



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PERCEPCION DE APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PACIENTES CON INCAPACIDAD
PROLONGADA DE LA UMF No. 1 DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES**

TESIS

PRESENTADA POR

Martha Guadalupe Zamarripa Segovia

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR (A)

Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente

Aguascalientes, Ags., 10 de diciembre de 2018



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2018

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUSACALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARTHA GUADALUPE ZAMARRIPA SEGOVIA

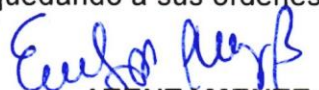
Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“PERCEPCION DE APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON INCAPACIDAD PROLONGADA DE LA UMF No. 1
DELEGACION AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-015** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Martha Guadalupe Zamarripa Segovia asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.


ATENTAMENTE:

Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2018

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MARTHA GUADALUPE ZAMARRIPA SEGOVIA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“PERCEPCION DE APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON INCAPACIDAD PROLONGADA DE LA UMF No. 1
DELEGACION AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-015** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Martha Guadalupe Zamarripa Segovia asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos Alberto Prado

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MARTHA GUADALUPE ZAMARRIPA SEGOVIA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INCAPACIDAD PROLONGADA DE LA UMF No. 1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., a 10 de Diciembre de 2018.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios, por acompañarme a lo largo de todo este camino, por darme las armas para sobrellevar los obstáculos que se atravesaron en el mismo.

A mis padres, porque gracias a todos sus esfuerzos y sacrificios hicieron mi formación posible. Gracias mamá y papá, por el apoyo que a la fecha me siguen brindando.

A Jorge Luis, mi amado esposo, por toda la confianza que depositó en mí desde que estamos juntos, por su ayuda incondicional e infinita, por cuidarme y no dejarme claudicar nunca.

A mi asesora, la Dra. Evelyn por guiarme en este protocolo, mantenerme al pie del cañón y su firme disposición de ayuda, sin importar situación, lugar y hora.

DEDICATORIA

A mis padres, porque les debo quien soy, por estar siempre presentes, por creer en mí, por haberme dado la vida y las herramientas para sobrellevarla.

A mi esposo Jorge Luis, porque este logro también es tuyo, te amo más, siempre. Y recuerda, a seguir creciendo juntos, uno a lado del otro.

A mi hija Martha Georgina, primeramente, por brindarme plenitud personal con tu llegada, por comprender mis ausencias a pesar de tu corta edad, por aprender de paciencia y esperar por mi atención en mis días de ajetreo. Pero, sobre todo por ser el motivo y el motor de mi crecimiento profesional.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	I
ÍNDICE DE FIGURAS	I
ACRÓNIMOS	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	2
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	2
TEORÍAS Y MODELOS QUE APOYAN LAS VARIABLES Y CARACTERÍSTICAS DE ESTAS	10
FAMILIA	10
DEFINICIÓN Y FUNCIONES DE LA FAMILIA	10
TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS	11
TEORÍAS QUE EVALUAN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	11
REDES DE APOYO SOCIAL	15
SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO	19
CON RESPECTO A LAS INCAPACIDADES	20
INCAPACIDAD PROLONGADA	22
III. JUSTIFICACION.....	24
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	25
PANORAMA DE SALUD	26
PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD	27
DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA	30
DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA	32
DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA	32
ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA	33
PREGUNTA DE INVESTIGACION	35
V. OBJETIVOS	35
OBJETIVO GENERAL	35

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
VI.	HIPÓTESIS	36
	HIPÓTESIS ALTERNA	36
	HIPÓTESIS NULA	36
	HIPÓTESIS ALTERNAS ESPECÍFICA	36
	HIPÓTESIS NULAS ESPECÍFICAS	37
VII.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	38
	DISEÑO DE ESTUDIOS	38
	UNIVERSO DE TRABAJO	38
	POBLACION DE ESTUDIO	38
	UNIDAD DE ANÁLISIS	39
	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	39
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	39
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	39
	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	39
	TIPO DE MUESTREO	39
	PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
	LOGÍSTICA	40
	PLAN DE ANÁLISIS	41
VIII.	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
IX.	FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	42
X.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	44
XI.	RESULTADOS.....	45
XII.	DISCUSIÓN	48
XIII.	CONCLUSIÓN.....	51
XIV.	BIBLIOGRAFÍA.....	52
	ANEXOS	57
	ANEXO A. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN TIPO ENCUESTA	57
	ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
	ANEXO C. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES: DATOS SOCIO – LABORALES	61
	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES: INSTRUMENTOS ...	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Correlación entre situaciones del instrumento FF SIL y variables que mide.....	14
Tabla 2. Escala Likert usada en FF SIL	14
Tabla 3. Nominación cualitativa del instrumento FF SIL	14
Tabla 4. Características socio-laborales de las personas con incapacidad prolongada en la UMF No. 1	45
Tabla 5. Categorías de la funcionalidad familiar de las personas con incapacidad prolongada en la UMF No.1	46
Tabla 6. Tipo de familia que presentan las personas con incapacidad prolongada en la UMF No.1	46
Tabla 7. Promedio del puntaje obtenido con el MSPSS por área en las personas con incapacidad prolongada de la UMF No. 1	47
Tabla 8. Porcentaje de respuestas por área en el MSPSS	47
Tabla 9. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	47
Tabla 10. Relación entre los tipos de familia y el apoyo social percibido	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de trabajadores asegurados en Aguascalientes	25
--	----

ACRÓNIMOS

APGAR familiar, Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, Recursos

AS, Apoyo Social **COCOITT**, Comité de Control de Incapacidades Temporales para el Trabajo

ANOVA, Análisis de varianza

CSI, Coping Strategies Questionnaire

DE, Desviación Estándar

FACES II, The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

FF SIL, Test de percepción de funcionalidad familiar

IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IT, Incapacidad Temporal

MOS, Medical Outcomes Study

MSPSS, Multidimensional Scale Of Perceived Social Support

OMS, Organización Mundial de la Salud

OR, Odds Ratio

SPSS, Statistical Package for the Social Sciences

UMF, Unidad de Medicina Familiar

PIB, Producto Interno Bruto

RESUMEN

Antecedentes: La incapacidad prolongada genera en el individuo circunstancias sociales, económicas y de salud adversas, situación en la que cobra importancia la pertenencia a un sistema familiar funcional que aporte estabilidad y la percepción correcta de redes de apoyo social efectivas, que proporcionen herramientas de adaptación y al mismo tiempo funcionen como amortiguadores en la situación de crisis. **Objetivo:** Determinar la percepción de funcionalidad familiar y su relación con apoyo social en el paciente con incapacidad prolongada. **Material y métodos:** Se realizó estudio cuantitativo tipo correlacional, analítico variables de estudio: funcionalidad familiar y redes de apoyo social. Se trabajó sobre una muestra de 80 pacientes que asistieron a la reunión semanal del COCOITT local, aplicándose los instrumentos tipo encuesta FF SIL y MSPSS, con posterior manejo estadístico en el programa SPSS v21. **Resultados:** El porcentaje más alto de edad fue en las personas de 18 a 30 años (33.8%). El sexo predominante fue hombres, con un 73.8%, el grado de estudios con mayor porcentaje fue el de secundaria con un 36%; el 53.8% están casados, el 75% son empleados y el número de personas que dependen económicamente del trabajador en su mayoría fueron de 1 a 3 (77.5%). Predominó la familia funcional (70%). En cuanto a redes de apoyo el promedio más bajo fue en el área de “amigos”. Al correlacionar las variables tipo de funcionalidad familiar y apoyo social percibido fue de -0.342 ($p=0.002$), lo que indica que existe una correlación moderada negativa. **Conclusiones:** Existe correlación moderada negativa, significativa, que indica que a mayor nivel en la funcionalidad familiar (1=familia funcional a 4=familia disfuncional), disminuye el puntaje del apoyo social percibido, por lo tanto, las familias disfuncionales de las personas con incapacidad prolongada en la UMF No.1, presentarán menor apoyo social percibido. **Palabras clave:** funcionalidad familiar, redes de apoyo.

ABSTRACT

Background: Prolonged disability generates adverse social, economic and health circumstances in the individual, a situation in which belonging to a functional family system that provides stability and the correct perception of effective social support networks that provide adaptation tools becomes important. and at the same time work as buffers in the crisis. **Objective:** To determine the perception of family functionality and its relationship with social support in the patient with prolonged disability. **Material and methods:** We performed a quantitative correlational, analytical, study variables: family functionality and social support networks. We worked on a sample of 80 patients who attended the weekly meeting of the local COCOITT, applying the survey instruments FF SIL and MSPSS, with subsequent statistical management in the SPSS v21 program. **Results:** The highest percentage of age was in people between 18 and 30 years old (33.8%). The predominant sex was men, with 73.8%, the degree of studies with the highest percentage was that of secondary school with 36%; 53.8% are married, 75% are employees and the number of people who depend economically on the worker were mostly 1 to 3 (77.5%). The functional family predominated (70%). Regarding support networks, the lowest average was in the "friends" area. When correlating the variables of family functionality and perceived social support, it was -0.342 ($p = 0.002$), which indicates that there is a moderate negative correlation. **Conclusions:** There is moderate, negative, significant correlation, which indicates that the higher level in the Family functionality (1 = functional family to 4 = dysfunctional family), decreases the score of perceived social support, therefore, the dysfunctional families of people with prolonged disability in FM1 No.1, will present less perceived social support. **Keywords:** family functionality, support networks.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad supone la incapacidad para llevar a cabo la actividad ordinaria de la vida. Entendemos genéricamente como enfermedad toda situación de enfermedad como tal, lesiones, síntomas, síndromes y enfermedades propiamente dichas que conllevan pérdida de salud y, en consecuencia, una obligada inactividad y, por tanto, una incapacidad llamada laboral, si existe un trabajo remunerado, y por ende una baja laboral¹.

No se puede afirmar tajantemente que el dejar de trabajar sea beneficioso, pues varios estudios concluyen demostrando que la ausencia al trabajo por recomendación médica si bien tiene ventajas, también se topa con inconvenientes. El sistema sanitario registra y avala con legalidad la relación enfermedad e incapacidad-baja con un certificado que firma el médico y que promueve unas prestaciones sociales de atención sanitaria y subvención económica hasta la rehabilitación del enfermo-trabajador¹.

Dando por entendido el párrafo previo, las bajas laborales son un indicador de salud y por tanto un elemento de análisis sobre la enfermedad. A nivel individual se relacionan con factores ocupacionales, circunstancias familiares (objeto de nuestro estudio) y características socioculturales. A nivel colectivo, tienen que ver con la organización de las empresas, políticas relacionadas con el subsidio de incapacidad temporal, con las características del mercado laboral, y con factores relacionados con la propia cultura local, es decir el uso o la percepción que la población tiene de la prestación de incapacidad laboral; también cabe hacer mención del costo social tan importante, tanto para el individuo y su entorno familiar; como para la empresa (por horas perdidas de trabajo y disminución de productividad); y un tanto al estado, por el gasto que supone la prestación sanitaria y el subsidio económico que el trabajador recibe como sustitución de su retribución laboral².

Por último, parte importante de una buena evolución clínica y cese en tiempo y forma de una incapacidad (dependiendo de la naturaleza de la misma) abarca una adecuada percepción del ambiente social, el cual en los últimos años ha sido reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad y también como un sistema contenedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del mismo³.

II. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Arechabala Mantuliz, M. Cecilia; Catoni Salamanca, María Isabel; Palma Castro, Eugenia; Moyano Danus, Fernanda; Barrios Araya, Silvia (2005). Estudio con título “Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes en hemodiálisis crónica”. Estudio descriptivo transversal. Dieron a conocer las características de las redes sociales y la percepción de apoyo social a una población de pacientes chilenos en hemodiálisis crónica. El universo estuvo constituido por 96 usuarios de la unidad de diálisis de la PUC. La muestra fue de tipo intencional y quedó conformada por 84 usuarios de la unidad de hemodiálisis. Incluyeron a pacientes con capacidades cognitivas indemnes y la voluntad de participar en el estudio, expresadas en un consentimiento informado. La recolección de datos se realizó con un instrumento elaborado para este estudio, que se basó en la revisión bibliográfica y fue aplicado en una entrevista por uno de los investigadores. Los datos se analizaron en el programa SPSS 11. Obtuvieron que el 97,5% vive acompañado, y de estos 83,5% vive con familiares. Un 72,2% son jubilados y dueñas de casa; sólo 27,8% realiza trabajo remunerado. El 59,5% declara tener amigos. Respecto a la percepción de apoyo social, el 92,4% refiere sentir que cuenta siempre con apoyo de su familia. De los pacientes que declaran tener amigos, el 55,7% siente que cuenta con su apoyo principalmente emocional. El 48% conoce instituciones de ayuda al enfermo renal, pero menos de la mitad recurre a ellas por ayuda económica. El 73% de los pacientes no siente que su enfermedad sea carga para sus familiares y el 90% se siente importante para ellos. Así determinaron que la mayoría de los pacientes vive acompañada por familiares y se sienten apoyados y comprendidos por estos. Por otra parte, ni las amistades ni las instituciones de ayuda al enfermo renal son percibidas como una importante red de apoyo⁴.

