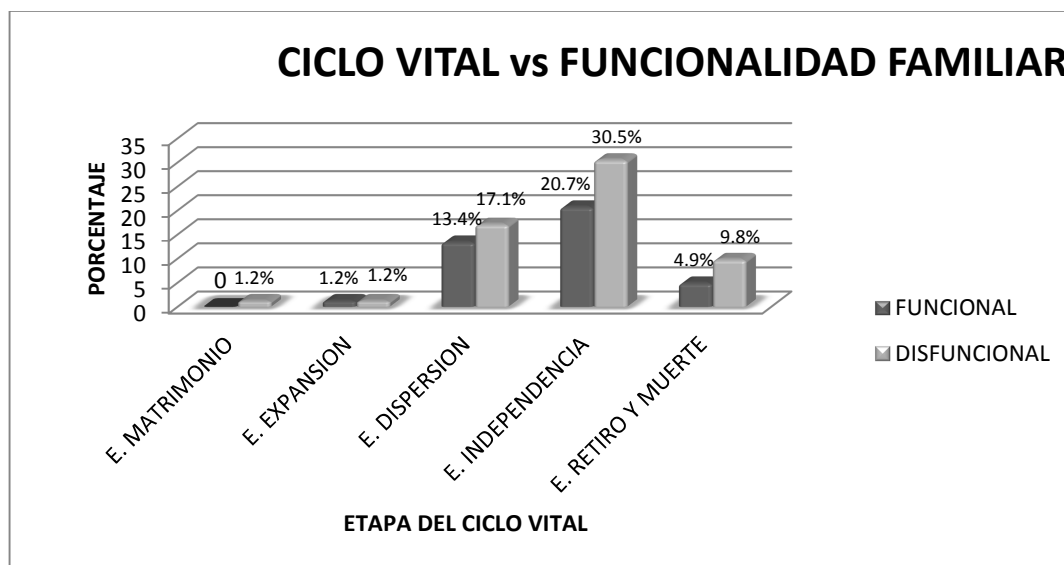


Gráfico 14. Ciclo vital familiar vs Funcionalidad Familiar

ANEXO 26

VARIABLES: NIVEL SOCIOECONOMICO POR METODO DE GRAFFAR Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Nivel Socioeconómico	Funcionales		Disfuncionales	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Marginal	1	1.2	5	6.1
Obrero	10	12.2	22	26.8
Medio	12	14.6	15	18.3
Medio alto	10	12.2	7	8.5
TOTAL	33	40.2	49	59.8

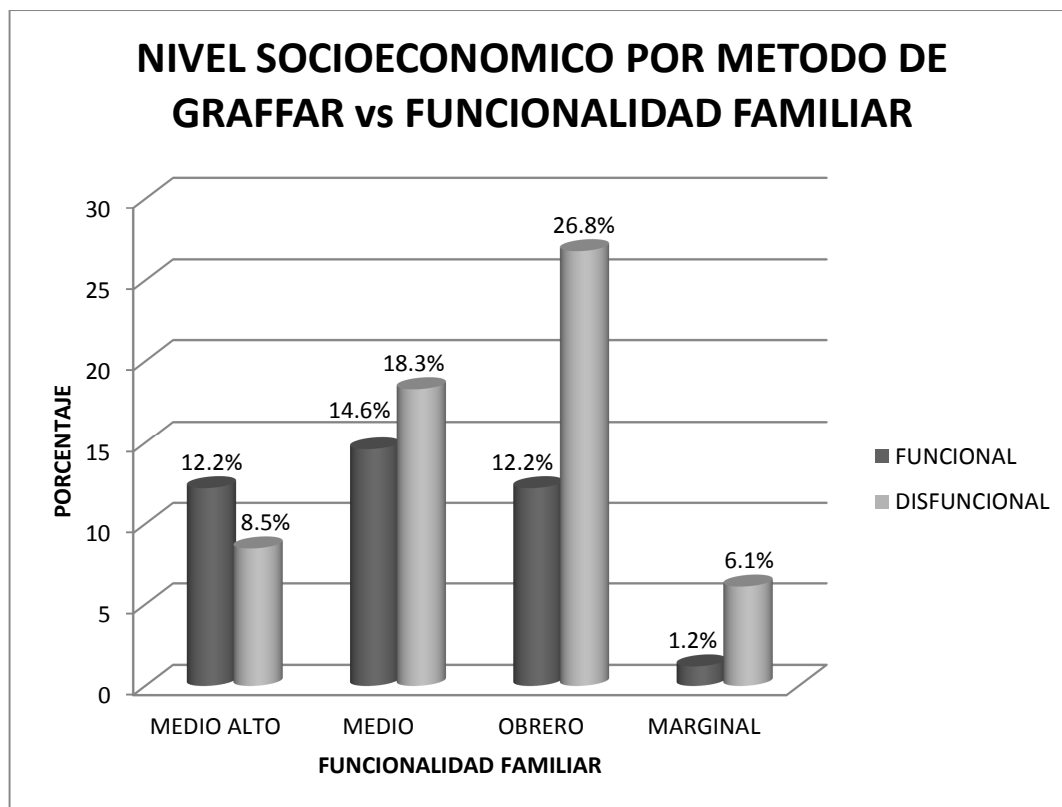


Gráfico 15. Nivel Socioeconómico por Método de Graffar vs Funcionalidad Familiar