

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"GUSTAVO A. MADERO", MÉXICO, D.F.**

**CONOCIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL
(CONFIDENCIAL Y AFECTIVA) A TRAVÉS DE
LA ESCALA DUKE UNC II MODIFICADA,
EN UN GRUPO DE USUARIOS EN LA CLÍNICA
DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"**

**T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. MOISÉS LÓPEZ RIVERA**



ISSSTE

MÉXICO, D.F. 2004

Nº DE REGISTRO: 23.2004



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.

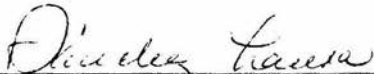
CONOCIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL (CONFIDENCIAL Y AFECTIVA) A TRAVÉS DE LA ESCALA DUKE UNC II MODIFICADA, EN UN GRUPO DE USUARIOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO”.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MOISÉS LÓPEZ RIVERA

AUTORIZACIONES


DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO”
ISSSTE, MÉXICO D. F.

CONOCIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL (CONFIDENCIAL Y AFECTIVA) A TRAVÉS DE LA ESCALA DUKE UNC II MODIFICADA, EN UN GRUPO DE USUARIOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO".

PRESENTA:

MOISÉS LÓPEZ RIVERA

AUTORIDADES DEL ISSSTE.



DR. JORGE ANTONIO VÁZQUEZ CASTILLO.
DIRECTOR DE LA CLÍNICA "GUSTAVO A. MADERO".

DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE
LA CLÍNICA "GUSTAVO A. MADERO"



CONOCIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL (CONFIDENCIAL Y AFECTIVA) A TRAVÉS DE LA ESCALA DUKE UNC II MODIFICADA, EN UN GRUPO DE USUARIOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO".

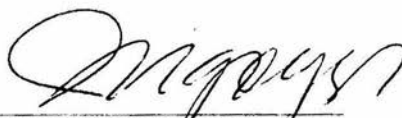
PRESENTA:

MOISÉS LÓPEZ RIVERA

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.



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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.



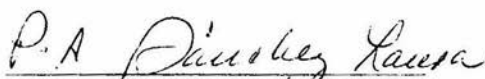
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

CONOCIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL (CONFIDENCIAL Y AFECTIVA) A TRAVÉS DE LA ESCALA DUKE UNC II MODIFICADA, EN UN GRUPO DE USUARIOS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO".

PRESENTA:

MOISÉS LÓPEZ RIVERA

ASESORES DE TESIS



DRA. MARGARITA TERÁN TRILLO
PROFESORA DE LA ESCUELA NACIONAL TRABAJO SOCIAL
U. N. A. M.



DR. E. RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR "A", T. C.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

Agradecimientos:

A mi esposa:

Dedicado a mi esposa Y. R. V. por todo el tiempo que pasamos juntos.

A mis padres:

Por ayudarme y apoyarme siempre, desde el nacimiento hasta la fecha, por darme todo lo que ha estado a su alcance, y que sin ellos no estaría realizando este trabajo.

A mi hermano:

Por estar siempre conmigo y formar parte de mi vida.

A mis maestros:

A todos los doctores de la clínica medica familiar, por tratar de guiarme por el camino de lo que consideran correcto.

A mis asesores:

La doctora Margarita Terán Trillo por mostrarme el inicio y el interés de realizar un trabajo de investigación, y al doctor Ponce por enseñarme que la investigación no es complicada si se realiza con gusto.

A mi tutora:

La doctora Laura Sánchez Escobar, por mostrarme que la de medicina familiar, es más que una especialidad; es un estilo de vida.

Docentes

Agradezco a la doctora Silvia Landgrave Ibáñez por darme orientación, ayuda, y consejos proporcionados muy amablemente cuando lo solicitaba.

ÍNDICE.

	Página
1. MARCO TEÓRICO	01
1.1 ANTECEDENTES	01
1.1.1 Definición de medicina familiar	01
1.1.2 Ejes de acción	01
1.1.3 Perfil profesional del médico familiar	01
1.1.4 Definición de redes de apoyo social	03
1.1.5 Concepto de red social	04
1.1.6 Red de apoyo social en salud	04
1.1.7 Definiciones de apoyo social	06
1.1.8 Intercambio de redes sociales	06
1.1.9 Redes Sociales en la familia	06
1.1.10 Características de las redes sociales	07
1.1.11 Las funciones del apoyo social	08
1.1.12 Estructura de la red	09
1.1.13 Sistemas de redes	10
1.1.14 Antecedentes de la escala de Duke UNC II	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
1.4 OBJETIVOS	14
2 MATERIAL Y MÉTODOS	15
2.1 TIPO DE ESTUDIO	15
2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO	15
2.3 POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO	17
2.4 MUESTRA	17
2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	17
2.6 VARIABLES	17
2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES	18
2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO	19
2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19
2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19
2.11 MANIOBRA PARA EVITAR SESGOS	20
2.12 PRUEBA PILOTO	20
2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	20
2.14 CRONOGRAMA	20
2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	20
2.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS	20

3	RESULTADOS	21
3.1	DATOS DE LOS INTEGRANTES FAMILIARES QUE CONVIVEN CON LOS PACIENTES ENCUESTADOS	21
3.2	DATOS DE IDENTIFICACIÓN, ASÍ COMO EL CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE DUKE UNC II	24
3.3	DATOS OBTENIDOS DE LA ESCALA DUKE UNC II MODIFICADA EN LOS USUARIOS ENTREVISTADOS	27
4	DISCUSIÓN	29
5	CONCLUSIONES	32
6	REFERENCIAS	33
7	ANEXOS	36

Resumen

Objetivo: Aplicar el cuestionario de la escala de Duke UNC II modificada, y conocer las características que tienen las redes de apoyo social (confidencial y afectiva) de los usuarios, de la C. M. F. Gustavo A. Madero (ISSSTE).

Diseño: Descriptivo, transversal, observacional, no comparativo.

Material y métodos: Se aplicaron 150 encuestas en las salas de espera de la Clínica Médica Familiar "Gustavo A. Madero", a los usuarios, durante los meses de mayo de 2004 a Junio de 2004. El cuestionario diseñado incluyó tres secciones: consentimiento de participación voluntaria, ficha de identificación y la escala Duke UNC II modificada.

Resultados: Los datos obtenidos de la escala de Duke UNC II modificada en forma global son: un promedio de 34%, una mediana de 37% y una desviación estándar de 6.8. De acuerdo a la división de la escala global en dos grupos por medio del percentil 15 se obtuvo que: el 84% se encontraba con un apoyo social normal o adecuado. Las áreas confidencial y afectiva, se separaron en grupos obteniéndose: un 84% y 83.3% con puntaje normal respectivamente para cada área. Se realiza la prueba U de Mann-Whitney resultando una $p = 0.0001$. Indicando que si existen diferencias estadísticas entre ellas.

Conclusiones: Se concluye que existe un nivel adecuado de las redes de apoyo social tanto en el área confidencial, como en el área confidencial en la población estudiada. Además se concluye, que se cumple el objetivo principal, al utilizar la escala de Duke UNC II modificada, se estudian las características que tienen las redes de apoyo social en el área confidencial y afectiva de la población. El médico familiar al conocer las redes de apoyo social de la población podrá intervenir en una forma integral y oportuna en beneficio de sus pacientes.

Palabras clave: Red de apoyo social, escala de Duke UNC II modificada, medicina familiar.

Summary.

Objective: Apply the questionnaire of the scale of Duke UNC II modified, and to know the characteristics that have the networks of social support (confidential and emotional) of the users, of the C. M. F. Gustavo A. Madero (ISSSTE).

Design: Descriptive, cross sectional, observacional, not comparative.

Material and methods: Applied 150 questionnaires in the waiting rooms of the unity medicine family "Gustavo A. Madero", to the users, during the months of may from 2004 to June of 2004. The questionnaire designed included three sections: consent of voluntary participation, puts on file of identification, and the scale duke UNC II modified.

Results: The data obtained of the scale of Duke UNC II modified in global form are: an average of 34%, a medium one of 37% and deviated standard of 6.8. According to the division of the global scale in two groups through the percentile 15 was obtained that: the 84% was found with a social normal or adequate support. The emotional and confidential areas, they were separated in groups being obtained: an 84% and 83.3% with normal score respectively for each area. The test is carried out OR of Mann-Whitney resulting a $p = 0.0001$. Indicating that if exist you differentiate statistical among them.

Conclusions: It is concluded that an adequate level of the networks of so much social support in the confidential area exists, as in the confidential area in the population studied. Besides it is concluded, that complies the main objective, to utilize the scale of Duke UNC II modified, the characteristics are studied that have the networks of social support in the emotional and confidential area of the population. The family doctor al to know the networks of social support of the population will be able to intervene in an oportune and integral form in benefit of its patients.

Key words: Network of social support, scale of Duke UNC II modified, family medicine.

1. MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES.

1.1.1. DEFINICIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.

La identificación de un concepto de medicina familiar no es sencilla, puesto que distintos autores y en diversas épocas, han hecho esfuerzos por comprender su esencia. La dificultad radica en la integración de una gran diversidad de ideas que comprenden a la medicina familiar como una disciplina académica, como una especialidad médica y como un modelo de atención a la salud.¹

1.1.2. EJES DE ACCIÓN.

La medicina familiar comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes: estudio de la familia, continuidad de la atención, y acción anticipatoria.¹

Estudio de familia: que permite el entendimiento del entorno bio-psico-social, fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el proceso salud- enfermedad, se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar.

Continuidad de la atención: Se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos, sin importar edad sexo ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para una óptima aplicación.

Acción anticipatoria: Se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de plantear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores.

1.1.3. PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR.

A mediados de los sesenta se empezó a sentir la necesidad de un médico orientado a dar atención integral y continuada de todo individuo.

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), define el perfil del médico familiar, de la siguiente manera:

El médico familiar, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria del individuo y su familia.²

El médico familiar, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello, que solicite apoyo médico a otros profesionales de la salud.

El médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicite atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo, y/o diagnósticos de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la religión, cultura o clase social.