Aquiles Antonio-Valdiviezo, Gerardo Ruiz-Orozco, Jorge Martínez-Torres (2011). En su estudio llamado “Factores sociales y clínicos en incapacidad prolongada por accidente de trabajo”. Tipo de casos y controles. Determinaron los factores asociados con incapacidad prolongada por accidente de trabajo en Tapachula, Chiapas. La población objeto de análisis fueron 68 trabajadores que sufrieron accidente de trabajo con incapacidad prolongada por accidente de trabajo, excluyendo las incapacidades por

enfermedad general. Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos. Con los programas Epi-Info y SPSS versión 12.0 se realizó análisis estadístico descriptivo para cada variable, razón de momios para buscar los factores que se asocian con incapacidad prolongada, con una confiabilidad de 95 % y un margen de error menor a 0.5 %. Resultando una media de edad de 34 años, predominó la escolaridad media superior (49 %) y la clase socioeconómica baja (40 %); los vendedores demostradores de tiendas y almacenes representaron 19.1 %; la región anatómica más afectada fue muñeca-mano (27.9 %); los diagnósticos más frecuentes fueron heridas (33 %), fracturas (32.4 %) y contusiones (23.5 %). Los factores asociados con incapacidad prolongada por accidente de trabajo fueron la no capacitación laboral (OR = 1.6, IC = 1.08-2.47), el turno vespertino-nocturno (OR = 4.19, IC = 1.04-20.07) y el sexo masculino (OR = 1.4, IC = 0.66-2.9). Es decir, que ser hombre, no recibir capacitación y tener un horario vespertino o nocturno se asociaron con incapacidad prolongada por accidente de trabajo⁵.

Medellín Fontes, Martha M; Rivera Heredia, María Elena; López Peñaloza, Judith; Kanán Cedeño, ME Gabriela; R Rodríguez-Orozco, Alain (2012). Estudio "Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México". Evaluaron la relación existente entre el funcionamiento familiar y las redes de apoyo social en una muestra de padres de familia de la ciudad de Morelia, Michoacán, México. Incluyeron a padres de familia que aceptaron participar en el estudio. En total 192 adultos, 17% hombres y 83% mujeres, con 42 años en promedio, quienes respondieron la escala de Calidad de Red adaptada de Nava y complementada por López-Peñaloza y la escala FACES II de Olson et al. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias de las redes de apoyo social con el tipo y nivel de funcionamiento familiar, utilizando la prueba post hoc de Bonferroni, para identificar entre qué grupos se encontraban las diferencias significativas detectadas y la correlación de Spearman, para conocer el nivel de relación existente entre las redes de apoyo social con el tipo y nivel de funcionamiento familiar. Se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 17. Sólo se encontraron 12 de los 16 tipos de familia que propone Olson; el 29% de los participantes presentó un tipo de funcionamiento familiar conectado-caótico, el 20% aglutinado-caótico y 19% conectado- flexible. En el 32% restante se ubicaron los otros tipos de funcionamiento familiar. En su mayoría las correlaciones entre el funcionamiento familiar y las redes de apoyo social fueron estadísticamente

significativas, pero bajas. Las redes de apoyo familiar y las redes de amigos son las que más apoyo social aportaron a la mayoría de los tipos de familia. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de familia y la percepción de las redes de apoyo familiar [$F(11.180)=8.573, p<.001$], así como en la falta de apoyo de la red [$F(3.188)=6.48, p<.001$]. Se determinó que las familias extensas seguidas por las redes de amigos son las redes de apoyo social más utilizadas; las menos utilizadas son las de vecinos. Sin embargo, este patrón cambia dependiendo de la tipología y el nivel de funcionamiento familiar⁶.

Altamirano Jiménez, Abad Olmedo, Arias Salazar y Jaramillo (2013). Estudio “Prevalencia de la funcionalidad familiar y factores asociados en pacientes del CEDUIC, Cuenca 2013”. Realizaron un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo observacional de corte transversal, realizado en el CEDIUC (Centro de desarrollo infantil de la Universidad de Cuenca), Cuenca 2013. Universo (N= 130 pacientes), la muestra se corresponde con el universo (n=130 pacientes), 112 aceptaron participar del estudio. Determinaron la prevalencia de la disfuncionalidad familiar y factores asociados en los pacientes CEDIUC, Cuenca 2013. Incluyeron a todos los representantes registrados y que firmaron el consentimiento informado. Se utilizó un formulario de recolección de datos que consta de las variables de estudio y la prueba de FFSIL (Prueba de percepción del funcionamiento familiar) para determinar el nivel de disfuncionalidad familiar. Los resultados fueron procesados en el sistema SPSS 15.00 versión Evaluación y en EPIDAT versión 3.1. obtuvieron una prevalencia de disfuncionalidad familiar del CEDIUC es del 13.4% y que dentro de los factores asociados los más significativos fueron escolaridad del padre con $p= 0,0007$; ocupación del padre $p= 0,0030$; escolaridad de la madre $p= 0,005$; consumo de sustancias ilícitas $p= 0,006$; presencia de enfermedad crónica $p= 0,035$. Concluyeron en que los factores de mayor influencia en la disfuncionalidad familiar fueron el nivel de escolaridad tanto del padre como de la madre, el consumo de sustancias ilícitas, presencia de enfermedad crónica en la familia⁷.

Leticia Casanova-Rodas, María Luisa Rascón-Gasca, Humberto Alcántara-Chabelas, Alejandra Soriano-Rodríguez (2014): en su estudio “Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental”, tipo descriptivo, correlacional, transversal, no probabilístico, de participación secuencial, en dos grupos: 72 pacientes ambulatorios

diagnosticados con un trastorno de salud mental y 66 familiares cuidadores. Determinaron los factores de apoyo social y estructural asociados con la percepción de funcionalidad familiar en las personas con trastorno mental y los familiares cuidadores. Se abordaron los usuarios y familiares que asistieron a la institución de salud mental. Los instrumentos fueron aplicados antes de recibir una intervención psicoeducativa, los cuestionarios fueron auto-administrados, explicados por psicólogos previamente capacitados. Se utilizaron tres instrumentos: el Cuestionario MOS, el Cuestionario APGAR-Familiar y el Cuestionario Duke-UNC-11. El análisis se realizó por medio de estadística descriptiva e inferencial a través de la t de Student para muestras independientes. Para investigar los factores de apoyo social que están asociados con la funcionalidad se usó el análisis multivariado por medio de la regresión lineal. Se consideró zona de significancia con $p > 0.05$, se utilizó el programa SPSS 12.0. Encontraron que una buena funcionalidad familiar (APGAR) es percibida por 58.3% de los pacientes; el 19.4%, disfuncionalidad severa y 22.2%, disfuncionalidad leve. En los familiares, 66.7% percibe funcionalidad familiar; 10.6%, disfuncionalidad severa y 22.7%, disfuncionalidad leve. En el reporte del apoyo estructural (MOS) se observó una diferencia estadísticamente significativa ($t=-2.478$, $gl=136$, $p=0.014$) en la percepción de apoyo instrumental entre los pacientes ($M=11.68$) y los familiares. Estos últimos percibieron menor apoyo instrumental ($M=9.91$). En cuanto al apoyo funcional social (Duke-UNC-11) no se indica diferencia ($t=1.170$, $gl=136$, $p=.244$) entre los familiares ($M=40.36$) y los pacientes ($M=38.07$). El modelo de regresión lineal mostró que los pacientes con mayor tiempo de evolución y con diagnóstico de esquizofrenia predicen disfuncionalidad; en cambio el apoyo social predice funcionalidad ($p<.001$). En los familiares, a mayor tiempo de evolución se pronostica disfuncionalidad en tanto que el apoyo social predijo funcionalidad ($p<.001$). Es evidente que en la funcionalidad familiar el apoyo social juega un papel importante en pacientes que padecen problemas mentales y en los familiares cuidadores. En los pacientes se observó que a mayor AS perciben mayor funcionalidad familiar. En los familiares el apoyo estructural demostró una mejor percepción de funcionalidad familiar, lo que permite disminuir la probabilidad de recaídas y hospitalización⁸.

Maria Elena Magrin, Marco D'Addario, Andrea Greco, Massimo Miglioretti, Marcello Sarini, Marta Scignaro, Patrizia Steca, PhD & Luca Vecchio, PhD & Elisabetta Crocetti (2014). En el estudio "Social Support and Adherence to Treatment in

Hypertensive Patients: A Meta-Analysis” se realizó un metanálisis para examinar si el apoyo social estaba relacionado con la adherencia al estilo de vida saludable y apego a medicación antihipertensiva. Se buscaron artículos de revistas médicas (CINAHL, MEDLINE), psicológico (PsycINFO, PsycARTICLES), y bases de datos electrónicas educativas (ERIC); en listas de referencias de documentos seleccionados; y en la lista de referencias de una revisión previa. Demostraron que (a) el apoyo social estructural no se relacionó significativamente con la adherencia, (b) el apoyo social funcional fue significativa y positivamente relacionado con la adherencia general, (c) estos hallazgos se confirmaron aún más en metaanálisis realizados en tipos de adherencia, y (d) la mayoría de los resultados se caracterizaron por la heterogeneidad entre los estudios que se explica en parte por análisis moderador. Es decir, el apoyo social funcional, mas no así el estructural, se asoció con mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo⁹.

Rodríguez-Uribe Xochitl Elizabeth, Salazar-Montaña Judith Candelaria (2014). estudio “Tipo de funcionalidad familiar y depresión del adulto mayor en la unidad de medicina familiar no. 37, en Hermosillo, Sonora”. Estudio descriptivo analítico, observacional, transversal. Determinaron la asociación entre depresión y tipo de funcionalidad familiar en el adulto mayor. Estudiaron una muestra de 190 individuos adultos mayores adscrito a la UMF 37s, se les aplicó la Escala Yasavage y FACES III, con análisis X² y razón de momios para asociación entre las variables, con IC de 95. Obtuvieron sexo masculino 53.7%(n=102) y femenino 46.3%(n=88), con media de edad de 72.59 años, rango de 60-88 años. Estado civil predominante casado 57.9%(n=110), viudez en 29%(n=55). El grado de escolaridad más frecuente fue primaria en ambos sexos representando un 56%(n=106). El 50% (n=88) contaban con ingreso entre \$2,000 y \$4,000, y en 40 casos (21.1%) sin ingresos. La estructura familiar 55.8%(n=106) de familias nucleares, 24.2%(n=46) familias ampliadas, seguidas de familias compuestas 37 casos (19.5%), un caso de familia extensa; promedio de integrantes por familia 2.66. El tipo de funcionalidad familiar que predominó fue la caótica aglutinada 39 casos (20.5%), seguido por la caótica relacionada y flexible aglutinada con 14.2% y 13.7% respectivamente. Las familias de tipo funcional: estructurada semirrelacionada (n=5), estructurada relacionada (n=5), flexible semirrelacionada (n=11) y flexible relacionada (n=13), representaron 17.8%. La asociación entre depresión y FACESIII 30 casos tuvieron disfunción familiar (OR .918, p= 0.33). En la asociación entre el estado depresivo y

referencia de conflictos económicos OR .553 (p=.149 IC 95% .245-1.246). se encontró una prevalencia mayor (19.7%) a la reportada en la literatura, por lo que importante seguir estableciendo estrategias de abordaje integral de los pacientes geriátricos, no omitiendo la valoración de la salud mental¹⁰.

Martin Del Campo-Guzman Victor Miguel, Delgado-Quiñones Edna Gabriela, Sahagún-Cuevas Minerva Natalia, Uriostegui-Espiritu Lizbeth Carlota (2014). Estudio “Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años en la UMF no. 171”. Estudio transversal analítico. Determinaron conocer la relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores en la UMF 171. Muestra de 71 jóvenes fumadores de 15 a 24 años en la UMF 171. Se tomaron de los participantes sus datos sociodemográficos, así como el cuestionario de APGAR familiar y la prueba de Fagerström para dependencia a nicotina. Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 19, para realizar la estadística descriptiva y la comparación de Pearson para el análisis de la relación entre la funcionalidad familiar y la dependencia a la nicotina. Obtuvieron que un 40.8% (n= 29) son del sexo femenino y un 59.2% (n=42) del sexo masculino. La media de edad de los pacientes estudiados fue 20.6 años \pm 2.3 DE. El 54.9% (n=39) de los participantes estudiados eran solteros, un 42.3% (n=30) eran empleados y un 45.1% (n=32) contaban con escolaridad de preparatoria. En el 78.9% (n=56) se presentó normofuncionalidad familiar, un 16.9% (n=12) presentó disfunción leve y un 4.2% (n=3) presentó disfunción grave. En cuanto a dependencia a la nicotina, se observó dependencia leve en un 80.3% (n=57) de los pacientes, con dependencia moderada en un 18.3% (n=13) y con dependencia grave en 1.4% (n=1). Se obtuvo una correlación de Pearson de 0.003 para APGAR familiar y test de Fagerström. Con los resultados obtenidos, se comprobó que existe relación significativa entre disfunción familiar y dependencia a la nicotina en la población estudiada¹¹.

Araceli López-Guillen García (2015). En el estudio “Comportamiento de la incapacidad temporal de más de 365 días”, tipo transversal descriptivo. Se describieron las características de la población en situación de IT de larga duración en Murcia incluyendo los casos que tuvieron una duración mínima de 365 días en el año 2013. Describir las principales causas de IT, las profesiones con mayor prevalencia de procesos de IT, las

patologías que más frecuentemente causan IT, analizar la relación entre la duración en días de la baja, el grupo profesional y la duración en días de la baja y la patología. Se analizaron todos los procesos de IT de al menos 365 días de duración de la baja en la Región de Murcia (n=4979) en el año 2013. Cumplieron los criterios de inclusión 4544 pacientes. Para el cálculo de los estadísticos descriptivos se utilizaron los datos crudos. Los estadísticos descriptivos se expresaron como media y desviación estándar (DE) en el caso de las variables continuas; y como número o frecuencia de casos y porcentaje (%) para las variables categóricas. Las variables se describieron como sexo (varón/mujer); profesión, patología y edad. Para la realización de los análisis estadísticos se utilizó el software IBM SPSS Statistics® Versión 2.0. El 64% de los pacientes en IT prolongada (IT más de 365 días) tienen entre 31 y 50 años. Las patologías de los grupos Osteomioarticular, Trastornos Mentales y las Neoplasias recogen al 65,8% de la IT prolongada. Por diagnósticos desagregados específicos destacan por su especial frecuencia y significación los siguientes: Trastornos no especificados de la espalda, Trastorno Depresivo No Clasificado bajo otros conceptos, Cáncer de Mama, Trastorno interno de Rodilla. Estos 4 diagnósticos específicos suponen un 65% del total de las patologías estudiadas. Se concluyó que las situaciones de IT de larga duración son un indicador de las situaciones de enfermedad de una población y de la gestión de los servicios sanitarios que dan cobertura a los tratamientos realizados¹².

Ms. C. Grethel Matos Trevín, Lic. Sandra Román Vargas, Lic. Lilié Remón Rivera, Ms. C. Betsy Álvarez Vázquez (2016). Estudio “Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico”, tipo descriptivo de corte transversal. Se caracterizó a las familias de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico que estuvieron ingresados en la sala de nefrología del Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley en el año 2014. El universo estuvo conformado por 65 pacientes, pero fueron evaluados 59 de ellos que cumplían con los criterios de inclusión y que además deseaban participar en la investigación. Se utilizó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FFSIL), una entrevista semiestructurada y el inventario de problemas de salud del grupo familiar. Entre los principales resultados podemos señalar que el 54,24 % eran hombres y un 45,76 % mujeres, el grupo de edades más representativo fue el de 60 años y más con un 33,90%. Predominaron las familias funcionales con un 50,85 %, seguido por las moderadamente funcional con un 42,37 % y

sólo un 6,78% disfuncional. La dimensión más afectada fue la permeabilidad. Predominó la presencia de criticidad severa en un 76,27 % de las familias. Prevalció una criticidad severa, evidenciándose fundamentalmente la presencia en el hogar de un miembro descompensado de su enfermedad crónica y en estado terminal, lo que se vincula con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal. Resulta útil el predominio de familias funcionales lo que les permite a los pacientes una mayor fortaleza a la hora de adaptarse a esta enfermedad¹³.

Rosales-Córdova Nadia Celeste, Garrido-Pérez Silvia María Guadalupe, Carrillo-Ponte Fernando (2017). Estudio “Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar”, de observación, transversal, analítico. se determinó el afrontamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad permanente en la Unidad Médica Familiar 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco durante 2014 - 2015. Muestra de 65 derechohabientes con Incapacidad permanente, de 18 a 69 años, ambos sexos. Se evaluó la Funcionalidad Familiar (FF-SIL). Para el Afrontamiento se utilizó el CSI (Coping Strategies Questionnaire) Inventario de Estrategias de Afrontamiento, previo consentimiento informado. Se realizó estadística descriptiva y X² de Pearson. Las características del paciente estudiado fueron: edad media 39 años, masculino (89.8%), con pareja (84.7%), alfabetizados (98.3%), religión católica (64.4%), sin ocupación (57.6%), con ingreso mensual entre 3 y 10 mil pesos (67.8%), con promedio de 2 hijos (50.8%), con vivienda propia (76.3%), comorbilidad asociada (30.5%), con familia nuclear (78%), ciclo vital familiar en dispersión (50.8%), con 3 o más dependientes económicos (54.2%), con miembro familiar que trabaja (57.6%), porcentaje en dictamen de incapacidad permanente del 25 a 49% (44.1%), la lesión que provocó la IP fue fractura de miembro inferior (37.3%), tienen con incapacidad permanente de 12 a 18 meses, (25.4%), tipo de riesgo que sufrieron accidente de trabajo (74.6%), la incapacidad permanente dictaminada de tipo parcial (91.5%), pertenecen a una familia funcional. (93.2%), y emplearon un afrontamiento activo al estrés (69.5%). Se observó que las familias funcionales emplearon un afrontamiento activo del estrés en un 66.1%, $X^2 = .76$, $gl:1$ con $p: .001$, estadísticamente significativa. En conclusión, los pacientes con dictamen de incapacidad permanente presentaron una Funcionalidad Familiar relacionada con la estrategia empleada de afrontamiento activo ante el estrés¹⁴.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para cerrar el apartado de los antecedentes, en un estudio llamado Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial de Blanca Estela Barcelata Eguiarte y sus colaboradores mencionan que (en su población estudiada) se aprecia una importante relación entre el funcionamiento familiar y las redes de apoyo social¹⁵, no se agrega tal cual como antecedente ya que no era su objeto de estudio.

Se realizó la búsqueda en plataformas como PUB-MED, EBSCO, CONRYCIT, incluso en foros de investigación estatal y nacional, donde no se encontró información suficiente que vincule la funcionalidad familiar con las redes de apoyo social. De la misma forma no se cuenta con información suficiente que abarque nuestra población de estudio, por lo que se presentan antecedentes aislados, que consten que se conoce al sujeto de estudio y las variables.

TEORÍAS Y MODELOS QUE APOYAN LAS VARIABLES Y LAS CARACTERÍSTICAS DE ÉSTAS

FAMILIA

Se habla de familia desde el inicio de los tiempos como la célula, conjunto o grupo originario de la sociedad; siendo el grupo configurado por las personas con las cuales se comparten objetivos de vida, así como algún parentesco (de consanguinidad o no). También ha sido considerado el espacio que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad¹⁶.

DEFINICION Y FUNCIONES DE LA FAMILIA

En el estudio de la familia, se consideran además los roles que sus miembros despliegan, considerando que al mismo tiempo dentro de la familia existen funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo con la sociedad en la

cual se encuentre el grupo familiar (aspectos histórico, político, sociocultural y por el desarrollo psico-afectivo)¹⁶.

Se entiende como funciones de la familia o del sistema en cuestión, primeramente y para perpetuación de la especie, la reproducción, es decir generar nuevos individuos a la sociedad. Y que se incluyan a la sociedad, aptos para su interrelación con los demás, por lo que cumple además objetivos intermedios¹⁷:

- Dar a todos y cada uno de sus miembros seguridad afectiva: AFECTO¹⁷
- Dar a todos y a cada uno de sus miembros seguridad económica: CUIDADO¹⁷
- Proporcionar a la pareja pleno goce de sus funciones sexuales, dar a los hijos la noción firme y vivenciada del modelo sexual, que les permita identificaciones claras y adecuada: EXPRESION DE LA SEXUALIDAD Y REGULACION DE LA FECUNDIDAD¹⁷
- Enseñar respuestas adaptativas a sus miembros para la interacción social: SOCIALIZACION¹⁷
- Transmisión de herencia sociocultural, aspiraciones y anhelos de acuerdo con el estatus: ESTATUS¹⁷

TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS: CONCEPTUALIZANDO A LA FAMILIA

El modelo sistémico, no solo hace posible el estudio de pacientes y familias con graves problemas, sino que explica su comportamiento y evolución, lo que sirve de base a programas de formación y prevención (Millán Ventura, 1990; Rodrigo y Palacios, 1998, Gimeno, 1999). Los trabajos mencionados consideran a la familia un sistema, al que le son aplicables los principios propios de los Sistemas Generales, y también otras características relevantes, que facilitan su comprensión y que son específicas de los sistemas familiares¹⁸.

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo con ellas¹⁸.

TEORIAS QUE EVALUAN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Habiendo ya entendido a la familia como sistema y las implicaciones de funcionamiento que tiene, nos compete ahora, un análisis de las teorías que evalúan dicha funcionalidad¹⁹.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dentro del estudio de la familia, su funcionamiento cobra gran importancia por la influencia en la salud de sus miembros. La OMS considera que la salud familiar es un hecho que está determinado por el funcionamiento efectivo de la familia, como unidad biosocial, en el contexto de una sociedad dada (OMS, 1978)¹⁹.

El funcionamiento familiar se aborda a partir de diferentes categorías. Satir (1985), parte de la observación de los modelos de comunicación; otros autores como Walsh (1982), determinan la funcionabilidad familiar a partir de la forma en que la familia resuelve sus problemas o como Epstein (1983), que plantean tres tareas: básicas (satisfacción de las necesidades materiales de la familia), de desarrollo (ciclo vital) y arriesgadas (capacidad de la familia para resolver las crisis), y consideran familia funcional a aquella que aborda con eficacia las tres¹⁹.

Chagoya (1985) expresa que la funcionalidad familiar viene dada por la manera en que ésta enfrenta las crisis, valora la forma en que se permiten las expresiones de afecto, así como el crecimiento individual de sus miembros; se produce la interacción entre ellos sobre la base del respeto a la autonomía y el espacio del otro¹⁹.

McMaster define un modelo sistémico de funcionamiento familiar con fines terapéuticos a partir de la solución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo y control de la conducta que incluye la flexibilidad (Marrero, 1994 y Ruíz, 1994)¹⁹.

El modelo de evaluación familiar estructural de Minuchin se basa en el concepto normativo de familias funcionales y tiene en cuenta los sistemas generacionales, fronteras, jerarquías, centralidad, involucramiento, permeabilidad y relación entre los miembros de la familia (Marrero, 1994)¹⁹.

Estos modelos no constituyen instrumentos en sí, sino una guía de evaluación de la entrevista terapéutica¹⁹.

Olson, Rusell y Sprinkle desarrollan el modelo circunflejo y toman como base dos categorías: la cohesión y la adaptación de la familia (Marrero, 1994). Olson diseñó la prueba FACES a partir de este Modelo¹⁹.

En la actualidad, la práctica médica rebasa los marcos tradicionales del enfoque clínico y da cabida a una orientación clínica epidemiológica que busca una medicina más humana, en la medida en que se ve al hombre en su medio familiar y social; por esto, el conocimiento de la salud de la familia se hace indispensable para que el médico planee acciones de prevención e intervención. Para esto, es necesario contar con un instrumento que evalúe el funcionamiento familiar¹⁹.

Teniendo ya en claro, la basta existencia modelos de evaluación de la funcionalidad familiar, encuentro pertinente enfatizar que utilizaremos como base la teoría general de los sistemas, misma que dio pie a la creación de un instrumento para evaluar la dinámica relacional sistémica, conocido como instrumento de evaluación de la percepción de la funcionalidad familiar, FF-SIL (ANEXO A).

En este sentido, lo prudente es que se hable del Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL elaborado por Esther Pérez González, Dolores de la Cuesta Freiiome, Isabel Louro Bernal y Héctor Bayarre Vea en 1994^{18.19}. Gracias a la confección de este instrumento, se hace posible el diagnóstico del funcionamiento familiar, es decir, la dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia, *a través de la percepción de uno de los miembros*¹⁹.

La estimación de la validez incluyó: la de contenido, la de criterio y la de constructo. Se vuelve pues una prueba de alta confiabilidad (0.94), con gran consistencia interna (coeficiente global de 0.88)¹⁹.

El FF-SIL, es sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal (médico de familia, enfermera, trabajadora social, etcétera). Evalúa las siguientes categorías:

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera

Como se mostró anteriormente, el instrumento FF SIL consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide este cuestionario.

Nº de Situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Tabla 1. Correlación entre situaciones del instrumento FF SIL y variables que mide.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos:

Escala cualitativa	Puntos
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Tabla 2. Escala Likert usada en FF SIL

Cada una de las 14 situaciones que les son presentadas al usuario, debe ser respondida a con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que tenga como miembro de la familia.

Una vez que se haya realizado el cuestionario se procederá a sumar los puntos, lo cual determinará en que categoría se encuentra el funcionamiento familiar:

Puntaje	Resultado
70-57 puntos	Familia funcional
56-43 puntos	Familia moderadamente funcional
42-28 puntos	Familia disfuncional

27-14 puntos	Familia severamente disfuncional
Tabla 3. Nominación cualitativa del instrumento FF SIL	

- **Familia Funcional:** Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Familia disfuncional:** Es un espacio donde no se valora al otro, de apoyo no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que pueden generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida.

REDES DE APOYO SOCIAL

Desde la infancia, el individuo humano entiende que el sentimiento de controlabilidad de su entorno le vendrá dado en base a las relaciones interpersonales con los demás. Así, se sigue mostrando la necesidad de “hacerse con los demás”, de comunicarse con ellos y de “tenerlos” para que nos sostengan y sintamos queridos. En pocas palabras, necesitamos apoyo social, ya que dependiendo de la magnitud de este estará el bienestar social e individual del ser humano³.

Concepto y teorías

Dado que a lo largo de la historia han existido múltiples aportaciones al tema (Casel, 1974; Caplan, 1974; Weiss, 1974; Cobb, 1976), se toma como idea básica que subyace a todas las definiciones que el apoyo social refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social³.

No es, sino hasta 1981 que House introduce una definición más conductual: “transacción real que se da entre una o más personas y que implica emociones, ayuda instrumental, información y valoración. En 1988 Hobfoll y Stokes concluyen en que el apoyo social incluye dos aspectos: la conexión social y la interacción de ayuda²⁰.

En una primera línea de estudio se establece que el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud física y mental de los individuos, por lo que se ha visto que las personas que crean mayores vínculos sociales viven más tiempo y tienen mejor estado de salud²⁰.

En la segunda línea de investigación se establece que el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas, lo que ha permitido observar que el nivel de apoyo social guarda relación con la adaptación tanto física como psicológica a los cambios²⁰.

Por último, la conceptualización más compleja sobre los efectos del apoyo social postula que no influye ni sobre la salud ni sobre los estresores, sino que modula la relación entre ambos, es decir, amortigua el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas, lo que se conoce como *hipótesis del efecto amortiguador*. Abordaré las teorías más adelante²⁰.

El apoyo social tiene pues en conclusión un efecto directamente proporcional al estado de salud y sirve como un amortiguador de los efectos del estrés psicosocial y físico en la salud de los individuos. Agrego por último las definiciones más claras y conocidas, de Thoits y Bowling. Thoits lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Bowling, por su parte, define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra²¹.

Se ha establecido que el apoyo social tiene un papel crucial en el proceso de adaptación a la enfermedad crónica y en el restablecimiento de los resultados de salud. Puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y respuestas comportamentales asociadas a estrés psicológico, pobre adherencia al tratamiento y aislamiento social. Produce un aumento de los autocuidados y mejora de los índices de calidad de vida²¹.