El médico familiar ejerce su rol proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

Gallo a su vez indica que existen 5 áreas de acción del ejercicio profesional del médico familiar en España:³

1.- Área de atención al individuo.

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer, una serie de conocimientos habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda o, y dar así repuesta o tratamiento, para conseguir su desaparición o curación.

La atención del médico de familia se realiza en todas las etapas del ciclo vital y al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención curación y rehabilitación.

2.- Área de atención a la familia.

La tríada formada por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar.

La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno de ellos enferma. Pero también en su aspecto negativo puede ser generadora de enfermedad, y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.

3.- Área de atención a la comunidad.

Todos los textos y documentos que definen el perfil profesional o la práctica de médico de familia, incluyen la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores,

para poder priorizar las acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia.

4.- Área de docencia e investigación.

El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria presentó, en su momento una importante novedad, cuyo desarrollo práctico ha supuesto una notable mejoría cualitativa y cuantitativamente de la investigación realizada en este primer nivel de atención. Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en:

Autoformación.

Formación continuada dentro del equipo de atención primaria

Docencia a otros profesionales.

* Docencia de pregrado.

* Docencia de posgrado.

5.- Área de apoyo (trabajo en equipo, sistema de registro e información, gestión de recursos, administración sanitaria y la garantía de calidad).

En esta última área de práctica del médico de familia han quedado incluidas cuatro sub-áreas que, sin tener individualmente la relevancia e importancia de las cuatro anteriores, deben estar en el perfil del médico familiar, ya que el aspecto del trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad están permanentemente relacionados, en mayor o menor grado, con la actividad del médico familiar.

1.1.4. DEFINICIÓN DE REDES DE APOYO SOCIAL.

Los conceptos que se han dado al término de “red” son variados: no todos quieren decir lo mismo, ni poseen el mismo alcance teórico o empírico. Se trata de denotar acciones e interacciones de individuos y de grupos que permiten, hacer frente común a un número de problemas.⁴

La noción de redes, es aplicable a fenómenos muy diversos, que abarcan desde una serie de interacciones espontáneas que pueden ser descritas en un momento dado y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de prácticas más o menos formalizadas, hasta el intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazándoles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando así, un nivel de complejidad, una nueva dimensión.⁴

Las redes no son estructuras fijas sino dinámicas, compuestas más por funciones, que por personas que las desempeñen de una manera permanente.⁴

1.1.5. CONCEPTO DE RED SOCIAL.

Esta relacionado con la informalidad del intercambio y permite distinguir las características del apoyo que se da y se recibe espontáneamente en las comunidades humanas.⁴

La red de apoyo social es un concepto interactivo, que se refiere en cualquier caso a transacciones de ayuda entre personas.⁵

El concepto de red social fue aplicado por primera vez en antropología, al considerar que todo campo social se integra por redes de interrelaciones personales.⁶

Bott define a la red social como “el grado de conectividad determinada por la capacidad gregaria de los miembros de la familia”.⁶

¿Qué significa presencia o ausencia de una red social?

Por ausencia de debe entender la falta de ayuda en el momento requerido; de ninguna manera debe interpretarse como la inexistencia de una red. Una red puede existir en la percepción de sus miembros, pero estar ausente en circunstancias críticas. La ausencia entonces es diferente al mal funcionamiento de una determinada red. Además, la mera percepción de la red, es decir, su existencia virtual, puede ser tan útil como su existencia real.⁴

1.1.6. RED DE APOYO SOCIAL EN SALUD.

Diversas investigaciones epidemiológicas confirmaron la correlación positiva entre red social y salud. De hecho, cuando se comparan muestras selectivas de población caracterizada por individuos socialmente aislados [por ejemplo solteros, viudos, o personas con pocos amigos y poca participación en actividades sociales informales (clubes) o formales (religión)], con muestras de población de individuos socialmente más integrados, se puede demostrar que la primera tiene más prevalencia de tuberculosis, accidentes, riesgo de infarto al miocardio, así como mayores dificultades de recuperación, y más síntomas físicos y emocionales en personas que han perdido su trabajo.⁷

¿Cuáles son los mecanismos o procesos mediante los cuales la red afecta la salud y la salud afecta la red?, y ¿Cómo y por qué una red insuficiente hace que aumente la probabilidad de que una persona se enferme, y como y porqué tiene el lugar el deterioro de la red cuando se hace presente una enfermedad crónica?

La dificultad para responder estas preguntas tiene que ver, con la mayor parte de estas investigaciones, debido a que son retrospectivas, es decir, toman como punto de partida a los individuos problema y reconstruyen su red social para luego compararla con una muestra control. Esta estrategia permite cotejar rasgos de la red social de ambos grupos pero no informa cual variable precede a cual. A Este conjunto de investigaciones empíricas siguió los estudios epidemiológicos prospectivos, en los a que se estudia una muestra de población y se la sigue a través del tiempo.⁸

¿Cómo la red afecta la salud del individuo?⁸

La reacción de alarma (es decir, la reacción psico-fisiológica de alerta ante lo desconocido, riesgoso o nocivo, reacción cuya cronicidad ha sido asociada positivamente con enfermedad en múltiples estudios) se mitiga con la presencia de figuras familiares.

En un nivel existencial, en los seres humanos las relaciones sociales contribuyen a proveer sentido a la vida de sus miembros. Las relaciones sociales favorecen una organización de la identidad.

En un nivel de práctica social, la red provee una retro-alimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos. Es decir, la red social actúa como monitor de la salud y activador de las consultas a expertos. (“Te noto un poco pálido, por que no vas al médico”).

La red social favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de adhesión de régimen medicamentoso y, en general, cuidados de salud.

¿Cómo la enfermedad de un individuo afecta su red? .⁸

La presencia de una enfermedad, impacta las interacciones entre un individuo y la red social más amplia, a través de diferentes procesos interconectados.

La enfermedad posee un efecto interpersonal, es decir, generan en los demás conductas evitativas. Este fenómeno es bien conocido por quienes han padecido cáncer, los que suelen describir que amigos y conocidos, al enterarse del diagnóstico, literalmente aumenta la distancia física.

La enfermedad restringe la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de los contactos sociales y lo aísla. Por ejemplo, el sujeto puede dejar de trabajar o asistir, a la escuela o a los servicios de su congregación religiosa o a las actividades de su club.

La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red. Dado que toda red posee cierta inercia, esta falta de activación resulta, a la larga, suficiente como para reducir la participación de los otros, lo que desvitaliza el intercambio interpersonal, cosa que reduce a un más la iniciativa del sujeto, y así, se convierte en un círculo vicioso.

La presencia de una enfermedad en una persona reduce su posibilidad de generar comportamientos de reciprocidad en el cambio interpersonal de la interacción social, es decir, la persona enferma tiene menos posibilidad de ofrecer comportamientos equivalentes a los de las personas que lo cuidan.

El apoyo social tiene muchos efectos benéficos en la salud,^{6,9,10} por lo que hay un interés por el análisis y la cuantificación del apoyo social dentro de las actividades del médico familiar¹¹. Favorece la asistencia de control prenatal, en el tratamientos de trastornos

depresivos, en pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías y trastornos de las vías biliares, entre otras.^{12, 13}

1.1.7. DEFINICIONES DE APOYO SOCIAL

Se han dado muchas definiciones de apoyo social una es “el grado en que las necesidades básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiéndose por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación”⁹

Se denomina apoyo social a un conjunto de aspectos cualitativos.⁹

1.1.8. INTERCAMBIO DE REDES SOCIALES.

Desde los años cincuenta ha habido un creciente interés, tanto de la sociología como de la antropología, por comprender la importancia del intercambio solidario entre personas como factor que permite el desarrollo de una gran cantidad de actividades cotidianas y que facilita una inserción más eficaz de individuos y familias enteras en el sistema productivo, constituyéndose en estrategias para una mejor supervivencia.⁴

Este intercambio de bienes y servicios no es igual a través del tiempo ni en términos de cantidad; en este sentido se habla de intensidad del intercambio entendido como “la medida del flujo recíproco de bienes y servicios; tanto en cantidad y frecuencia como en su valor social en un intervalo de tiempo dado”.⁴

1.1.9. REDES SOCIALES EN LA FAMILIA.

El establecimiento de las redes sociales se debe a diversas circunstancias de carácter cultural; el más importante (no el único), es el parentesco, que se remite a la relación que se establece con las personas unidas por lazos de sangre, o bien por acuerdos jurídicos o extra-jurídicos, sustentados en normas sociales.⁴

Si bien el parentesco se constituye como la base más estable para el establecimiento de redes familiares, a medida que una sociedad se hace más compleja, al igual que las funciones familiares; las principales esferas de la vida social tienden a aislarse, lo que ocasiona que las relaciones sociales sean más complejas y la interacción entre las redes de parentesco no sea tan fluida.⁴

Aunque existen ciertas bases para que el intercambio se realice entre las redes sociales estas no operan de manera homogénea, en el interior de las familias de un mismo grupo social. Incluso donde existe cierto intercambio, ello no implica la presencia de altos grados de reciprocidad y correspondencia, así como de armonía entre los miembros, ya que la estructura y dinámica de cada familia imprime matices y diferencias a su comportamiento.⁴

El funcionamiento adecuado de las redes tiene una importancia crucial cuando se presentan situaciones inesperadas o de crisis, y las familias demandan cierto tipo de bienes o

servicios. No obtenerlos en esos momentos puede tener diversos grados de repercusión en el sistema familiar.⁴

1.1.10. CARACTERÍSTICAS DE LAS REDES SOCIALES.

Se puede distinguir dos elementos esenciales en las redes sociales: su estructura y su función.

En cuanto su estructura vale la pena mencionar tres dimensiones centrales.⁴

1.- Densidad de la red que expresa:

La extensión de la red, caracterizada por el número de individuos que la integran, por lo que puede ser:

- a.1) Amplia, integrada por numerosos individuos con diversos lazos sociales.
- a.2) Restringida a un número pequeño de sujetos.