Y como se mencionó previamente, sus efectos se explican por mecanismos que en sentido útil representan las TEORÍAS de su funcionamiento²¹:

- a) *Efecto directo*: esta teoría afirma que el apoyo social favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo por dos mecanismos, el primero por el simple hecho de tener efecto sobre algunos procesos psico-fisiológicos (que produciría mejoras en la salud o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio

de conductas, adoptando hábitos de vida saludables, que tendría consecuencias positivas para la salud²¹.

- b) *Efecto tampón o amortiguador*: se postula que el apoyo social ejerce un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica. Se han desarrollado dos hipótesis para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social²¹:
- a. El apoyo social permite a los individuos que, tras la exposición al estresor, sea capaz de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psico-patológicos que pueden desencadenarse²¹.
 - b. El apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrentarse a ella²¹.

Dimensiones del apoyo social

Clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social²¹:

a) Apoyo estructural o cuantitativo (red social). Es la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver los problemas planteados (por ejemplo, familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes²¹.

b) Apoyo funcional o cualitativo. Se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte, es decir lo que siente, piensa y cree el individuo (que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son²¹:

- Apoyo emocional: relacionado con el cariño y empatía²¹.
- Apoyo informativo: se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas (con tal información el individuo se ayuda a sí mismo)²¹
- Apoyo instrumental: es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita²¹.
- Apoyo afectivo: se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano²¹.
- Interacción social positiva: la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc²¹.

Fuentes de apoyo social

Existen diferentes propuestas para definir las fuentes de apoyo social han sido propuestas, así por ejemplo House propone nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en *naturales* (familia, amigos, compañeros de trabajo) y organizadas (grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional). También se han clasificado en redes *informales*, (aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia) y en redes *formales* (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales)²¹.

Evaluación y medida del apoyo social

A pesar de la diversidad de instrumentos desarrollados para la evaluación del apoyo social, los podemos dividir en tres grandes grupos²⁰:

1. Los que evalúan la conexión social²⁰
2. Los referidos al apoyo social percibido ²⁰
3. Los que describen las conductas de apoyo social ²⁰

En 1985 Tardy definió las principales dimensiones básicas, señalando en concreto 5²⁰

1. Direccionalidad: el apoyo se brinda, se recibe o es mutuo²⁰.
2. Disposición: posibilidad de recibir el apoyo de ser necesario, o el hecho de que se encuentre disponible, aunque no se necesite²⁰.
3. Describir y evaluar²⁰.
4. Contenido: distintos tipos de apoyo, en las esferas emocional, informativo, instrumental o valorativo²⁰.
5. Conexión: fuente de donde proviene el apoyo (familia, amigos u otras personas)²⁰.

Escala Multidimensional de apoyo social percibido (*Multidimensional Scale Of Perceived Social Support MSPSS*) ANEXO A

Escala creada por Gregory D. Zimet, Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet y Gordon K. Harley el año 1988 en Estados Unidos, cuyo objetivo es medir efectivamente el Apoyo Social Percibido. Esta escala cuenta con validación internacional en países como Estados

Unidos de Norteamérica en su estudio original y en Tailandia, mostrando excelentes características métricas en los siguientes grupos: estudiantes universitarios, embarazadas, adolescentes que viven en el extranjero, residentes pediátricos, adolescentes de una unidad psiquiátrica y pacientes psiquiátricos ambulatorios. Lo que nos da seguridad de uso en nuestra población en estudio²².

Fue validada en Chile por Arechabala y Miranda en 2002 luego de una adaptación transcultural en una muestra Adultos Mayores adscritos a un Programa de Hipertensión en Atención Primaria. El instrumento fue traducido al español por los autores del presente artículo, versión que fue sometida al juicio de expertos en el idioma inglés y en las áreas de psicología y geriatría. Con la escala MSPSS traducida al español se realizó una aplicación piloto en un grupo de adultos mayores hipertensos, la que mostró la necesidad de realizar algunas adaptaciones específicamente en la escala de respuesta, la adaptación consistió en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert. Este criterio se adoptó debido a que una serie de estudios relativamente amplios concluyen que la confiabilidad de un instrumento es independiente del número de respuestas que tengan los ítems, y además las 7 respuestas existentes se tornaban confusas por los símiles de su significado²².

La escala original, presenta una consistencia global reflejada en el alfa de Cronbach por cada subescala (otros significantes, familia, amigos) de 0,91; 0,87; 0,85 respectivamente. La escala completa presenta una fiabilidad de 0,88. La escala está compuesta por 12 ítems que evalúan el Apoyo Social Percibido. Estos ítems se dividen en 3 factores, el primer ítem mide Apoyo Social de Pares (6-7-9-12), el segundo mide Apoyo de la Familia (3-4-8-11) y el tercer ítem mide percepción de Apoyo de la Pareja u Otros Significantes (1-2-5-10)²³. Las respuestas están en formato tipo Likert, de 4 puntos (1= casi nunca; 2= a veces; 3= con frecuencia; 4= siempre o casi siempre), a mayor puntaje obtenido, mayor apoyo social percibido²³.

SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

La seguridad social nace en Alemania en 1883 como una alternativa para la población trabajadora. En México inició en los años cuarenta del siglo pasado con el Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cuál de forma estadística cubría para el 2000 aproximadamente el 39% de la atención a la salud²⁴.

Así, se entiende que la misión y por tanto razón de ser del Instituto Mexicano del Seguro Social es “otorgar al trabajador mexicano y sus familias la protección suficiente y oportuna, ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez o la muerte”. Bajo esta premisa, la Incapacidad Temporal para el principio de la seguridad social, que amortigua el impacto de la enfermedad y representa un elemento de protección de los medios de subsistencia al proporcionar un subsidio al trabajador que sufre daños en su salud que le impiden trabajar de manera temporal²⁴.

CON RESPECTO A LAS INCAPACIDADES

Hace décadas, como parte del tratamiento de un paciente, el médico recomendaba determinado número de días de reposo (abandono de actividades escolares y laborales) para facilitar la recuperación o evitar contagio. Cuestión que con los avances de los sistemas de seguridad social se transformó en una prestación económica y, por ende, aparecen cuestiones diferentes al estricto ejercicio de la medicina, que incluso tratan de reglamentar este acto como económico²⁴.

Literalmente, de acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia Española*, *Incapacidad* se define como la falta de capacidad para hacer, recibir o aprender algo. Laboralmente y siguiendo la definición literal, se traduce como la situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la seguridad social²⁴.

Ya como prestación, en la actualidad, se encuentra en una problemática tanto económica como administrativa. El problema es tan universal que la administración del reconocimiento y pago de las incapacidades, a menudo, se retrasa debido a la mala coordinación entre las partes involucradas. En países como España, en los cuales en razón a sospechas de fraude y alto costo de las incapacidades se generan conflictos frecuentes, se produjo un procedimiento para revisión e impugnación de ellas por lo que las evaluaciones sobre el asunto concluyen que es recomendable que las discrepancias

entre médicos nunca sean comunicadas en primera instancia al usuario y deben ser resueltas por los servicios de inspección o debatidas en el seno de los colegios médicos²⁴.

Existen criterios para su expedición ya que, tratándose de un acto médico, que se considera parte de la conducta diagnóstica o terapéutica, está implícito que para ello es necesario realizar una consulta o valoración del paciente, como condición mínima para poder conceder la incapacidad. Así el Código Internacional de Ética Médica establece: que el médico debe certificar solo lo que él ha verificado personalmente". En dicha prestación se deben incluir los días probables de recuperación y los días que pudiese alargarse por factores propios de la terapéutica utilizada y efectos secundarios, y pese a que se tengan guías, incluso en países con gran adherencia a ellas, ocurre que hay una importante variación en los días de incapacidad que depende tanto de factores relacionados con el médico y los factores estructurales locales²⁴.

Así cada entidad tendrá plena libertad de contar con tablas o guías con el número de días recomendados de incapacidad por diagnóstico, tomándolos en cuenta con carácter de orientación²⁴.

Para fines útiles en nuestra investigación, establecer que la incapacidad temporal es una prestación, un acto médico que, ligado a un proceso de enfermedad, establece una certificación de imposibilidad para realizar una actividad o tarea determinada en su trabajo, por la que el paciente percibirá un subsidio diario hasta el alta por curación o mejoría suficiente, siendo la gestión de su seguimiento competencia del médico de familia, que de alargarse de forma indiscriminada por problemas administrativos, de falta de resolución a la problemática de salud o por la aparición de secuelas secundarias a la patología que desencadena la incapacidad pueden repercutir de forma significativa en el estado emocional del paciente trabajador, en su dinámica familiar, e incluso en su estabilidad económica²⁵.

Un punto importante y de gran utilidad en nuestro trabajo es hacer mención que en general, el médico considera el estado de salud sin las repercusiones económicas del hogar y la empresa por la ausencia del trabajador (incluyendo su funcionalidad familiar). Sólo cuando el directivo revisa casos con incapacidad prolongada o estadísticas, señala

al médico la importancia de la prescripción razonada y reflexiva de certificados de incapacidad temporal para el trabajo. Y es cuando además de la evidencia médica debe incluirse el marco legal y normativo²⁶.

INCAPACIDAD PROLONGADA

Se entiende como incapacidad prolongada, aquella que se expide por 30 o más días continuos, esos casos generan preocupación pues en un alto porcentaje no están justificados o resultan de fallas en la atención médica como falta de equipos y material, diferimiento de citas a estudios especiales e interconsultas, referencia y contrarreferencia deficientes y falta de capacidad organizacional. Esta cuestión ha sido parte aguas para que, en el IMSS desde hace más de 15 años, se crearan organismos de control para agilizar la calidad de la atención, de estos comités se habla más adelante, pero podemos asegurar que hasta la fecha continúan con limitaciones ya que requieren mayor compromiso de los involucrados (incluyendo el paciente), reorganización de servicios y cambio de actitud de los directivos delegacionales, de unidades médicas y del personal operativo²⁶.

Derivado de una incapacidad prolongada, con cualquiera de las deficiencias que se han comentado, enfrentan más que nada al paciente a circunstancias de importancia social, como lo es (dependiendo de la naturaleza de la incapacidad) la percepción disminuida de su ingreso capital, la propia deficiencia de la salud que en ocasiones deriva a la dependencia de los cuidados de algún integrante de su familia. Por lo que un análisis integral de la prescripción de certificado de incapacidad temporal (que potencialmente pueda prolongarse) para el trabajo debe considerar los costos y repercusiones en el área laboral, familiar y social²⁶.

En la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS dos coordinaciones prescriben y supervisan los certificados de incapacidad temporal para el trabajo: Atención Médica y Salud en el Trabajo. La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales tiene el papel clave del pago de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo y emite listados mensuales con casos de incapacidad prolongada (30 o más días continuos) y casos desde un día de incapacidad²⁶.

Se hace válido el argumento que se han realizado estudios para analizar la repercusión económica a nivel institucional, pero se delega la repercusión personal que afecta al trabajador: Aunque los certificados de incapacidad temporal para el trabajo tienen también impacto en las empresas y en el trabajador (disminución de ingresos y gastos de bolsillo), no se tiene como objetivo evaluar esa información ya que utiliza datos del IMSS. Y obviamente, representa parte esencial en el cuidado integral de la salud²⁶.

Como ya se hizo mención en el trabajo, la incapacidad temporal es una prescripción médica, con evidentes connotaciones económicas, laborales y sociales. Se encuentra estrechamente vinculada a la atención primaria. La incapacidad se justifica por motivos de salud para realizar las tareas fundamentales del puesto laboral²⁷.

De forma internacional, se comparte una acción administrativa de mejora que consiste en que los casos más conflictivos pueden ser tratados en sesión clínica: ya que la experiencia de los compañeros puede ayudar a resolver alguna situación, siempre en pro del paciente para hacer uso del principio de no maleficencia (no se puede obligar a laborar con presencia de incapacidad real)²⁷.

Y es innegable también que algunos procesos de incapacidad temporal se prolongan más de lo debido por las listas de espera; casos en los que el profesional médico debe actuar como «abogado» del paciente dentro del sistema. Sin dejar de lado que es el mismo médico, el responsable de colaborar en mejorar la gestión de dicha prestación, por la lealtad hacia la sociedad (principio de justicia), y cuando sospeche una situación de fraude debe forzar el alta laboral por respeto a los demás ciudadanos²⁷.

Tal como lo establece *García Moreno*: las incapacidades prolongadas por causas no médicas son condicionadas por deficiencias en procesos administrativos, inherentes a diversos rubros; todos ellos, factores modificables²⁸.

III. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, es bien conocido que las situaciones de incapacidad temporal que se prolongan son un reflejo indicador de la situación de salud de una población y sobre todo de la gestión de servicios sanitarios que brindan atención al trabajador¹², ya que la calidad de atención recibida por los afectados es un factor determinante en la evolución del siniestro²⁹. Se hace mención de lo mismo, pero aclaramos que no entra en nuestra pertinencia abordar en este estudio las causas administrativas como determinante de la incapacidad prolongada.

El paciente incapacitado, generalmente sufre durante el evento incapacitante de una crisis familiar inesperada, dependiendo de la naturaleza (enfermedad o accidente) que lo lleva en primer lugar a tener pérdida de su ejercicio laboral, misma situación a la que se le agregan los trámites burocráticos con los que debe cumplir para justificar su ausentismo, sin mencionar que la mayoría de las veces se trata de los jefes de familia, quienes proveen a su hogar. Por lo que me parece conveniente remarcar la utilidad de una familia funcional, ya que es lo que otorga a los pacientes mayor fortaleza de adaptación a la situación de enfermedad¹³ e incluso, y de similar importancia apoyo económico si dentro de la estructura familiar se cuenta con buena organización (administración adecuada, ahorros). Lo que emocionalmente en palabras coloquiales traduce a la sensación de apoyo y acompañamiento e incluso estabilidad emocional. Esta situación, la visualizo como un área de oportunidad en la que se pudiese hacer una intervención como médicos familiares, si durante las reevaluaciones del paciente incapacitado se detecta disfuncionalidad familiar.

Siguiendo la línea de los antecedentes encontrados, Leticia casanova⁸ comenta que el apoyo social juega un papel de suma importancia en la forma en la que un paciente con problemas mentales percibe la funcionalidad familiar, por lo que pretendemos encontrar si existe la misma relación en los pacientes con incapacidad prolongada y a los cuales se les puede brindar apoyo social estructurado dentro de la misma institución que lleva su caso de incapacidad.

Se vuelve entonces pertinente el análisis de la relación de la percepción de la funcionalidad familiar y de apoyo social en el paciente con incapacidad prolongada, ya que de la población objetivo no se tiene dicha información.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el estado de Aguascalientes hasta el 2015 cuenta con una población total de 1'312,544 personas censadas, de los cuales el

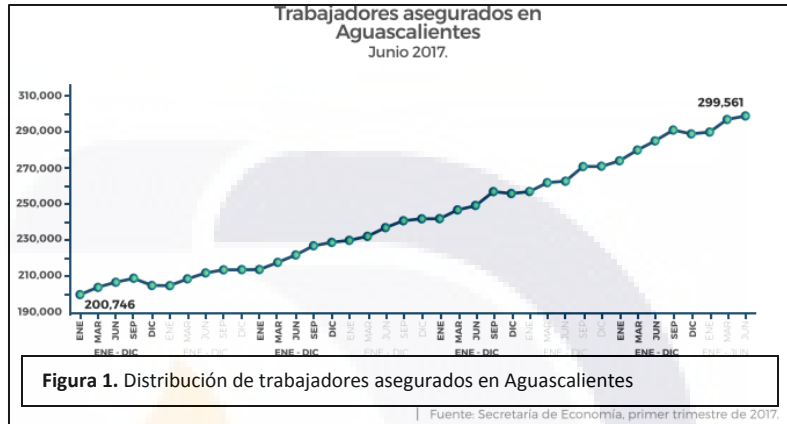


Figura 1. Distribución de trabajadores asegurados en Aguascalientes

Fuente: Secretaría de Economía, primer trimestre de 2017.

48.8% es representado por los hombres y 51.2% por las mujeres. El municipio de Aguascalientes concentra la mayoría de la población con 877, 190 personas (48.5% de hombres y 51.5% de mujeres)³⁰.

De la totalidad de la población del estado, el 55.7% es derechohabiente IMSS y en el municipio capital, se encuentra adscrito al IMSS el 64.8%³⁰.

En el estado de Aguascalientes, entre las principales actividades se encuentran: fabricación de maquinaria y equipo (20.6%); comercio (14.9%); construcción (11.3%); servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles (11.1%); y transportes, correos y almacenamiento (4.7%)^{31,32}. Juntas representan el 62.6% del PIB estatal. Dato relevante pues nuestra población en estudio son los trabajadores, razón de ser del Instituto³⁰.

En el primer informe de gobierno del H. Gobernador Martín Orozco Sandoval, se establece que tan solo en el año 2017, se generaron 9 760 empleos formales y registrados ante el IMSS. Incluye además en sus proyectos de inversión la proyección de generación de 5 430 empleos más³¹. Hacia el 2017, se encontraban registrados 272 952 trabajadores en todo el estado y corresponden al municipio de Aguascalientes 190 452 personas laboralmente activas aproximadamente³¹.

En el mismo año 2017 de acuerdo con las memorias estadísticas del IMSS y lo registrado por salud en el trabajo se reportan 24 587 siniestros siendo de forma porcentual y con respecto al total de trabajadores: riesgos de trabajo 3.2%, accidentes de trabajo 2.5%, accidentes de trayecto 0.7%, enfermedades de trabajo 5.8%, accidentes y enfermedades de trabajo 2.5%³¹.

La UMF 1 cuenta con una población de 117 950 derechohabientes, de los cuales 56 332 son hombres y 61 618 mujeres.

Actualmente (al 22 de agosto de 2018), se encuentran 76 pacientes con incapacidades prolongadas (cifra en cambio continuo por la resolución de casos de acuerdo con el tiempo y gestiones administrativas).

PANORAMA DE SALUD

Es bien sabido que, dentro de la familia, lo que damos a bien llamar núcleo familiar se desenvuelve la enfermedad, ya que la salud (y en el caso de los pacientes con incapacidad prolongada) la recuperación pronta y efectiva se ve estrechamente influida por la vida familiar y la existencia o no de redes de apoyo. Interactúa pues el ambiente social y funcional, además de los cambios biológicos del individuo en el control de la enfermedad³².

Al ser la familia un sistema de tal complejidad y a la vez fuente de salud y enfermedad, en donde se altera la armonía no solo del miembro que la padece sino de todo el conjunto familiar. En el caso de los pacientes con incapacidad prolongada, la gravedad se ve medida por la causa de origen de dicha incapacidad, que como ampliamente se ha explicado puede ser por pérdida de la función o por enfermedad adquirida³².

Es importante enfatizar en que el estado total de bienestar no puede darse en su totalidad por la experiencia individual, sino que debe comprender una buena dinámica de apoyo social y de funcionamiento familiar (que a su vez también forma parte de las redes de apoyo)³².

PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD

LEY REGLAMENTARIA DE LA FRACCIÓN XIII BIS DEL APARTADO B, DEL ARTÍCULO 123 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1983 **TEXTO VIGENTE** Última reforma publicada DOF 10-01-2014 **CAPITULO CUARTO.** Suspensión, Cese y Terminación de los Efectos de los Nombramientos **ARTICULO 19.-** Son causas de suspensión temporal de las obligaciones de prestar el servicio y pagar el salario, sin responsabilidad para los trabajadores y las instituciones, las contenidas en este artículo. En los casos de las fracciones I y II la suspensión temporal solamente operará para la obligación de prestar el servicio³³.

I.- La enfermedad contagiosa del trabajador³³;

II.- La incapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de trabajo³³.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de abril de 1970 **TEXTO VIGENTE** Última reforma publicada DOF 12-06-2015

TÍTULO NOVENO. Riesgos de trabajo³⁴

Artículo 477.- Cuando los riesgos se realizan pueden producir: I. Incapacidad temporal³⁴;

Artículo 478.- Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo³⁴.

LEY DEL SEGURO SOCIAL

CAPÍTULO III. DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO³⁵

SECCIÓN PRIMERA³⁵

ARTÍCULO 55.- Los riesgos de trabajo pueden producir³⁵:

I. Incapacidad temporal; Se entenderá por incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial e incapacidad permanente total, lo que al respecto disponen los artículos relativos de la Ley Federal del Trabajo³⁵.

SECCIÓN TERCERA³⁵

ARTÍCULO 60.- Los certificados de incapacidad temporal que expida el Instituto se sujetarán a lo que establezca el reglamento relativo³⁵.

**Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social
Publicado en: Diario Oficial de la Federación – Edición del 30 de noviembre de 2006**

TÍTULO SEXTO³⁶

De la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo a los asegurados del régimen obligatorio³⁶

CAPÍTULO I. Generalidades³⁶

ARTÍCULO 137.- Se considera incapacidad temporal para el trabajo, la pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan parcial o totalmente al asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo³⁶.

ARTÍCULO 138.- El certificado de incapacidad temporal para el trabajo es el documento médico legal, que expide en los formatos oficiales el médico tratante o el estomatólogo del Instituto al asegurado, para hacer constar la incapacidad temporal para el trabajo y que, al expedirse en los términos del presente capítulo, producirá los efectos legales y administrativos correspondientes de protección al trabajador³⁶.

ARTÍCULO 139.- El médico tratante o estomatólogo del Instituto, al prescribir los días de incapacidad y expedir el certificado de incapacidad temporal para el trabajo, actuará bajo su absoluta responsabilidad y con estricto apego a la Ley, sus reglamentos, las normas institucionales y la ética profesional. La expedición de estos certificados únicamente los podrá efectuar el médico tratante o estomatólogo y en ejercicio de sus funciones y durante su jornada de trabajo, salvo las excepciones previstas en este Reglamento. Previo a la expedición del certificado de incapacidad, el asegurado deberá identificarse en los términos establecidos en el artículo 9 de este Reglamento, asentando el médico tratante o estomatólogo, en el recuadro correspondiente del certificado, los datos de la identificación presentada por el asegurado³⁶.

ARTÍCULO 140.- El certificado de incapacidad temporal para el trabajo podrá expedirse por el médico tratante o estomatólogo, con carácter inicial, subsecuente, recaída o enlace, entendiéndose por cada uno de estos lo siguiente³⁶:

I. Inicial. Es el documento que expide el médico al asegurado en la fecha en que se determina por primera vez que su enfermedad lo incapacita temporalmente para el trabajo³⁶;

II. Subsecuente. Es el documento posterior al certificado inicial, que el médico expide al asegurado dado que continúa incapacitado por el mismo padecimiento³⁶;

III. Recaída. Es el certificado de incapacidad que se expide a un asegurado que se encuentra imposibilitado de manera temporal para el desempeño de su trabajo después de haber sido dado de alta por riesgo de trabajo, que requiere de atención médica, quirúrgica, rehabilitación o bien un incremento en su incapacidad parcial permanente otorgada por secuelas del riesgo de trabajo sufrido, y³⁶

IV. Enlace. Es el certificado que se expide cuando el periodo anterior al parto excede a los 42 días, para amparar días excedentes como continuación de incapacidades originadas por enfermedad general, por lapsos renovables, desde uno y hasta un máximo de siete días³⁶.

El médico tratante o estomatólogo del Instituto, al expedir el certificado de incapacidad inicial determinará el tiempo probable de días para la recuperación de la enfermedad del asegurado, considerando la historia natural de la enfermedad, su gravedad, el tipo de tratamiento utilizado, la edad, comorbilidad y de manera ineludible, el puesto de trabajo que desempeña³⁶.

En los casos en que el periodo de incapacidad rebase el lapso estimado para la recuperación y se requiera de la prescripción de días adicionales de incapacidad, el médico tratante o estomatólogo deberá comunicarlo a su jefe inmediato o a quien en su ausencia funja como tal, para que conjuntamente se realice la evaluación clínica del caso, se determinen los días adicionales y las acciones necesarias para lograr la reintegración laboral del paciente. Los certificados de incapacidad temporal para el trabajo subsecuentes o de recaída en esta condición, se expedirán invariablemente con la autorización del jefe inmediato o de quien en su ausencia funja como tal³⁶.

ARTÍCULO 141.- El certificado de incapacidad temporal para el trabajo deberá expedirse tratándose de enfermedad general o riesgo de trabajo considerando días naturales y atendiendo los siguientes criterios³⁶:

I. El médico adscrito a los servicios de urgencia podrá expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo, únicamente por el plazo de uno a tres días³⁶;

II. El estomatólogo podrá expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo, únicamente por el plazo de uno a siete días, y³⁶

III. El médico familiar o no familiar podrá expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo, por el plazo de uno a veintiocho días³⁶.

En caso de que se expidan certificados de incapacidad temporal por riesgo de trabajo y el padecimiento agote el término de 52 semanas, se deberá dictaminar la incapacidad permanente o el alta para laborar, de acuerdo con lo establecido en la fracción I del artículo 58 de la Ley³⁶.

ARTÍCULO 150.- Cuando la enfermedad general incapacite al asegurado para su actividad laboral habitual, se le amparará el tiempo que amerite con certificados de incapacidad temporal para el trabajo desde uno a veintiocho días y hasta el límite de cincuenta y dos semanas, para el mismo padecimiento, registrándose invariablemente el diagnóstico inicial en los certificados de incapacidad subsecuentes. Se podrán expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo hasta por veintiséis semanas posteriores a las cincuenta y dos antes señaladas, que serán considerados como prórroga, previa revisión del paciente y del expediente clínico por parte del médico tratante y del jefe inmediato o de quien en su ausencia funja como tal³⁶.

ARTÍCULO 151.- En todos los casos, se registrarán en el expediente clínico o nota de referencia y contrarreferencia del asegurado, los siguientes conceptos de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo iniciales, subsecuentes, recaídas y enlace³⁶:

- I. Diagnóstico³⁶;
- II. Folio³⁶;
- III. Ramo de seguro³⁶;
- IV. Fecha de inicio³⁶;
- V. Fecha de expedición del certificado³⁶;
- VI. Días que ampara el certificado³⁶;
- VII. Días probables para la recuperación de la enfermedad³⁶;
- VIII. Días de incapacidad temporal para el trabajo acumulados³⁶;
- IX. Nombre del puesto específico de trabajo y centro de trabajo, y³⁶
- X. Nombre, firma y matrícula del médico que expide y en su caso, de su jefe inmediato y, en su ausencia, de quien funja como tal³⁶.

DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Dado a que el Estado de Aguascalientes se caracteriza por ser un estado con gran desarrollo económico, y cada vez en aumento, como se especifica en el último informe de gobierno, se torna de vital importancia la cobertura de los trabajadores con problemática de incapacidad para mantener en buen funcionamiento a la industria y sobre todo

garantizar la reincorporación de calidad y en buen estado de salud de dichos sujetos, destacando que la salud también implica la parte de bienestar emocional.

Al ser las bajas laborales un indicador de salud¹², es de suma importancia que los pacientes implicados en una situación de tal naturaleza sepan que cuentan con personas que tienen la facultad de orientación, formando redes de apoyo estructurales dentro de la misma institución y que es su derecho el estar informado para conocer la evolución o tramites faltantes para resolver su situación, con lo que suponemos se ve amedrentado el desgaste individual y del entorno familiar².

Así, hay estudios, como el de *Santiago salinas*²⁹ que apoya que la calidad de atención otorgada a los trabajadores es un factor determinante en su recuperación, y nosotros nos vemos en el entendido que la atención de calidad debe incluir atención integral y ésta a su vez implica bienestar emocional, el cual se ve plenamente beneficiado con redes de apoyo y la pertenencia a familias funcionales. Ambas características brindan al individuo (independientemente de su padecer) mayor fortaleza en la adaptación a su condición¹³.