La frecuencia de los intercambios, por lo que pueden ser.

- b.1) Frecuente.
- b.2) Esporádica.

2.- Conectividad de la red que puede ser:

Estable cuando la red no condiciona sus intercambios por intereses de sus integrantes, lo que la hace incondicional y por lo tanto continua.

Inestable si la red condiciona sus intercambios por intereses de los que la integran y por lo tanto es discontinua, es decir, no se cuenta con ella en toda ocasión.

3.- Porosidad de la red, que expresa si esta es:

Permeable cuando permite la incorporación de nuevos integrantes.

Impermeable, cuando no permite la incorporación de nuevos integrantes.

En cuanto al funcionamiento de una red depende, además de las variadas combinaciones de los componentes que la estructuran, de condiciones objetivas, expresadas por:

1. El lazo social organiza la red, definido:

Por la consanguinidad o el parentesco.

Por la amistad y otros lazos afectivos.

Por las relaciones vecinales y comunitarias.

2. La accesibilidad de la red, que puede ser predominantemente:

- a) Espacial o geográfica, en términos de cercanía o lejanía física de quien presta ayuda.
- b) Temporal según la disponibilidad y oportunidad en el tiempo.

3. El tipo de intercambio, que puede ser:

De información.

De otros bienes y objetos materiales.

De tiempo (por ejemplo para la crianza y cuidado de los niños pequeños) y espacio (por ejemplo para dar cobijo a parientes o amigos en la propia casa).

Convivencia social y apoyo moral.

Ayuda extraordinaria, proporcionada en eventos y situaciones emergentes o urgentes.

1.1.11. LAS FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL.

El tipo de intercambio interpersonal entre los miembros de la red, determina las llamadas funciones de la red. Un listado breve son:⁹

Compañía social.

Apoyo emocional.

Guía cognitiva y consejos.

Regulación social.

Ayuda material y servicios.

Accesos a nuevos servicios.

Compañía social. Es la realización de actividades conjuntas o simplemente el estar juntos.

Apoyo emocional. Intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo, y apoyo; es el poder contar con alguien emocionalmente, y con su buena voluntad. Hay que diferenciar entre “interacciones frecuentes” y “relaciones de intimidad” (como algunos compañeros, de trabajo tienen interacciones frecuentes pero no íntimas, y algunos familiares pueden tener interacciones tanto frecuentes o íntimas).

Guía cognitiva y consejos. Interacciones destinadas a compartir información personal social aclarar expectativas y promover modelos de rol.

Regulación (o control) social. Interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas, permiten una disipación de la frustración y de la violencia, y favorecen la resolución de los conflictos.

Ayuda material y de servicios, es decir, la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto ayuda física, incluyendo los servicios de salud.

Acceso a nuevos contactos, es decir, la apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo; éste es un punto importante en toda relación, pero aparece como rasgo importante sólo en algunas relaciones.

Otro tipo clasificación de bienes y servicios intercambiados en la red lo realiza Bronfman de la siguiente manera.⁴

- a) Información: como ejemplo, referencias sobre oportunidades de vivienda, trabajo, prestaciones de servicio, consejos para realizar acciones entre otros.
- b) Bienes y objetos materiales, tales como, asistencia laboral a un pariente o conocido para la obtención de un empleo, ayuda monetaria, herramientas ayuda laboral entre otros.
- c) Tiempo y espacio dados como servicios: alojamiento, comida, ayuda o asistencia a parientes o conocidos.
- d) Convivencia social y apoyo moral, amistad; participación común en ceremonias y rituales.
- e) Ayuda extraordinaria: cuando existe situaciones especiales, durante periodos de crisis, en las muertes, en los accidentes, los desastres y los problemas personales de los miembros de las familias.

1.1.12. ESTRUCTURA DE LA RED.

Aunque el conocimiento de la red social no es nuevo, su análisis si es reciente y ha permitido estructurarla en un conjunto de contactos formales e informales.⁶

Redes sociales informales.

Surgen como base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad, y solidaridad, siendo la familia la unidad la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos que nutren el sistema de intercambio. Cabe mencionar que aun que no se regulan por normas rígidas, se fundamentan en una serie de valores, que generan compromisos entre los sujetos que intervienen.⁶

Redes sociales formales.

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

Puede existir una transición de las redes informales hacia las formales, o bien incluir algunas de sus características; como sucede con los grupos de auto ayuda.⁶

Las características estructurales de la red son:⁹

Tamaño, es decir, número de personas en la red. Hay indicaciones de que las redes sociales de tamaño mediano son más efectivas que las redes pequeñas o las muy numerosas. Las redes mínimas son menos eficaces en situaciones de sobrecarga. Las redes muy numerosas, a su vez, corren el riesgo de la inacción basadas en el supuesto de que, “ya alguien se debe estar ocupando del problema”. Factores que influyen en el tamaño de la red incluyen las migraciones, el tiempo.

Densidad, es decir, conexión entre los miembros; parientes cercanos que son a su vez íntimos entre sí; un nivel de densidad medio favorece la máxima efectividad, para permitir el intercambio de impresiones. Una red con un nivel de densidad muy alto favorece la conformidad en sus miembros (presión para la adaptación del individuo a las reglas del grupo) y si la desviación individual persiste, favorece la exclusión del individuo de la red.

La evaluación de la dimensión “densidad” debe complementarse con análisis más cualitativo, tales como detectar la presencia de subsistemas coherentes o conjuntos en la red y su relación con el individuo.

Composición o distribución, es decir, qué proporción de miembros de la red está localizada en cada cuadrante (familia, amistades, relaciones laborales o relaciones comunitarias) y en cada círculo; las redes menos localizadas son menos flexibles y efectivas, y generan menos opciones que las redes de distribución más amplia.

Dispersión, es decir, la distancia geográfica entre los miembros, lo que obviamente, afecta la facilidad de acceso, y por lo tanto afecta la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo de respuesta a las situaciones de crisis.

1.1.13. SISTEMAS DE REDES.

Merece tomar la decisión acerca de en que lugar se trazará la frontera de red social significativa, en cierta medida, arbitraria, y se lleva a cabo por razones más prácticas conceptuales, a saber, para no perdernos en la inmensidad de la red macro ecológica.⁹

Mediante una indagación apropiada es posible discriminar entre la microrred social personal (entre mi red social significativa, o la red del sujeto o subgrupo al que definamos como quien describe) y la red “macro” que incluye la comunidad de la que formamos parte, nuestra sociedad, nuestra especie, nuestra ecología. Para subrayar la naturaleza arbitraria de esa frontera basta traer a colocación que los paradigmas de red son también utilizados para implementar acciones educativas y comunitarias movilizandolas redes sociales mucho más vastas, Elina Dabas llama apropiadamente “red de redes”. La complejidad de los sistemas de red social se asemeja esquemáticamente a un conjunto de círculos concéntricos, donde en medio se encuentra el individuo y cada línea concéntrica es un sistema que lo forma: un individuo, familia, grupos de ayuda, instituciones, y así sucesivamente se pueden implementar círculos; donde no hay que olvidar que cada sistema interactúa con otros sistemas.⁹

En un nivel más microscópico, a su vez, la red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.⁹

La red social puede ser registrada en forma de mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada. El mapa puede ser sistematizado en:

Familia.

Amistades.

Relaciones laborales o escolares.

Relaciones comunitarias de servicio o de credo.

Sobre estos se inscriben tres áreas:

Un círculo interior de relaciones íntimas (tales como familiares directos con contacto cotidiano, y amigos cercanos).

Un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso (tales como relaciones sociales o profesionales con contacto personal pero sin intimidad, amistades sociales y familiares intermedios).

Un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales (tales como conocidos de escuela o trabajo, vecinos, familiares lejanos).

1.1.14 ANTECEDENTES DE LA ESCALA DE DUKE UNC II.

Entre los instrumentos que se han diseñado para medir el apoyo social, destaca por su sencillez y brevedad, la escala de Duke UNC II modificado y validado por Broderhead¹⁰ que evalúa el apoyo percibido (no el real).

El cuestionario original incluía preguntas sobre la cantidad de apoyo, el apoyo confidencial, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental. Tras la validación del cuestionario quedo reducido a dos dimensiones, apoyo confidencial y apoyo afectivo.¹⁰

Este cuestionario fue elaborado en la Universidad Duke de Carolina del Norte, por lo cual recibe su nombre DUKE UNC (Universidad de Carolina) en el año de 1982 pero fue estudiado hasta el año de 1985 por Hause y Kahn.¹⁰

En el año de 1988 en el artículo de W. E. Broadhead,¹⁰ se realiza la validación de este cuestionario el cual contaba inicialmente con 14 preguntas que mencionan la cantidad de apoyo, apoyo confidencial, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental.

Fue aplicado en de noviembre de 1983 a mayo de 1984, a una población de 40 pacientes del estado de Carolina del Norte, Estados Unidos de Norte América; ya tomando los criterios de inclusión para estos pacientes. Al final del artículo la autora concluye que tres preguntas no tuvieron validez, por lo que el cuestionario original quedo reducido a 11 preguntas, y solo dos dimensiones el apoyo confidencial (que evalúa la posibilidad de contar con personas para comunicarse), y el apoyo afectivo (que evalúa si existen demostraciones de amor, cariño y empatía).

Recibiendo así el nombre de Escala de Duke UNC II, por la segunda modificación.

Posteriormente en el año de 1991 L. De la Revilla en su artículo (Revilla 1991 p-48 a 54)¹¹ realiza la validación de este cuestionario en el centro de salud de Cartuja de Granada en

España, a una población de 39 individuos ya tomados previamente con criterios de inclusión. Al final del artículo indica que existió una correlación de las preguntas con las dimensiones de apoyo confidencial y apoyo afectivo por lo que si tiene validez. Además de estar de acuerdo en dividir al cuestionario en estas dimensiones. La primera dimensión formada por las preguntas, 1, 4, 6, 7, 8 y, 10 que corresponden al apoyo confidencial. Y la segunda dimensión que esta formada por las preguntas 2, 3, 5, 9, y 11 que corresponde al apoyo afectivo. Afirma que es un instrumento válido para describir el grado del apoyo social, funcional en sus dos dimensiones confidencial y afectiva; su uso permite descubrir situaciones de riesgo social elevado, permitiendo en su caso realizar las pertinentes intervenciones de apoyo. Este instrumento es rápido y sencillo; su manejo viene a cubrir un vacío existente en el estudio de recursos familiares y de apoyo social en el campo de la atención primaria.