De acuerdo con la revisión realizada, puntualizamos que la buena funcionalidad familiar es fundamental para la estabilidad emocional y adecuada recuperación de un enfermo, específicamente *Leticia casanova*⁸ relaciona de forma positiva la funcionalidad familiar y el apoyo social en pacientes con problemas mentales, más no encontramos información que equipare ese resultado en los pacientes con incapacidad prolongada.

*Martín*¹¹ comprueba que existe relación significativa entre disfunción familiar y dependencia a la nicotina en la población estudiada, es decir, en caso contrario, una adecuada percepción de la funcionalidad familiar sí ofrece factores protectores ante adversidades de salud y sociales.

Encontramos una disyuntiva, pues en el estudio de *Magrin*⁹, se hace mención de que el apoyo social funcional (familia y amigos), se asocia con mejor adherencia de los pacientes a un tratamiento, mismo argumento que se apoya por el estudio de *Medellín*⁶, en el que la familia y amigos son las redes más utilizadas, pero también establece que el patrón puede cambiar de acuerdo con la funcionalidad familiar. Siendo así, lo primera aseveración implica una brecha con nuestra área de oportunidad, que sería ofrecer apoyo social estructurado (brindado por la institución). Pero el segundo punto beneficia mi objetivo,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pues la adecuada percepción de funcionalidad familiar otorga al paciente criterio para uso de las redes de apoyo fuera de su círculo familiar. De tal forma, consideramos de suma importancia el conocer la percepción que tiene nuestra población de estudio para darle realce en su proceso clínico-administrativo, porque de acuerdo con el estudio observacional de *Khic-Houy Prang*³⁷: se necesita investigación para comprender el papel del apoyo social en la rehabilitación de un paciente.

DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como razón de ser, el brindar seguridad social al trabajador y su familia en caso de incapacidad laboral sin importar la causa de dicha condición. De la misma forma, se responsabiliza de regresar en el mejor estado de salud a los trabajadores para que continúen con su vida laboral.

Se encuentra registrado en las memorias estadísticas del IMSS, que en el año 2017 solamente en el estado de Aguascalientes se reportaron 24 587 siniestros en trabajadores, siendo de forma porcentual y con respecto al total de trabajadores: riesgos de trabajo 3.2%, accidentes de trabajo 2.5%, accidentes de trayecto 0.7%, enfermedades de trabajo 5.8%, accidentes y enfermedades de trabajo 2.5%³¹.

Se hace énfasis que en las estadísticas previas no se incluyen las causas de incapacidad no relacionadas con el trabajo, como son aquellas más frecuentemente registradas: del aparato musculoesquelético y las causas oncológicas, que, de acuerdo con su naturaleza, son cuestiones que potencialmente pueden prolongar la incapacidad del trabajador que las padezca.

DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Magnitud. De acuerdo con la historia natural de la enfermedad, existen tiempos estimados, bien definidos de recuperación. Los tiempos establecidos, son solo parámetros, que pueden ser modificados, dado que la evolución clínica de las enfermedades depende de muchos factores, dicho esto, me atrevo a hacer mención del trabajo de *García Moreno SJ (2005)*, quien realizó un estudio transversal retrospectivo, en

la Delegación Veracruz Norte del IMSS para determinar las causas no médicas que condicionan incapacidad prolongada por enfermedad general y riesgo de trabajo, encontrando que la causa que con mayor frecuencia se registró fue la deficiencia en el proceso de referencia y contrarreferencia, seguido de otras deficiencias en diversos procesos administrativos (citas diferidas, falta de respuesta a auditorias, retraso en la autorización de la ST-4) y causas inherentes al equipo (equipo descompuesto, falta, deficiencias de mantenimiento), así mismo, deficiencias en la cobertura del personal (ausentismo programado y no programado)²⁸.

Trascendencia. Tomando en cuenta que la modificación de los factores no médicos que prolongan una incapacidad es viable, pero que implica una planeación y logística extensa, nos avocamos a que el trabajador, se sienta por lo menos bien atendido, y si bien, ya se encuentra en una maraña de trámites burocráticos (engorrosos, pero al fin de cuenta, establecidos, necesarios y normados), es de suma importancia que perciba que cuenta con apoyo social efectivo dentro de la institución y que además de eso lo respalda una esperada buena función familiar. Ya que de lo que se queja el trabajador es del trato excluyente que se le da (o percibe) en el transcurso de una incapacidad que se prolonga.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

De acuerdo con algunos de los artículos revisados, se ha observado que el paciente que cuenta con buena funcionalidad familiar y adecuada percepción de redes de apoyo se provee de herramientas muy útiles en el afrontamiento de una enfermedad o accidente que para uso práctico en caso de nuestro protocolo condicione incapacidad prolongada.

Siguiendo esa línea, uno de los factores importantes en un paciente con incapacidad prolongada es que se le trata como un número de afiliación que está generando gastos al patrón y al instituto y que además se encuentra improductivo. Pero ¿acaso alguien se percata de cómo percibe su situación el propio trabajador?, ¿Se siente apoyado? Y, sobre todo, ¿Hay relación entre ese apoyo y la percepción de su papel dentro de la familia al estar en condición de incapacidad?

Argumento convincente

De acuerdo con los antecedentes presentados, en los que se encuentra sólo una de las variables de estudio con el sujeto propuesto, o las dos variables, pero en otra población, creo pertinente se realice el estudio de la percepción de apoyo social y su relación con la funcionalidad familiar en el paciente con incapacidad prolongada, ya que de forma aislada son proveedores de recursos importantes para la resiliencia de los trabajadores.

Supongamos entonces que, si se detecta en un trabajador mala funcionalidad familiar, se puede realizar una intervención como médicos familiares y tratantes, para que en medida de lo posible se mejoren las condiciones relacionales con la familia, logrando bienestar emocional (factor importante para la recuperación de la salud física).

De la misma forma, si se detecta una percepción deficiente o inadecuada de apoyo social, se pueden brindar redes de apoyo dentro del instituto por especialistas en la materia como lo son los psicólogos y los trabajadores sociales (si ya se brinda, se pueden acentuar y si no, se dan a conocer para proveer de herramientas de superación de la condición que los aqueje).

Información que se espera obtener

Inicialmente, obtendremos información para determinar las características sociodemográficas de los pacientes con incapacidad prolongada.

Con la aplicación de los instrumentos propuestos, me propongo conocer la percepción de apoyo social (instrumento MSPSS) en las esferas de familia, amigos y pares; determinar también la percepción de funcionalidad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada usando el instrumento FF-SIL.

Dicha información, será utilizada para determinar la relación entre la percepción de apoyo social y la funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada.

Lista de conceptos indispensables

Funcionalidad familiar: espacio que permite en forma integral, a cada individuo, el convivir, crecer y compartir con otras personas, los valores, normas, creencias, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad.

Apoyo Social: transacción real que se da entre una o más personas y que implica emociones, ayuda instrumental, información y valoración, incluye la conexión social y la interacción de ayuda.

Incapacidad Prolongada: incapacidad temporal para el trabajo que rebasa los días esperados de recuperación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre la percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con incapacidad prolongada en la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de apoyo social de la red familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de apoyo social de la red de amigos en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de apoyo social de la red de pareja u otros significantes en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de cohesión familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de armonía familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de comunicación familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de permeabilidad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de afectividad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de roles familiares en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

Medir la percepción de adaptabilidad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

VI. HIPÓTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

HA. Existe relación entre la percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes.

HIPOTESIS NULA

H0. No existe relación entre la percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes.

HIPOTESIS ALTERNAS ESPECÍFICAS

HA1. Existe adecuada percepción de apoyo social de la red familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA2. Existe adecuada percepción de apoyo social de la red de amigos en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA3. Existe adecuada percepción de apoyo social de la red de pareja u otros significantes en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA4. Existe adecuada percepción de cohesión familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA5. Existe adecuada percepción de armonía familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA6. Existe adecuada percepción de comunicación familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA7. Existe adecuada percepción de permeabilidad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA8. Existe adecuada percepción de afectividad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA9. Existe adecuada percepción de roles familiares en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HA10. Existe adecuada percepción de adaptabilidad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

HIPOTESIS NULAS ESPECÍFICAS

H01. No existe adecuada percepción de apoyo social de la red familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H02. No existe adecuada percepción de apoyo social de la red de amigos en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H03. No existe adecuada percepción de apoyo social de la red de pareja u otros significantes en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H04. No existe adecuada percepción de cohesión familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H05. No existe adecuada percepción de armonía familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H06. No existe adecuada percepción de comunicación familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H07. No existe adecuada percepción de permeabilidad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H08. No existe adecuada percepción de afectividad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H09. No existe adecuada percepción de roles familiares en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

H010. No existe adecuada percepción de adaptabilidad familiar en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1 delegación Ags.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo tipo correlacional, con un diseño analítico.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes con incapacidad temporal para el trabajo adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con incapacidad temporal para el trabajo que rebasen los límites estimado de recuperación adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes

UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes con incapacidad temporal para el trabajo que rebasen los límites estimado de recuperación adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes captados en el comité local para el control de incapacidad temporal para el trabajo.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Paciente con incapacidad temporal para el trabajo que rebasen los límites estimado de recuperación adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes captados en el comité local para el control de incapacidad temporal para el trabajo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con incapacidad temporal para el trabajo que rebasen el tiempo estimado de recuperación adscritos a la UMF 1
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes de ambos turnos
- Mayores de 18 años (por la cuestión del consentimiento informado)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con incapacidad temporal para el trabajo dentro de tiempo estimado de recuperación
- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes analfabetas (ya que el instrumento es auto aplicado)

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas

Definición y operacionalización de las variables en anexos**TIPO DE MUESTREO**

MUESTRA DE TIPO CENSAL: Se tiene censo en la Unidad de Medicina Familiar No.1 de pacientes con incapacidad prolongada de 76 pacientes

TAMAÑO DE LA MUESTRA: por lo que se realizara estudio en todos los pacientes del censo de la Unidad de Medicina Familiar No.1 cuando se obtenga el registro dando una muestra de 76 pacientes.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez establecidos los criterios de inclusión, exclusión y eliminación en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF 1, se procedió a conocer la cifra total de pacientes con los criterios de inclusión que se catalogaron como sujetos de estudio aptos.

Se aplicará el instrumento que constará de 3 secciones, la primera para la recolección de los datos sociodemográficos (formato creado por el investigador), la cual consta de ítems en los cuales se preguntó nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, cuántas personas dependen económicamente de él o ella.

En la segunda sección, se le dará respuesta al cuestionario FF-SIL para medir la percepción de la funcionalidad familiar que consta de 14 ítems valorados en escala de tipo Likert con respuestas que van de casi nunca (1 punto) a casi siempre (5 puntos), en el que se valoran 7 dimensiones, en 2 preguntas cada una (cohesión 1 y 8, armonía 2 y 13, comunicación 5 y 11, adaptabilidad 6 y 10, afectividad 4 y 14, roles 3 y 9 y permeabilidad 7 y 12). Y por último en una tercera sección el cuestionario estructurado conocido como MSPSS, compuesta por 12 ítems que evalúan el Apoyo Social Percibido. Estos ítems se dividen en 3 factores, el primer ítem mide Apoyo Social de Pares o amigos (6-7-9-12), el segundo mide Apoyo de la Familia (3-4-8-11) y el tercer ítem mide percepción de Apoyo de la Pareja u Otros Significantes (1-2-5-10).

LOGISTICA

Posterior a la aceptación del protocolo por el comité local, se solicitará la autorización de la directora de la Unidad de Medicina Familiar No.1 dando a conocer el objetivo general del estudio y el instrumento aplicar en nuestro estudio. Solicitándole permiso para permanecer en área anexa a la dirección los miércoles, en los que se reúne el comité local de COCOITT, reunión a la que se citan un promedio de 10 pacientes en situación de incapacidad prolongada para continuar gestión de necesidades médicas o administrativas con respecto a su incapacidad. El medico tesista, aprovechara el tiempo de espera de los pacientes para la aplicación del cuestionario, previa información detallada y firma de consentimiento. Se le dará a conocer el objetivo general del estudio y se le entregará la encuesta, la cual constará de 3 secciones: la primera para obtener datos sociodemográficos, la segunda incluye el instrumento FF SIL para funcionalidad familiar y

la tercera parte con el instrumento MSPSS para redes de apoyo social. Al completar nuestra muestra de estudio se dará por terminado nuestro estudio para posteriormente hacer la captura de los datos en el programa Excel para su posterior procesamiento en el paquete estadístico SPSS versión 21.

PLAN DE ANALISIS

Las variables cualitativas que corresponden a sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación y personas dependientes se determinarán frecuencias y tasas. Se realizó vaciado en hojas de Excel del instrumento tipo encuesta por el médico tesista para posteriormente introducir los datos en el programa estadístico SPSS v21, en donde se realizó el análisis estadístico univariado para la descripción de las variables, determinando frecuencia absoluta y porcentaje para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables de tipo cuantitativo. Para determinar la relación entre las variables de estudio, inicialmente se calculó su distribución a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov; y finalmente para conocer el nivel de relación entre las variables, por no tener una distribución paramétrica, se realizó a través del coeficiente de correlación de Spearman.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

Al ser un estudio en el área médica, es nuestra obligación, vernos apegados a las Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en el apartado “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas”, misma que fue Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. En la que especifica a partir del quinto principio básico que todo proyecto de investigación biomédica debe salvaguardar intereses de la ciencia y sociedad, así como los intereses de los individuos implicados, tomando las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad³⁸.

De la misma forma en el 9º principio se estipula de la necesidad de información al participante de objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias

que el estudio podría acarrear. Dicha información les otorga el beneficio de rechazar la propuesta o revocar su participación en cualquier momento. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito (se agrega como anexo la carta de consentimiento informado)³⁸.

En el reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Investigación claramente se estipula en su título segundo denominado: De los aspectos éticos de la investigación en Seres Humanos en el capítulo uno de disposiciones comunes y artículo 13 menciona la prevalencia ante todo del respeto a la dignidad y la protección a sus derechos y bienestar y partir del artículo se especifican las características del consentimiento informado por escrito, mismo del que haremos uso en esta investigación³⁹. Además de acuerdo al artículo 17 del citado reglamento, nuestro protocolo se cataloga como Investigación sin riesgo, ya que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta³⁹.

IX. FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

El costo total de la realización de este protocolo quedará a cargo del tesista

Recursos	Costo unitario (pesos)	Necesidad	Costo total (pesos)
Computadora	5500	1	5500
Hojas blancas	150	1 PAQUETE	150
Impresora	1200	1	1200
Tinta	150	4	600
Fotocopias	0.5	¿??	¿??
Bolígrafos	2	20	40
Lápices	2	20	40
USB	120	1	120
Encuadernado	200	10	2000
TOTAL			9650

El estudio de investigación que planteamos se vuelve factible debido a que consiste solo en obtención de información en cuanto funcionalidad familiar y redes de apoyo social se refieren de los pacientes con incapacidad prolongada, para conocer la percepción que tienen de ese ámbito. La información obtenida se utilizará con la finalidad de conocer la relación que existe entre un parámetro y otro.



X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Mayo/Junio 2017	Julio/Agosto 2017	Septiembre /Octubre 2017	Noviembre /Diciembre 2017	Enero/Febrero 2018	Marzo/Abril 2018	Mayo/Junio/Julio 2018	Agosto 2018	Septiembre 2018	Octubre- Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero – Febrero 2019
Elección del tema	X											
Acopio de información x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión de la literatura	X	X	X	X	X	X	X	X				
Diseño de protocolo				X								
Planteamiento del problema					X							
Identificación de antecedentes						X						
Justificación							X					
Envío del protocolo al comité local								X				
Revisión y modificación del protocolo									X			
Registro del protocolo									X			
Aprobación del protocolo									X			
Trabajo de campo										X		
Captura y tabulación de datos										X		
Análisis de resultados										X		
Autorización											X	
Elaboración de informe final											X	
Discusión de resultados												X

XI. RESULTADOS

Se encuestó a un total de 80 personas con incapacidad prolongada en la UMF No. 1, cuyas características socio-laborales se describen en la tabla 4.

Tabla 4. Características socio-laborales de las personas con incapacidad prolongada en la UMF No. 1

		Frecuencia absoluta n=80	Porcentaje (%)
Edad	18-30	27	33,8
	31-40	19	23,8
	41-50	18	22,5
	51-60	14	17,5
	> 60	2	2,5
Sexo	Hombre	59	73,8
	Mujer	21	26,3
Grado de estudios	Ninguno	0	0
	Preescolar	1	1,3
	Primaria	9	11,3
	Secundaria	28	35,0
	Preparatoria	22	27,5
	Carrera técnica	6	7,5
	Profesional	11	13,8
	Posgrado	3	3,8
Estado civil	Soltero	20	25,0
	Separado	2	2,5
	Unión libre	9	11,3
	Casado	43	53,8
	Divorciado	3	3,8
	Viudo	3	3,8
Ocupación	Obrero	17	21,3
	Empleado	60	75,0
	Chofer	3	3,8
Personas que dependen económicamente del trabajador	1 - 3	62	77,5
	4 - 6	17	21,3
	> 6	1	1,3

Fuente: instrumento FFSIL aplicado en UMF No.1

Se encontró un porcentaje similar en los primeros tres rangos de edad, con el porcentaje más alto en las personas de 18 a 30 años (33.8%). El sexo predominante fue hombres, con un 73.8%, el grado de estudios con mayor porcentaje fue el de secundaria con un 36%, seguido de preparatoria con un 27.5%; el 53.8% están casados, el 75% son empleados y el número de personas que dependen económicamente del trabajador en su mayoría fueron de 1 a 3 (77.5%).

El instrumento para medir funcionalidad familiar (FFSIL) contiene 7 categorías medidas por 2 ítems cada una, por lo que el puntaje máximo que se puede obtener en cada una es 10. En la tabla 5 se observa la media obtenida en cada categoría, la cual es muy similar, con valores que van de 8.22 (permeabilidad) hasta 8.78 (cohesión).

Tabla 5. Categorías de la funcionalidad familiar de las personas con incapacidad prolongada en la UMF No.1

Categoría	Puntaje máximo	Media
Cohesión	10	8.78
Armonía	10	8.71
Comunicación	10	8.42
Permeabilidad	10	8.22
Afectividad	10	8.56
Roles	10	8.37
Adaptabilidad	10	8.50

Fuente: instrumento FFSIL aplicado en UMF No.1

El tipo de funcionalidad familiar encontrado en las personas con incapacidad prolongada en la UMF No.1 fue en su mayoría funcional (70%), seguido de moderadamente funcional (23.8%), disfuncional (6.3%) y no se encontró ninguna severamente disfuncional. Tabla 6.

Tabla 6. Tipo de familia que presentan las personas con incapacidad prolongada en la UMF No.1

Tipo de familia	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Funcional	56	70,0
Moderadamente funcional	19	23,8
Disfuncional	5	6,3
Severamente disfuncional	0	0

Fuente: instrumento FFSIL aplicado en UMF No.1

El instrumento MSPSS mide el apoyo social percibido en tres áreas que son: 1. Amigos, 2. Familia y 3. Otras personas, en una escala que va de 1=casi nunca, 2= a veces, 3=con frecuencia a 4=siempre o casi siempre, con la consigna de que a mayor puntaje, mayor percepción de apoyo social. En la tabla 7 se puede observar que el promedio más bajo fue en el área de “amigos”, seguido de “familia” y el más alto fue en el área de “otras personas”.

Tabla 7. Promedio del puntaje obtenido con el MSPSS por área en las personas con incapacidad prolongada de la UMF No. 1

	Amigos	Familia	Otras personas
Promedio	2.91	3.47	3.58
Desviación estándar	1.05	0.79	0.74

Fuente: instrumento MSPSS aplicado en UMF No.1

Al analizar el porcentaje de cada respuesta obtenida (tabla 8), se observa que las personas con incapacidad prolongada de la UMF No. 1 perciben mayor apoyo social (71%) por otras personas, en comparación con su familia (63%) y en un porcentaje muy bajo (13%) por parte de sus amigos.

Tabla 8. Porcentaje de respuestas por área en el MSPSS

	amigos	familia	otras personas
Casi nunca	13%	2%	2%
A veces	20%	14%	10%
Con frecuencia	29%	21%	18%
Siempre	38%	63%	71%

Fuente: instrumento MSPSS aplicado en UMF No.1

Relación entre la percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes

Al someter las variables tipo de funcionalidad familiar y puntaje total obtenido en la percepción del apoyo social a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se encontró una distribución no paramétrica. Tabla 9.

Tabla 9. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

	Estadístico	GI	Significancia estadística
Funcionalidad familiar FFSIL	,427	80	,000
Apoyo social percibido MSPSS	,119	80	,007

Fuente: instrumento MSPSS aplicado en UMF No.1

El resultado obtenido al correlacionar las variables tipo de funcionalidad familiar y apoyo social percibido fue de $-.342$ ($p=0.002$), lo que indica que existe una correlación moderada negativa, significativa, que indica que a mayor nivel en la funcionalidad familiar (1=familia funcional a 4=familia disfuncional), disminuye el puntaje del apoyo social percibido, por lo tanto, las familias disfuncionales de las personas con incapacidad prolongada en la UMF No.1, presentarán menor apoyo social percibido.

En la tabla 10 se puede observar el resultado de la correlación entre el tipo de familia y el apoyo social percibido. Para facilitar la interpretación de los resultados, se invirtió la numeración en el tipo de familias (1=severamente disfuncional a 4=funcional). Se encontró que existe relación positiva moderada ($,322$, $p=0.004$) entre el apoyo social percibido y el tipo de familia funcional, una relación positiva débil con la familia disfuncional ($,274$ $P=0.014$) y una relación positiva, no significativa con el tipo de familia moderadamente funcional ($,191$ $p=0.089$), por lo tanto, mientras mejor sea la funcionalidad familiar, más alta será la percepción de apoyo social en las personas con incapacidad prolongada en la UMF No.1.

Tabla 10. Relación entre los tipos de familia y el apoyo social percibido

		Apoyo social percibido (MSPSS)	Familia funcional	Familia moderadamente funcional	Familia disfuncional
Apoyo social percibido (MSPSS)	Coefficiente de correlación de Spearman	1,000	,322**	,191	,274*
	Significancia bilateral	.	,004	,089	,014
N		80	80	80	80

Fuente: instrumento MSPSS y FFSIL aplicados en UMF No.1

XII. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio se cumplió al determinar la relación existente entre la percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1. Se rechazó la hipótesis nula de trabajo al encontrar una relación moderada positiva entre la percepción del apoyo social y la funcionalidad familiar.

La edad con la frecuencia más alta en la población estudiada fue de 18 a 30 años, ligeramente menor a lo reportado por Antoni-Valdiviezo⁵ quien encontró un promedio de edad de 34 años en su población estudiada y a Rosales¹⁴ quien reportó un promedio de 39.6 años. Aguascalientes es una ciudad que ha presentado un gran crecimiento poblacional e industrial en los últimos 10 años, lo que ha generado que la población joven se incorpore a las actividades económicas remuneradas.³⁰

En nuestro estudio se encontró mayor frecuencia de hombres (73.8%), muy similar a lo reportado por Antoni-Valdiviezo⁵ con 79.4% de hombres; Rosales¹⁴ reporta un porcentaje mayor (89.8%) y López-Guillén,¹² también reporta predominio de sexo masculino aunque con una frecuencia menor (53%). El predominio del sexo masculino puede deberse al tipo de trabajo en el que son empleados los hombres, ya que por lo regular desempeñan actividades que requieren mayor uso de la fuerza y/ intensidad de los movimientos, lo que por lo que tienen 1.4 veces más riesgo de un accidente de trabajo (IC 95% 0.66-2.9).⁵

La escolaridad predominante fue secundaria (35%), Antoni-Valdiviezo⁵ es el único que reporta el nivel de escolaridad reportando nivel medio superior en un 49%. Nuestros resultados coinciden con lo reportado por el INEGI en Aguascalientes con 9.2 grados de escolaridad, lo que equivale a secundaria terminada y el inicio de bachillerato.³⁰

En nuestro estudio se encontró mayor frecuencia el estado civil de casados (53.8%); en otro estudio¹⁴ se reporta un 84.7% de trabajadores casados y en unión libre, porcentaje menor al encontrado en nuestro estudio al conjuntar ambos estados civiles (65%). Encontramos que el porcentaje de solteros es superior a otros estudios debido a que la población encuestada fue más joven como se mencionó anteriormente.

La ocupación con mayor frecuencia en nuestro estudio fue la de empleados (75%), Antoni-Valdiviezo⁵ utilizó otra clasificación para conocer la actividad de su población estudiada, reportando operación con máquinas y herramientas, la venta y la demostración en tiendas y almacenes como las más frecuentes.

Se encontró en el presente estudio que las personas que dependen económicamente del trabajador son de 1 a 3, lo que nos habla de familias pequeñas, coincidiendo con lo mencionado anteriormente con respecto a la edad de la población estudiada.

Al observar los resultados encontrados con el instrumento FFSIL, encontramos que el resultado fue alto, ya que el puntaje máximo es de 10 y no hubo diferencia en la media del puntaje obtenido en ninguna de las 7 categorías, ya que el valor osciló entre 8.22 en permeabilidad y 8.78 en cohesión. Los resultados fueron muy similares a los encontrados por Rosales¹⁴ ya que, de un puntaje máximo de 5 por respuesta en cada categoría, obtuvo una media de todas las categorías de 4.

En nuestro estudio encontramos un 70% de familias funcionales, 23.8% de familias moderadamente funcionales y un 6.3% de familias disfuncionales, no se encontraron familias severamente disfuncionales. En el estudio de Rosales¹⁴, se dicotomizaron las 4 categorías de funcionalidad familiar, reportando 93.2% de familias funcionales, resultado muy similar al nuestro al conjuntar ambos tipos de familias (93.8%). Esto indica que la crisis paranormativa que puede resultar de la incapacidad laboral y del estado en el cual se encuentra el trabajador, no afecta en la funcionalidad familiar.¹⁹

En los resultados del apoyo social percibido, encontramos que los trabajadores perciben mayor apoyo social por parte de otras personas, seguido de su familia y en un porcentaje menor por sus amigos. Rosales¹⁴ reporta en su población apoyo social global en un 62.7%. Esto refleja que la percepción del apoyo social que recibe el trabajador de otras personas y de su familia, es de suma importancia como parte de las redes de apoyo para el afrontamiento de la enfermedad o accidente que lo mantienen incapacitado, tanto para su bienestar individual como social.³

En los resultados obtenidos sobre la relación entre la funcionalidad familiar y el apoyo social percibido, encontramos que existe una relación positiva entre la funcionalidad familiar y el apoyo social percibido por los pacientes con incapacidad prolongada. Al analizar la relación entre el tipo de funcionalidad familiar y el apoyo social percibido, se encontró una relación moderada, positiva y significativa en el tipo de familia funcional, por lo que podemos asumir que en las familias funcionales hay mayor percepción del apoyo social en los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No. 1. Esto refleja la importancia de los recursos familiares en el afrontamiento y la resolución de conflictos, reducir las situaciones producidas por el estrés evolutivo y/o imprevisto y el cambio que puede producir una crisis en el sistema familiar; además de que existe una interdependencia entre los diferentes sistemas sociales ya que algún cambio o evento como en este caso, la incapacidad prolongada, impactan de manera directa o indirecta en

la actuación de otras estructuras sociales, por lo que las interacciones que la familia tenga con otras redes de apoyo social también impactan en el funcionamiento familiar.⁶

XIII. CONCLUSIONES

Los pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No. 1 son más jóvenes que lo reportado en la literatura, en su mayoría son hombres, con secundaria terminada, casados, empleados y con un número de dependientes económicos de 1 a 3. Tienen una percepción de apoyo social alta por parte de otras personas seguido de su familia y una percepción baja por parte de sus amigos.