En el año de 1996 J. A. Bellón.⁹ Quiso establecer la fiabilidad y la validez del cuestionario. Concluyó en su investigación, que la escala Duke UNC 11 cuenta con los elementos necesarios para tener fiabilidad y validez en la población del lugar de dicho estudio.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “es el estado de bienestar físico, mental y social, de un individuo, y no únicamente la ausencia de enfermedad o afección”.¹⁴

El bienestar social de un país depende de la salud en la población, por lo que resulta de importante la calidad de los servicios, para la atención de estos.

Los servicios de atención primaria a la salud para la población abierta y que se proporcionan en las Unidades de Medicina Familiar; pertenecen al Sistema de Salud del país. Perciben la necesidad de optimizar los recursos, con el fin de controlar padecimientos desde sus primeras etapas, e implementar la atención preventiva.

En el caso del Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la responsabilidad de que las estrategias arrojen resultados favorables, no solo deben recaer en las autoridades y prestadores de servicios de salud, sino en todos los sectores sociales involucrados; en donde los usuarios derechohabientes, constituyen el elemento básico en la medida que se logre alcanzar mayores niveles de convivencia, comunicación, educación, aceptación, y apoyo, a través de una participación consistente y organizada, orientada desde los propias unidades de Medicina Familiar.

Resultando así, a la familia como el principal factor en los procesos de prevención y atención a la salud, y que basadas en sus convivencias cotidianas, conforman redes sociales que por su magnitud e intensidad constituyen una fuente de sobre vida, ante procesos adversos originados por padecimientos infecciosos, crónico-degenerativos, y emocionales.

Por lo anterior es importante aclarar que el usuario que asiste a la Clínica “Gustavo A. Madero” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado

(ISSSTE), en busca de atención, experimenta situaciones complejas y difíciles, no sólo atribuibles a su padecimiento.¹⁵

Por lo tanto el desconocimiento de preceptos técnicos para el adecuado ejercicio de los cuidados primarios, se asocia con afecciones de la salud, e implicaciones emocionales que afectan su desarrollo habitual; así como en su interacción social respectiva.

En su conjunto los aspectos señalados constituyen las variables físicas, emocionales, económicas y sociales que requieren ser identificadas en la población (usuarios) de la Clínica Gustavo A. Madero.

En la Clínica de Medicina Familiar, el problema que motivó a realizar este trabajo, es el desconocimiento de las redes de apoyo social en los usuarios, en el área confidencial y afectiva; no conocemos sus características, ni la frecuencia con las que estas redes se dan, esto originó que dicho estudio se diseñara con la idea de conocer las redes de apoyo, en la Clínica.

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Dentro de las funciones del Médico Familiar destaca la promoción a la salud y la prevención de las enfermedades de la población a su cargo, para efectos de la investigación, son las familias dentro de esta población a quienes se les debe ver con un enfoque de riesgo, a la vez de brindarle continuidad en su atención, partiendo en un estudio de familia con la finalidad de conocer su entorno bio-psico-social.

La importancia de la presente investigación para los médicos especialistas, enfermeras, trabajadores sociales y, en general para todo interesado, en los resultados arrojados por la misma, esta en función de los objetivos establecidos:

El enfoque médico familiar de las redes sociales abre un campo de investigación que permite explorar los sistemas familiares considerando su interacción con otros sistemas, dirigidas al mejoramiento del nivel de salud mediante el aprovechamiento de los recursos disponibles en la familia y en la comunidad.⁶

El proceso salud-enfermedad individual y familiar puede modificarse por el apoyo social que las personas encuentren. Esta relación de apoyo social-enfermedad, se hace más relevante en el campo de la atención primaria y en la consulta del médico familiar.¹¹

“El médico de familia es el profesional, que ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada, a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.”³ De lo anterior expuesto el médico debe dar atención integral, y para ello tendrá que valerse de recursos como las redes sociales para dar una mejor atención.

El médico de familia en función de la atención integral y continuada, de pacientes, es también coordinador de recursos, orientador de la familia y la comunidad; estos elementos obligatoriamente deben estar presentes al desarrollar el perfil de médico familiar.³ Para ser

orientador y coordinador el médico familiar debe además tener conocimiento de los recursos de los individuos y familias a su cargo.

El médico familiar debe entender que se debe apoyar no solo de sus conocimientos médicos, ni solo de la ayuda que el mismo paciente se brinde; sino también de la existencia de redes sociales informales como la familia, la cual como se comentó anteriormente, es la que se considera más importante, superando incluso al apoyo de las redes sociales formales, por ejemplo las instituciones de salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), entre otras.

Saber utilizar las redes sociales, permite mejorar la calidad de vida de los usuarios de la Unidad Médica Familiar Gustavo A. Madero.

En caso de que se sospeche de disfunción familiar será necesario proceder a evaluar el grado de alteración y los elementos de la función familiar a través de escalas o cuestionarios para medir el apoyo social.¹⁶

El uso de cuestionarios auto-administrados facilita el conocimiento de la percepción de apoyo social. Son de fácil manejo y ocupan poco tiempo en la consulta médica¹⁷.

El instrumento de la escala de Duke UNC II es un instrumento útil para medir estos recursos en la población de la Clínica Médica Familiar Gustavo A. Madero.

El presente trabajo será parte de inicio en el estudio de las redes sociales en medicina familiar por médicos familiares, especialistas de otras especialidades, enfermeras, y trabajos en conjunto con trabajadoras sociales.

1.4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

El objetivo principal al aplicar el cuestionario de la escala de Duke UNC II modificada, es conocer que características tienen las redes sociales de apoyo (confidencial y afectiva) de los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Fomentar el interés de los médicos familiares por el conocimiento de las redes sociales.

Identificar con precisión las redes confidenciales de los usuarios.

Identificar con precisión las redes afectivas de los usuarios.

2. MATERIAL Y METODOS.

2.1. Tipo de estudio.

El presente estudio es descriptivo, transversal, observacional, no comparativo.^{18, 19, 20.}

2.2. Diseño de investigación del estudio.

Para realizar este estudio se tomaron recomendaciones de la Guía para Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar¹⁸. El diseño general de estudio se presenta a continuación. (Ver figura 1).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.

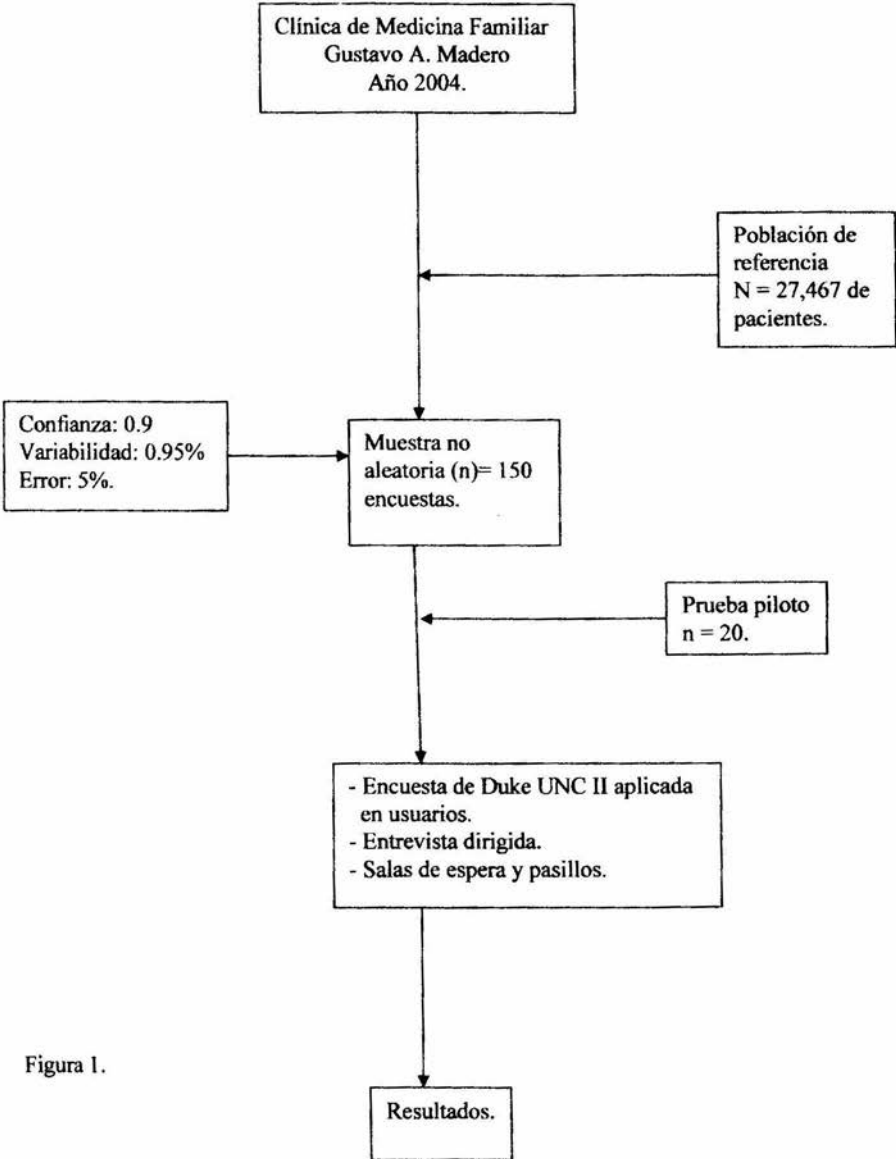


Figura 1.

2.3. Población, lugar y tiempo.

Se incluyeron a todos los usuarios con vigencia de derechos que aceptaron contestar el cuestionario en la sala de espera antes de la atención médica, en los meses de Mayo a Junio del 2004, de la Clínica Médica Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE Zona Norte.

2.4. Muestra.

Se calculó una muestra, con el 95% de confianza. 5% de error y el 0.9 de variabilidad, de una población de 27 467 de población usuaria obteniéndose como resultado una muestra de 138.²¹ La muestra fue no aleatoria, y no representativa.

2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

2.5.1. Criterios de inclusión.

Usuarios mayores de 18 años.

Todos los derechohabientes que se encontraron vigentes en la clínica.

Todos los derechohabientes que aceptaron responder los cuestionarios en forma voluntaria y completa.

Todos los derechohabientes que se encontraron con facultades físicas y mentales para contestar el cuestionario.

2.5.2. Criterios de exclusión.

Usuarios menores de 18 años.

Todos los derechohabientes que se negaron a responder los cuestionarios.

Todos los derechohabientes que no se encontraron con facultades físicas y mentales para contestar el cuestionario.

2.5.3. Criterios de eliminación.

Toda encuesta incompleta.

2.6. Variables.

2.6.1. Se estudiaron 20 variables que conformaron el instrumento dividido en tres secciones.

Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria. (1 variable).

Sección 2: Ficha de identificación y datos de la familia. (8 variables).

Sección 3: Cuestionario de Duke UNC II modificado. (11 variables).

2.7. Definición conceptual y operativa de las variables.

2.7.1 Como todo ser humano que es engendrado, nace, crece, se reproduce y muere; la familia sigue un patrón similar, lo llamamos ciclo vital de la familia, el cual consta de las siguientes etapas:¹

1. Fase de Matrimonio: Esta etapa se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo.
2. Fase de Expansión: La llegada del primer hijo es lo que determina esta etapa, como lo dice su nombre en esta etapa la familia se dilata, se “expande”.
3. Fase de Dispersión: sucede cuando el hijo mayor acude a la escuela y ninguno se encuentra trabajando.
4. Fase de Independencia: La pareja debe aprender a vivir en independencia, sus hijos han formado nuevas familias y ya no dependen económicamente los hijos de los padres (desde el primer hijo que abandona hasta que lo han abandonado todos).²²
5. Fase de Retiro y Muerte: En esta fase se caracteriza por la incapacidad laboral, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, jubilación, muerte de alguno de los cónyuges, y algunas veces el reclutamiento en asilos de ancianos.

2.7.2 La estructura familiar se refiere a la manera en como está conformada la familia con base en la definición del Dr. Irigoyen.²³

Familia nuclear: Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

Familia extensa: Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.

Familia extensa compuesta: además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.

2.7.3 Red de apoyo: Los conceptos que se han dado al término son variados: no todos quieren decir lo mismo, ni poseen el mismo alcance teórico o empírico. Se trata de denotar acciones e interacciones de individuos y de grupos que permiten, hacer frente común a un número de problemas.⁴

Operativamente las redes de apoyo social manifiestan en los usuarios, la obtención de apoyo, tanto emocional y confidencial de familiares, amigos o conocidos.

Apoyo confidencial, por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o disponen de personas con las que pueden compartir sus inquietudes o problemas.⁹

Apoyo afectivo, que puede concretarse en expresiones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos.⁹

2.8 Diseño estadístico.^{18, 19}

2.8.1 ¿Cuál fue el propósito estadístico de la investigación?

Describir el apoyo social (confidencial y afectivo) más frecuente en los usuarios de la Clínica Médica Familiar “Gustavo A. Madero”.

2.8.2 ¿Cuántos Grupos se investigaron?

Se investigó un grupo de 150 usuarios.

2.8.3 ¿Cuántas mediciones se realizaron en el muestreo?

Una sola medición.

2.8.4 ¿Cómo se realizaron las mediciones?

Independientes.

2.8.5 ¿Qué tipo de variables fueron medidas?

Cualitativas y cuantitativas

2.8.6 ¿Qué tipo de muestra se investigó?

Muestra no aleatoria, no representativa.

2.9 Instrumento de recolección de datos.

Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario creado para lograr los propósitos específicos, además se agrega la “Escala de Duke UNC II modificada”.

El cuestionario consta de tres secciones.

Consentimiento de participación voluntaria (CPV).

Ficha de identificación y datos de la familia.

Escala de Duke UNC II modificada.

2.10 Método de recolección de datos.

En la sala de espera de la Clínica Médica Familiar Gustavo A. madero del ISSSTE, se invitó a los usuarios, a participar en las encuestas. Se realiza entrevista directa y con previa información del estudio se leyó el consentimiento de participación voluntaria; se procedió a realizar las preguntas recordando a los pacientes que si por algún motivo decidían suspender el cuestionario, lo podrían hacer. Se tomaron al final 158 encuestas de las cuales se eliminaron 8 por estar incompletas, quedando así 150 encuestas. Posteriormente se procedió a vaciar la información de las 150 encuestas en el sistema estadístico SPSS 10 para investigación.

2.11 Maniobras para evitar sesgos.

Las encuestas fueron realizadas por el mismo investigador, para evitar durante la toma de datos, el sesgo inter-observador.

2.12 Prueba piloto.

Se aplicó una prueba piloto, previa autorización del comité de ética de la clínica, a 20 usuarios; en la cual se observó, confusión en las respuestas contenidas en el cuestionario original de la escala “Duke UNC 11”, por lo que se procedió a modificar las respuestas tipo Likert a una escala mas usual en nuestro país; quedando así reducida a 4 respuestas.

2.13 Procedimientos estadísticos.

2.13.1 Plan de codificación de datos.

Se encuentra referido en el anexo 1, cuarta columna.

2.13.2 Diseño y construcción de la base de datos.

2.14 Cronograma.

Ver anexo 3.

2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

El estudio fue realizado por un solo investigador. Los recursos humanos utilizados fueron: el investigador que es residente del tercer año de medicina familiar de la Clínica “Gustavo A. Madero”, el cual aplicó las encuestas. Se utilizó recursos materiales como disquetes de computadora, fotocopias, lápices, borradores, plumas, calculadora, etc. Los recursos físicos fueron la sala de espera. El financiamiento de los materiales estuvo a cargo del investigador.

2.16 Consideraciones éticas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, “investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaran datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos, ni mentales²⁴; así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de “Helsinki” de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en Octubre 2000²⁵.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada persona invitada a participar; cumpliendo así con criterios éticos en la investigación.^{26, 27, 28, 29} Dicho texto se anexa en la primera sección del cuestionario.

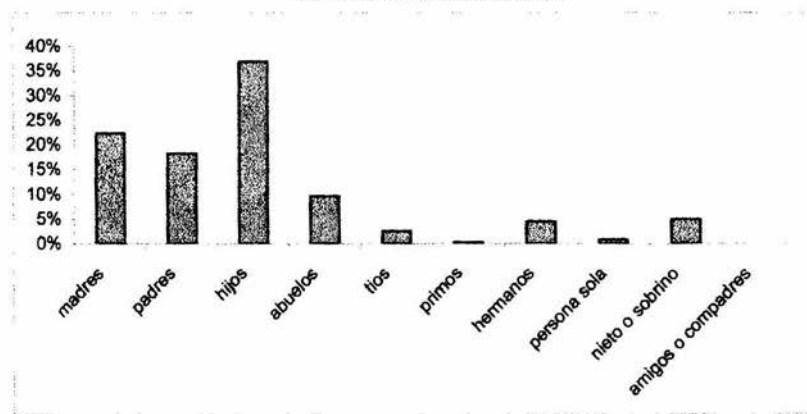
3.- RESULTADOS.

3.1 Datos de los integrantes familiares que conviven con los pacientes encuestados

Se aplicó un total de 150 encuestas, de ellas se obtuvo información de 606 personas.

3. 1. 1. En la figura 2 se describe los porcentajes obtenidos de parentesco que conviven con los usuarios encuestados.

Figura 2
Parentesco de los familiares que conviven
con los usuarios encuestados

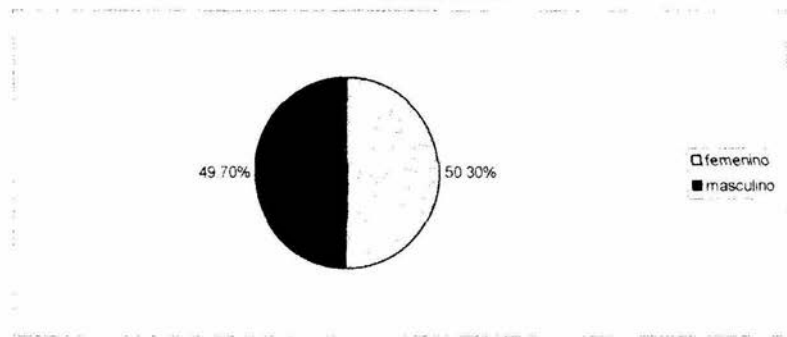


Fuente: encuestas aplicadas.
n= 606 personas

3.1.2. Las 606 personas tuvieron un promedio de edad de 33 años, con una desviación estándar de 20.78 años; la persona con menor edad tuvo 1 año y la mayor 97 años.

3.1.3. En cuanto al sexo de las 606 personas se obtuvieron los porcentajes que se muestra en la figura 3.

Figura 3
Sexo de las personas que conviven
con los usuarios encuestados

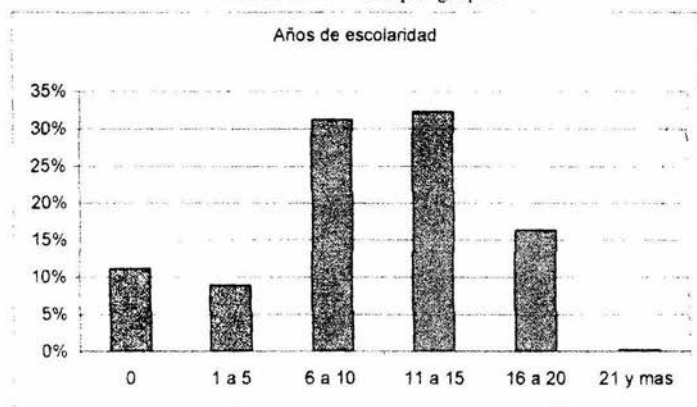


fuelle: encuestas aplicadas
n= 606 personas

3.1.4. De las 606 personas se observó un promedio de escolaridad de 9.57 años, con una desviación estándar de 5.3, con un mínimo de años de estudio de 0 y un máximo de 21 años.

Se separaron por grupos los años de escolaridad como se observa en la figura 4.

Figura 4
Años de escolaridad por grupos.



Fuente: encuestas aplicadas
n= 606 personas

3.2 Datos de identificación en los usuarios encuestados.

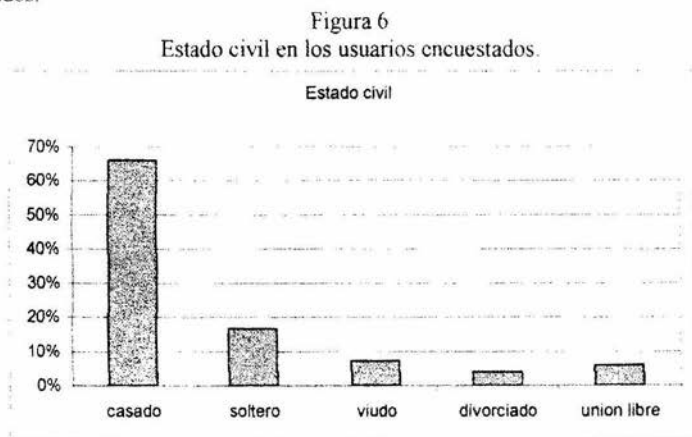
3.2.1 En la edad se observó una mínima de 18 años, una máxima de 87 años, con un promedio de 45.85 y una desviación estándar de 14.07 años.

3.2.2 En la figura 5 se observaron los porcentajes encontrados del sexo en los usuarios encuestados.



Fuente: encuestas aplicadas
n= 150 encuestas

3.2.3 En la figura 6 se muestra los porcentajes encontrados del estado civil de los usuarios encuestados.



Fuente: encuestas aplicadas
n= 150 encuestas

3.2.4 En el cuadro 1 se describe el porcentaje y la frecuencia encontrada de la ocupación en los usuarios encuestados.

CUADRO 1
Ocupación de los
usuarios encuestados.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar (ama de casa)	47	31.3 %
Jubilado o pensionado	25	16.7 %
Desempleado	1	0.7 %
Subempleado	3	2.0 %
Estudiante	4	2.7 %
Conductor de auto, camioneta, o camión	1	0.7 %
Técnico	3	2.0 %
Empleado	38	25.3 %
Profesional	19	12.7 %
Comerciante establecido	2	1.3 %
Directivo	1	0.7 %
Servicios diversos	6	4.0 %
Total	150	100.0 %

Fuente: encuestas aplicadas.

n= 150 encuestas.

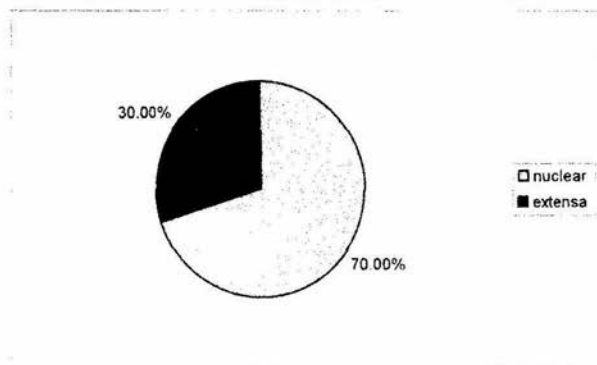
3.2.5 En cuanto a la variable escolaridad, se registró que los 150 usuarios encuestados tuvieron un promedio de 11.55 años, con un mínimo de 1 y un máximo de 20 años, así como una desviación estándar de 4.23 años.

3.2.6 Se observó que el número de integrantes de las familias en los usuarios encuestados registró un promedio de 4.02 con un mínimo de 1, un máximo de 11 y una desviación estándar de 1.66.

3.2.7 En la figura 7 se muestra el porcentaje encontrado de la estructura familiar de los usuarios encuestados.

Nota: cabe mencionar que no se encontró en las 150 encuestas una estructura familiar extensa compuesta.

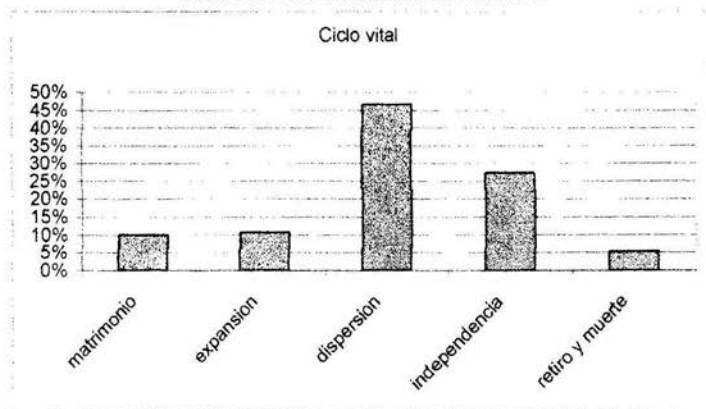
Figura 7
Estructura familiar de los usuarios encuestados



Fuente: encuestas aplicadas.
n= 150 encuestas.

3.2.8 Se muestra en la figura 8 los porcentajes obtenidos del ciclo vital de los usuarios encuestados.

Figura 8
Ciclo vital de los usuarios encuestados.



Fuente: encuestas aplicadas
n= 150 encuestas

3.3 Datos obtenidos de la Escala Duke UNC 11 modificada en los usuarios entrevistados.

3.3.1 En cuanto a los resultados del cuestionario de Duke UNC 11 modificado, se obtuvo los siguientes resultados globales: una media de 34.39, una mediana de 37, y una desviación estándar de 6.8, con un mínimo de 16 y un máximo de 44, mencionando que la menor puntuación que se puede obtener es de 11 y la mayor de 44.

3.3.2 Se utilizó una línea de corte mediante el percentil 15 para clasificar a los individuos en grupos (Duke bajo y Duke normal), tal como lo realiza Bellón en su estudio.⁹ Mediante las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Duke.

El percentil obtenido indicó un valor de 27, por lo que los usuarios que obtuvieron una puntuación menor a 27 en la escala de Duke UNC 11 modificada se clasificaron el grupo de Duke bajo, y los usuarios que obtuvieron una puntuación mayor de 28 se clasificaron en el grupo de Duke normal.

En el cuadro 2 se describen los porcentajes y las frecuencias de los grupos.

Cuadro 2
Grupo asignado según la puntuación Duke.

GRUPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Duke bajo	24	16%
Duke normal	126	84%

Fuente: encuestas aplicadas.
n= 150.

3.3.3 Se describen las características de los grupos encontrados en el cuadro 3.

Se menciona que los rangos de puntuación que se puede obtener en el grupo Duke bajo van de 11 a 27 y el grupo de Duke normal van de 28 a 44.

Cuadro3
Descripción de los grupos

GRUPOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
Duke bajo	16	27	22.79	3.95
Duke normal	28	44	36.83	4.65

Fuente: encuestas aplicadas
n= 150 encuestas

3.3.4 Se realizó la Prueba U de Mann-Whitney, para verificar si existió diferencia estadística entre los dos grupos, obteniéndose una $p = 0.0001$. Demostrándose por lo tanto que si existe diferencia significativa entre estos grupos.

3.3.5 A continuación se separaron las preguntas del cuestionario de Duke en sus dos áreas de estudio; el área confidencial (preguntas 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10) y el área afectiva (preguntas 3, 4, 5 y 11), obteniéndose los datos encontrados en el cuadro 4.

Cuadro 4
Área confidencial y afectiva.

DATOS	ÁREA CONFIDENCIAL	ÁREA AFECTIVA
Media	21.24	13.35
Mediana	22	14
Desviación estándar	4.69	2.77
Mínimo	8	4
Máximo	28	16

Fuente: encuestas aplicadas.
n= 150 encuestas.

Es importante recordar que el valor mínimo obtenible del área confidencial es de 7 y el máximo es de 28; así como valor mínimo obtenible para el área afectiva es de 4 y el máximo es de 16.

3.3.6 Área confidencial. La línea de corte fue también el percentil 15, para separarla en los grupos de área confidencial baja (respuestas con puntaje de 7 a 16) y área confidencial normal (respuestas con puntaje de 17 a 28). En el cuadro 5 se muestra la frecuencia y los porcentajes de los grupos.

Cuadro 5.
Grupos del área confidencial.

GRUPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Área confidencial baja	24	16%
Área confidencial normal	126	84%

Fuente: encuestas aplicadas.
n= 150 encuestas.

3.3.7 Área afectiva. La línea de corte fue también el percentil 15, para separarla en los grupos de área afectiva baja (respuestas con puntaje de 4 a 10) y área afectiva normal (puntaje en las respuestas de 11 a 16). En el cuadro 6 se muestra la frecuencia y los porcentajes de los grupos.

Cuadro 6.
Grupos del área afectiva.

GRUPOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Área afectiva baja	25	16.7 %
Área afectiva normal	125	83.3 %

Fuente: encuestas aplicadas
n= 150 encuestas.

4. DISCUSIÓN.

La población derechohabiente aceptó contestar amablemente la encuesta y algunos de comentarios posteriores a su aplicación fueron positivos, mencionando que el equipo de salud se preocupa por el bienestar del usuario.

En las características de los usuarios se observó, que gran parte de los usuarios fueron mujeres en un 75%, así como una edad promedio de 45 años, que eran en su mayoría amas de casa y en segundo lugar empleado(a)s , con un nivel promedio de 11 años de escolaridad; eran familias pequeñas de 4 integrantes en promedio, en su mayoría pertenecían a familias nucleares que fueron un 70%, en una etapa de ciclo vital en dispersión en mayor proporción.

Se revisó por separado las características de los personas que convivían con los usuarios encuestados, para tener una imagen más completa de dichas familias. Se observó que en su composición familiar eran en su mayoría hijos seguidos de madres y padres, con una escolaridad promedio de 9 años, y en el sexo se encontraba casi las mismas proporciones.

Se observó que durante la entrevista causó extrañeza las preguntas del cuestionario de Duke UNC II modificada, pero al final, se dieron cuenta que explora áreas que no se habían investigado por los trabajadores en materia de salud. Explicando la importancia para el inicio del estudio de las redes sociales en la clínica.

En la escala de Duke UNC II en forma global en comparación con los otros autores, se observó diferencia en los resultados del estudio de Bellón⁹, habiendo más similitud a los encontrados en el estudio de la Revilla¹¹.

Para evaluar mejor las redes de apoyo social Bellón⁹ se utilizó el percentil 15 para dividir la escala de Duke UNC II en grupos, uno puntaje bajo y otro con puntaje normal. Bellón⁹ obtuvo un porcentaje de 85% para el grupo de puntuación normal; se encontró gran similitud, ya que se obtuvo un 84% en la población estudiada.

El grupo con Duke bajo indica que el 16% de la población estudiada posiblemente no cuenta con redes de apoyo adecuadas, así mismo el grupo con un puntaje normal que correspondió a 84% posiblemente cuenta con adecuadas redes de apoyo que pudiera utilizar en algún momento dado. Se menciona la palabra posible, ya que los datos proporcionados por los usuarios, en cuanto a las redes de apoyo social, no son los reales, sino corresponden a los que ellos perciben.

Para el estudio en el área confidencial se observó diferencia en los resultados de esta investigación con en el estudio de Bellon⁹, teniendo más similitud en los resultados obtenidos por de la Revilla¹¹.

De igual forma para el estudio en el área afectiva se observó diferencia en los resultados de esta investigación con en el estudio de Bellon⁹, teniendo más similitud en los resultados obtenidos por de la Revilla¹¹.

Las cifras mostradas nos sirven solo para comparar un marco de referencia; ya que es importante recordar que no se puede realizar una comparación exacta entre los estudios, por que existen diferencias, geográficas, sociales, culturales entre otras, en las poblaciones estudiadas; además que en el presente estudio, se modificó la escala de repuestas. Estas comparaciones ayudan a tener una idea del nivel de las redes de apoyo social, de la población estudiada.

Para el estudio del área confidencial y afectiva, se utilizó el percentil 15, dividiéndose así las áreas en grupos con puntaje bajo y puntaje normal. Se encontró un grupo con 84% en área confidencial normal y otros grupo con 83.3% en el área afectiva normal. Es importante mencionar que no se puede comparar estos resultados con Bellón⁹ y De la Revilla¹¹, porque estos autores no utilizaron el este procedimiento en sus estudios.

Los resultados que se obtuvieron para estas áreas nos muestran que las redes de apoyo en el área confidencial y afectiva se están dando en un gran porcentaje.

Esto se traduce de la siguiente manera: los usuarios encuestados cuentan con adecuado apoyo en el área confidencial para poder recibir información, consejo o guía, o disponen de personas con las que pueden compartir sus inquietudes o problemas.

De igual forma respecto al área afectiva los usuarios encuestados presentan un adecuado apoyo, que puede manifestarse en expresiones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos.

Para saber si existieron diferencias estadísticas se realizó la prueba U de Mann-Whitney, mostrando una $p = 0.0001$, indicando diferencias estadísticas en los grupos normal y bajo. Se concluye entonces que estas diferencias que existen, si son significativas y marcan una desigualdad en las redes de apoyo social que reciben los usuarios.

Se refiere por parte de los usuarios que las redes sociales de apoyo que reciben generalmente son en su mayoría de familiares directos con los que conviven, y muy poco de amigos, compadres, vecinos, etc. Esto es importante, ya que el médico familiar puede contar en algún momento con el apoyo de estas instancias en el tratamiento integral de los usuarios; y en el caso de los usuarios que obtuvieron una puntuación baja (Duke bajo) habrá mayor dificultad para proporcionarlo, al no existir un apoyo adecuado. En el último grupo, el médico familiar tendrá que proporcionar un apoyo social más intenso, valiéndose de otras redes como son las materiales que brindan apoyo económico, laboral, entre otras; y que generalmente están dadas por las redes sociales formales, que como se explicó anteriormente en la gran mayoría lo forman las instituciones, o grupos de autoayuda, entre otros.

El cuestionario completo se realizó en un promedio de 10 a 20 minutos, con algunas excepciones en los cuales los pacientes se quedaban platicando con el investigador acerca de otros temas que no concernían a la investigación en sí (como el tiempo de espera en consulta, o la falta de recursos humanos o de material en la institución), pero en general se contestó fácilmente.

Respecto al cuestionario de Duke UNC 11, deja ver que es de fácil aplicación, y explora adecuadamente las dos áreas de red de apoyo social (área confidencial y afectiva). Es recomendable por lo tanto que los médicos familiares utilicen este instrumento, cuando ellos perciban que para el tratamiento y control de algún padecimiento de los usuarios, es importante el apoyo social en su aspecto afectivo o confidencial. El médico general y familiar así como todos los interesados en el estudio de las redes sociales, tendrán una idea general, del posible apoyo que pueden esperar de los usuarios, para valerse de estas redes y mejorar la atención de los usuarios.

Para la utilización de este instrumento, se recomienda usar la escala de respuestas modificada en este trabajo, debido a que la escala de respuesta original causó problemas en la prueba piloto; en los usuarios entrevistados las respuestas fueron confusas o poco entendibles, por lo que se tuvieron que modificar estas respuestas; por que aunque en España fue entendible, sabemos que si existen diferencias en el contexto del idioma en ese país, de México, y al adaptar la nueva escala de repuestas se obtuvieron resultados favorables. Fue el único problema que se pudo encontrar en el estudio.

Los alcances de los resultados de esta investigación solo son válidos para las personas entrevistadas, ya que no se puede generalizar en toda la población, debido a que el marco de muestreo fue limitado, a esas personas y al tiempo de la investigación.

5. CONCLUSIONES.

Las redes de apoyo social tienen un impacto en la evolución de los padecimientos, por lo que el estudio de estas, cobra importancia para los médicos familiares y generales; ya que teniendo el conocimiento de la presencia o ausencia de ellas, permite una intervención más integral en los pacientes.

Con base a la información generada por dicho estudio, se puede constatar la presencia de redes de apoyo social, así como la proporción en que estas se presentan en la población usuaria que existe en la “Clínica Gustavo A. Madero”.

Esta investigación, cumple con el objetivo principal; ya que al aplicar la escala de Duke UNC II modificada, permite conocer las características que tienen las redes de apoyo social, tanto en el área confidencial, como en el área afectiva en una forma breve y sencilla, en la población estudiada.

Se puede concluir que en las encuestas aplicadas, se observó que existe un nivel adecuado de redes de apoyo social, tanto en el área afectiva como en el área confidencial.

Los resultados indicaron que aquellas personas que presenten un nivel bajo de apoyo social confidencial, no contarán con personas que les brinden información, consejo o guía, o disponer de personas con las que puedan compartir inquietudes o problemas.

Así mismo aquellas personas que presenten un nivel bajo de apoyo social afectivo, no contarán con personas que brinden expresiones de cariño, estima, simpatía, o dar la sensación de pertenencia de a grupos.

Como ya se mencionó; aunque las redes sociales más importantes son las informales y que son brindadas principalmente por familiares; el médico familiar podrá valerse de otras redes como son las formales (que generalmente están formadas por grupos bien organizados como instituciones o grupos de auto ayuda), para buscar aquellas áreas de las redes sociales que se crean pertinente proporcionar.

También se puede concluir que la escala de Duke UNC II modificada es un instrumento, que puede considerarse en el estudio integral de la familia, para enfocarse en un área importante para el médico de familia, como lo son las redes de apoyo social.

Esta investigación es el primer acercamiento del estudio de las redes de apoyo social en la Clínica “Gustavo A. Madero”, y se abre una línea de investigación en aquellas personas interesadas en el estudio de las redes sociales; para que continúen y den otro enfoque, sobre todo en la utilización en clínica y la importancia que representan estas para el médico familiar

REFERENCIAS³⁰

1. Irigoyen Coria Arnulfo. Fundamentos de Medicina Familiar, 7ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 2000. p: 143.
2. Irigoyen-Coria A., Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 1ª Edición 2002. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México 2002. p:111-20.
3. Gallo Vallejo F. J., Altisent Trota R., Díez Espino J. Perfil profesional del médico de familia. *Aten. Primaria* 1999; 23 (4): 236-48.
4. Bronfman Mario. Como se vive como se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. Cuernavaca: UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 1ª. Edición 2000. p: 143-67.
5. Barrón López de R. A., Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones. 1edición, 1996. Editorial siglo veintiuno editores; p: 11-99.
6. Terán-Trillo M., Ponce-Rosas E. R., Irigoyen-Coria A., Gómez Clavelina F. J., Redes Sociales en la Atención Médica familiar, *Arch. Med. Fam.*, 1999; 1(2): 35-44.
7. Infante-Castañeda C., Utilización de servicios de atención Prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública de México* 1990; 32 (4): 419-29.
8. Sluzki C. E., La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica; editorial Gedisa, Primera reimpresión, junio 1998, Barcelona, España. P: 37-91.
9. Bellón Saameño J. A., Delgado Sánchez A., Luna castillo J. de Dios., Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten. Primaria*. 1996 18(4): 153-63.
10. Broadhead W. E., Gehlbach S. H., The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. *Medical Care* 26(7): 709-23.
11. De la Revilla Ahumada L., E. Bailón, J. de Dios Luna., Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Aten. Primaria*, 1991 8(9): 688-92.
12. Aceituno Adrián, Álvarez Selene, García Víctor. Diarrea complicada y redes de apoyo. *Dimensión Antropológica*. México. 1995; 5: 83-104.
13. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am. J. Epidemiol.* 1983;117(5):521-37

14. Huerta González José Luis. El Programa de Actualización Continua para el médico Familiar (PAC MF-1). 1ra. Edición 1999. Editorial Intersistemas, p: 7.
15. González-Ortiz MA, Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. Arch. Med. Fam. 2003; 5(2), p: 47-52.
16. De la Revilla L.; La disfunción familiar. Aten. Primaria. 1992; 10(2): 582-83.
17. Zurro A. Martín y Cano Pérez J. F. Atención Primaria. Concepto, Organización y Practica Clínica. Tercera edición Mosby/Doyma Libros, Madrid España 1995; p: 70-81.
18. GAFIMF, Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familia. 1ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México, 2003.
19. Medina Carrillo L., Lomelí Guerrero L., Las variables de estudio: una guía práctica para su operacionalización. Arch. Med. Fam. 2003; 1(5):36-40
20. García Romero JS, Taller de Introducción a la Metodología de Investigación Médica Interdisciplinaria. 1ª edición, 1991. Programa Universitarios de Investigación en salud. Coordinación de la Investigación Científica UNAM. P: 13-94.
21. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Bases Para la Investigación en las Especialidades Médicas. 1ª edición. Medicina Familiar Mexicana 1999; p: 25-96.
22. Taylor Robert B., Medicina de Familia. 3ra. Edición. Editorial Doyma España. 1988; p: 48.
23. Irigoyen-Coria A. Diagnóstico Familiar. 6ª edición. Editorial Medicina familiar Mexicana 2000; p: 17-27.
24. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaria de Salud, México. 3 feb. 1983.
25. Declaración de Helsinki de la Asociación médica Mundial. Adoptada en la asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.
26. Dobler López Irving F. El expediente Clínico y el Consentimiento Informado. Rev. Med. IMSS 2000; 5(38): 337-39.

27. Ordovás Baines Juan Pablo, López Briz, Col. Análisis de las hojas de información al paciente para la obtención de su consentimiento informado en ensayos clínicos. *Med. Clin. (Barc.)* 1999; 112: 90-94.
28. Ponce Rosas Efrén R., Irigoyen Coria Arnulfo E., Gómez Clavelina Javier F. y col. Código de Ética para la Investigación en Medicina Familiar: una investigación cualitativa. *Arch. Med. Fam.* 2003; 5(3): 81-88.
29. Simón Lorda Pablo, Júdez Gutiérrez Javier. Consentimiento Informado. *Medicina Clínica (Barc.)* 2001; 117(3): 99-106.
30. Gómez O. D., Llópiz M. A. Las referencias bibliográficas en los escritos médicos. *Salud Pùb. Méx.*, 1988; 30(5): 760-65.

ANEXO 1.

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Variables que toma la variable o códigos
1. Número de folio	Cuantitativa	Continua	Números consecutivos.
II. ficha de identificación.			
1. Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros.
2. Sexo	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. Femenino 2. Masculino
3. Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Casado(a) 2. Soltero(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Unión libre.
4. Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Hogar (ama de casa) 2. Jubilado o pensionado 3. Desempleado 4. Subempleado 5. Menor de edad 6. Estudiante 7. Estudia y trabaja 8. Campesino 9. Artesano 10. Obrero 11. Conductor de auto, camioneta o camión 12. Técnico 13. Empleado 14. Profesional 15. Artista 16. Comerciante establecido 17. Empresario 18. Directivo 19. Servicios diversos 20. Otras ocupaciones no especificadas.
5. Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Números consecutivos.
6. ¿Cuántas personas viven en su casa?	Cuantitativa	Discontinua	Números consecutivos
7. Estructura Familiar	Cualitativa	Nominal	1. Nuclear 2. Extensa 3. Extensa compuesta
8. Etapa del ciclo vital	Cualitativa	Nominal	1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. retiro

ANEXO 1 CONTINUACION.

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Variables que toma la variable o códigos
III. Escala de Duke UNC. II modificada.			
1. Recibo visitas de amigos y familiares.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
4. Cuento con personas que se preocupen de lo que me sucede.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre
5. Recibo amor y afecto.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares y personales.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

ANEXO 2.

Diseño de la base de datos de cuestionario.

Nombre de la variable	Tipo	Ancho de columna	Etiqueta	Valores que toma la variable	Escala de medición
1. Folio	N	3 0	Número de folio	Números consecutivos	S
II. FICHA DE IDENTIFICACIÓN					
P1S2	N	3 0	Edad	Números enteros	S
P2S2	N	3 0	Sexo	1. Femenino 2. Masculino	N
P3S2	N	3 0	Estado civil	1. Casado(a) 2. Soltero(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Unión libre.	N
P4S2	N	3 0	Ocupación	1. Hogar (ama de casa) 2. Jubilado o pensionado 3. Desempleado 4. Subempleado 5. Menor de edad 6. Estudiante 7. Estudia y trabaja 8. Campesino 9. Artesano 10. Obrero 11. Conductor de auto, camioneta o camión 12. Técnico 13. Empleado 14. Profesional 15. Artista 16. Comerciante establecido 17. Empresario 18. Directivo 19. Servicios diversos 20. Otras ocupaciones no especificadas.	N
P5S2	N	3 0	Escolaridad	Números consecutivos.	S
P6S2	N	3 0	¿Cuántas personas viven en su casa?	Números consecutivos.	S
P7S2	N	3 0	Estructura familiar	1. Nuclear. 2. Extensa. 3. Extensa compuesta.	N
P8S2	N	3 0	Etapas del ciclo vital	1. Matrimonio. 2. Expansión. 3. Dispersión. 4. Independencia. 5. Retiro o muerte.	N

ANEXO 2 CONTINUACIÓN.

Nombre de la variable	Tipo	Ancho de columna	Etiqueta	Valores que toma la variable	Escala de medición	
III. ESCALA DE DUKE UNC. II MODIFICADA.						
P1S3	N	3	0	1. Recibo visitas de amigos y familiares.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P2S3	N	3	0	2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P3S3	N	3	0	3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P4S3	N	3	0	4. Cuento con personas que se preocupen de lo que me sucede.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P5S3	N	3	0	5. Recibo amor y afecto.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P6S3	N	3	0	6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P7S3	N	3	0	7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P8S3	N	3	0	8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P9S3	N	3	0	9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P10S3	N	3	0	10. Recibo consejos útiles cuando ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N
P11S3	N	3	0	11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. siempre	N

ANEXO 3.

Diseño de la base de datos de la familia.

Nombre de la variable	Tipo	Ancho de columna		Etiqueta	Valores que toma la variable	Escala de medición
I. Folio	N	3	0	Número de folio	Números consecutivos	S
II. FICHA DE IDENTIFICACIÓN						
Parentesco	N	3	0	Parentesco	1. Madre 2. Padre 3. Hijo (a) 4. Abuelo (a) 5. Tío (a) 6. Primo (a) 7. Hermano (a) 8. Persona sola 9. Nietos o sobrinos 10. Otros (amigos, compadres)	N
Edad	N	3	0	Edad	Números consecutivos	S
Sexo	N	3	0	Sexo	1. Femenino 2. Masculino	N
Escolaridad	N	3	0	Escolaridad	Números consecutivos	S

ANEXO 4.

CRONOGRAMA.

Etapas/actividad	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etapas de planeación del proyecto	x	x	x	x	x							
	x	x	x	x	x							
Marco teórico		x	x	x	x							
		x	x	x	x							
Material y métodos			x	x	x	x						
			x	x	x	x						
Registro y autorización del proyecto							x					
							x					
Prueba piloto							x					
							x					
Etapas de ejecución del proyecto							x					
							x					
Recolección de datos							x	x				
							x	x				
Almacenamiento de datos									x			
									x			
Análisis de los datos										x		
										x		
Descripción de los datos										x		
										x		
Discusión de los datos										x		
										x		
Conclusiones del estudio										x		
										x		
Integración y revisión final										x		
										x		
Reporte final											x	
											x	
Autorizaciones											x	
											x	
Impresión del trabajo final											x	
											x	
Solicitud del examen de tesis											x	
											x	

ANEXO 5.

C. M. F. GUSTAVO A. MADERO ISSSTE

Folio:

1 . - Consentimiento de participación voluntaria (C. P. V.).

Fecha:

La información que se obtendrá de este cuestionario será utilizada con fines de investigación, cuyo propósito es conocer las de redes sociales de la población general.

La investigación tiene la autorización de realizarse en esta Unidad Médica. La información que usted proporcione, mediante sus respuestas, será de carácter confidencial y obtenida de manera voluntaria. En caso de sentirse agredido(a) por alguna de las preguntas, usted se encuentra en libertad de no seguir contestando.

¿Acepta usted contestar?. Si ____ . ó No ____.

2 . - Ficha de identificación.

Nombre: _____

1.- Edad: _____

2.- Sexo: Mujer () ; Hombre () .

3.- Estado civil : Casado(a) () ; Soltero(a) () ; Viudo(a) () ; Divorciado (a) () ; Unión Libre () .

4.- Ocupación: _____

5.- Escolaridad (en años) : _____

6.- ¿Cuántas personas viven en total en su casa?

Parentesco																				
Edad																				
Sexo																				
Escolaridad																				

Contestar por el médico entrevistador

7.- Estructura familiar : nuclear () ; extensa () ; extensa-compuesta () .

8.- Etapa del ciclo vital: matrimonio () ; expansión () ; dispersión () ; independencia () ; retiro y muerte () .

3.- Escala de apoyo social funcional Duke-UNC-11 modificada.

Favor de colocar una X en el cuadro, abajo de la respuesta que usted perciba más adecuada a su vida, en la consideración que solo debe dar una respuesta.

	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Casi Siempre (3)	Siempre (4)
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.				
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.				
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.				
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.				
5. Recibo amor y afecto.				
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.				
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares y personales.				
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.				
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.				
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.				
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.				