La funcionalidad familiar que se observó en los resultados fue buena, ya que la mayoría de la población de estudio tiene familias funcionales, y ninguna tiene familia severamente disfuncional, lo cual se relacionó de manera significativa con la percepción del apoyo social encontrada en nuestro estudio, el cual evidenció que, a mayor funcionalidad familiar, se percibe mayor apoyo social.

Visto desde la perspectiva de que el apoyo social es un factor protector para la salud y que la familia es el contexto en el que se desarrolla el individuo, es importante considerar la aplicación de los instrumentos FFSIL y MSPSS en todos los pacientes con incapacidad prolongada para poder ofrecer una atención multidisciplinaria oportuna.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones encontradas al realizar este estudio fue el tiempo para entrevistar a todos los pacientes con incapacidad prolongada ya que los pacientes son citados por el COCOITT una vez por semana y hay pacientes que no acuden porque no pudieron ser localizados a tiempo por el Comité debido a que no contestaban el teléfono, éste estaba mal registrado o no se contaba con el domicilio. Por este motivo se estuvo acudiendo durante 3 meses a las sesiones del COCOITT para lograr completar la muestra.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar el estudio en una muestra más grande de pacientes, considerando a los pacientes con incapacidad prolongada de otras Unidades de Medicina Familiar.

El estudio desarrollado fue descriptivo, encontrando resultados favorables para la realización de un estudio analítico en donde se pueda buscar la asociación entre el tipo de funcionalidad familiar y la percepción del apoyo social.

Se recomienda que los instrumentos FFSIL y MSPSS sean aplicados a todos los pacientes con incapacidad desde que se excede el tiempo máximo de recuperación en cada enfermedad con la finalidad de realizar la detección oportuna de algún problema de funcionalidad familiar o de apoyo social que puedan estar limitando la recuperación del paciente y/o su reincorporación al área laboral.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Juan Gérvas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández. (2006). LA INCAPACIDAD LABORAL EN SU CONTEXTO MÉDICO: PROBLEMAS CLÍNICOS Y DE GESTIÓN. 15 de noviembre de 2017, de ministerio de trabajo y de asuntos sociales Sitio web: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/la-baja-laboral-min-ss.pdf>
2. Vaquero M. Factores que influyen en la incapacidad temporal de larga duración: propuesta de screening y de intervención. Disponible en <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/168544.pdf>
3. Fernández R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria, revista de recerca i investigació en antropologia*. Número 3, pp 1-16. Rescatado de http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf
4. Arechabala M., Catoni M., Palma C., Moyano F. & Barrios S. (2005, septiembre). Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes en hemodiálisis crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XXIII, pp. 34-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215403003.pdf>
5. Antonio A., Ruiz G. & Martínez J. (2011). Factores sociales y clínicos en incapacidad prolongada por accidente de trabajo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 49, pp. 191-196. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745501016.pdf>
6. Medellín M., Rivera M., López J., Kanán G. & Rodríguez A. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, vol. 35, núm. 2, pp. 147-154. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/582/58223312008.pdf>

7. Altamirano J., Abad A., Arias J., & Jaramillo J. (2013). Prevalencia de la disfuncionalidad familiar y factores asociados en pacientes del CEDIUC, CUENCA (TESIS previa a la obtención del título de médico y médica), Cuenca, Ecuador.
8. Casanova L., Rascón M., Alcántara H. & Soriano A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*. vol 37, pp. 443- 448. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011
9. Magrin M., D'Addario M., Greco A., Miglioretti M., Sarini M., Scignaro M., Steca P., Vecchio L. & Crocetti E. (2014). Social Support and Adherence to Treatment in Hypertensive Patients: A Meta-Analysis. *Ann. behav. Med.* Vol. 49, pp 307-318. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9663-2>
10. Rodríguez X. & Salazar J. (2014). Funcionalidad familiar y depresión del adulto mayor en la unidad de medicina familiar no.37, en Hermosillo. Sonora. Recuperado de las memorias del XXIII Foro Nacional de Investigación en Salud.
11. Martín V., Delgado E., Sahagún M., Uriostegui L. (2014) Relación entre percepción de Funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años en la UMF no. 171. Recuperado de las memorias del XXIII Foro Nacional de Investigación en Salud.
12. López-Guillén A. (2015). Comportamiento de la incapacidad temporal de más de 365 días. *Med Segur Trab (Internet)*; Vol. 61. pp. 468-479. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n246/0465-546X-mesetra-63-246-00051.pdf>
13. Matos G., Román S., Remón L. & Álvarez B. (2016). Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. *MULTIMED Revista Médica Granma*, Vol. 20, No. 1. Pp. 75-89. Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/133/181>
14. Rosales N., Garrido S. & Carrillo F. (2017). Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar. *Horizonte sanitario*. vol. 16, pp. 127-137. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.19136/hs.v16i2.1592>
15. Barcelata B., Granados A. & Ramírez A. 2013. Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *REMO Revista Mexicana de Orientación Educativa*. Volumen X, No. 24, pp. 65-70.

16. Oliva E. & Villa V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, Vol. 10. N° 1. pp. 11-20. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf
17. La familia como sistema (2018, agosto 12) "s.f." <https://www.inupsi.com/la-familia-como-sistema/>
18. Espinal I., Gimeno A. & González F. El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia. (2004-2006) *Revista internacional de sistemas*, N°. 14, pp. 21-34. Español. Recuperado de <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
19. Pérez E., Freijomil I. Louro H. & Bayarre V. (1997). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la salud humana*, VOL. 4 NÚMERO UNO, pp. 63-66. Rescatado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5128785.pdf>
20. Durá E. & Garcés J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de psicología social*, Vol. 6 (2), pp. 257-271. Rescatado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02134748.1991.10821649>
21. Alonso A., Menéndez M. & González L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*. Volume 19, pp. 118-123. Recuperado de http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
22. Arechabala C. & Miranda C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, vol 8(1), pp. 49-55. Rescatado de <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532002000100007>
23. Báez C., Favaron L., Pérez J. & Vásquez L. (2014). Apoyo social percibido relacionado con rendimiento académico en estudiantes de enfermería de la universidad del bio-bio, chillán (tesis para optar al grado de licenciado en enfermería). Chillán, Chile.
24. Castellanos J. (2013). La incapacidad como acto médico. *Universitas Médica*. Vol. 54 (1) pp. 26-38. Rescatado de <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231026306010.pdf>
25. Blanquer J. (2011) AMF La incapacidad temporal: ¿una pesada carga? Vol. 7(3) pp. 122-123
26. Constantino P., Torres L., Posadas J., Névárez A. & García F. (2007). Prescripción de certificados de incapacidad temporal en el IMSS. Perspectiva desde la economía de la

- salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Vol. 45 (1) pp. 89-96.* Rescatado de <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525013.pdf>
27. De Castro C., Adalid C., Rubio M. (2008). La incapacidad temporal, un reto en la relación clínica. ¿Podemos mejorar su gestión? *AMF. Vol. 4 (2) pp. 80-88.* Rescatado de http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=377&id=La_incapacidad_temporal.pdf
28. García Moreno SJ, Blázquez-Domínguez CR. (2005) Causas no médicas que ocasionan incapacidad prolongada por enfermedad General y Riesgo de Trabajo, en población derechohabientes de la Delegación Veracruz Norte, del Instituto Mexicano del Seguro Social. TESIS para la obtención del grado de Maestro en Administración de Sistemas de Salud.
29. Salinas S., Reyes S., Aguilar A, López A., Hernández B. & López P. (2001). Effect of the quality of health care on permanent inability secondary to femoral fractures due to occupational accidents. *Salud Publica Mex*, vol. 43, pp. 108-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10643207.pdf>
30. Panorama sociodemográfico de Aguascalientes 2015. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. MEXICO INEGI 2015. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082000.pdf
31. Obtenido del primer informe de gobierno 2017 Martín Orozco Sandoval, gobernador constitucional de Aguascalientes, visible en la liga: http://www.aguascalientes.gob.mx/CEPLAP/Docs/Informes_de_Gobierno/PrimerInforme2017/1er_Informe.pdf
32. Huerta Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad. 1ª edición. México: Alfil 2005.188p.
33. LEY REGLAMENTARIA DE LA FRACCIÓN XIII BIS DEL APARTADO B, DEL ARTÍCULO 123 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (Agosto 12, 2018) “s.f”. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/203.pdf>
34. LEY FEDERAL DEL TRABAJO (Agosto 12, 2018) “s.f.” https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/156203/1044_Ley_Federal_del_Trabajo.pdf

35. LEY DEL SEGURO SOCIAL (Agosto 12, 2018) “s.f.”
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
36. REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (Agosto 12, 2018) “s.f.”
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n29.pdf>
37. Prang K., Newnam S. & Berecki-Gisolf J. . (2014). The Impact of Family and Work-Related Social Support on Musculoskeletal Injury Outcomes: A Systematic Review. 15 julio 2017, de *J Occup Rehabil*. Sitio web: <https://slideheaven.com/the-impact-of-family-and-work-related-social-support-on-musculoskeletal-injury-o.html>
38. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. "Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación médica en personas". CONAMED. [Internet: acceso el 09 de junio de 2018]; p 1-4. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
39. Reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. [Internet: último acceso el 09 de junio de 2008] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN TIPO ENCUESTA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes.

SECCIÓN 1: Posterior al llenado del consentimiento informado. Favor de contestar las siguientes preguntas, subrayar la respuesta elegida.

1. ¿Cuál es su edad?
 - a. 18-30 años
 - b. 31-40 años
 - c. 41-50 años
 - d. 51-60 años
 - e. Más de 60 años
2. Usted es:
 - a. Hombre
 - b. Mujer
3. ¿Hasta qué grado estudio?
 - a. Ninguno
 - b. Preescolar
 - c. Primaria
 - d. Secundaria
 - e. Preparatoria o equivalente
 - f. Carrera técnica
 - g. Profesional
 - h. Posgrado
4. ¿Cuál es su estado civil?
 - a. Soltero
 - b. Separado
 - c. Unión libre
 - d. Casado
 - e. Divorciado
 - f. Viudo
5. ¿A qué se dedica?
 - a. Obrero
 - b. Empleado
 - c. Chofer
6. ¿Cuántas personas dependen de su ingreso?
 - a. 1-3 personas
 - b. 4-6 personas
 - c. Más de 6 personas

SECCIÓN 2: Percepción del funcionamiento familiar FF-SIL Instrucciones: responda a las siguientes situaciones que pueden o no ocurrir en su familia, eligiendo y marcando con una “X” la frecuencia con la que acontecen.

Situaciones	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones importantes para la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño son parte de nuestra vida cotidiana					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse antes determinadas situaciones					
Podemos conversar de diversos temas sin temor					
Ante una situación difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

SECCIÓN 3: Escala multidimensional de apoyo social percibido MSPSS

Instrucciones: responda a las siguientes situaciones que pueden o no ocurrir en su entorno social, eligiendo y marcando con una “X” la frecuencia con la que acontecen.

Situaciones	Casi nunca	A veces	Con Frecuencia	Siempre, casi siempre
Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien con quien puedo compartirlas				
Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme				
Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que necesito				
Hay un a persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
Puedo conversar de mis problemas con mi familia				
Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlos con mis amigos				
Hay una persona que se interesa en lo que yo siento				
Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes
Lugar y fecha:	UMF No. 1 Aguascalientes, Ags 2018
Número de registro:	R-2018-101-015
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que es necesaria la realización del estudio en cuestión ya que las incapacidades prolongadas son un indicador de la situación de salud de una población y sobre todo de la gestión de servicios sanitarios que brindan atención al trabajador. Se plantea de suma importancia el brindar atención integral de calidad, lo que implica bienestar emocional y social. Se me ha dado a conocer que una incapacidad (independientemente de la naturaleza) implica una crisis familiar inesperada, por lo que es importante el contar con una familia funcional, ya que es lo que nos otorga mayor fortaleza de adaptación a la situación de enfermedad ¹² e incluso, y de importancia apoyo económico si dentro de la estructura familiar se cuenta con buena organización (administración adecuada, ahorros). Así la información que se obtenga se podrá utilizar y abarcar un área de oportunidad con la intervención de los médicos familiares, si durante las reevaluaciones del paciente incapacitado se detecta disfuncionalidad familiar o en su caso, falta de redes de apoyo social. Conozco que el objetivo es determinar la relación entre Percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes.
Procedimientos:	Se me ha explicado la estructura del instrumento a utilizar (constará de 3 secciones: la primera para obtener datos sociodemográficos, la segunda incluye el instrumento FF SIL para funcionalidad familiar y la tercera parte con el instrumento MSPSS para redes de apoyo social), y la forma adecuada de llenado. Se me solicita la firma aval en el consentimiento informado. Se me explican riesgos y beneficios de mi aportación.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibiré beneficio personal en este estudio de percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No. 1 Delegación Aguascalientes, lo que servirá para plantear estrategias pertinentes y de mejora en el paciente con incapacidad prolongada.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado es determinar la relación entre Percepción de apoyo social y funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad prolongada de la UMF No.1 Delegación Aguascalientes.
Participación o retiro:	Se puede retirar cuando usted lo considere necesario, entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente
Privacidad y confidencialidad:	Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificará públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida
En caso de colección de material biológico (si aplica)	<input type="checkbox"/> No autorizo que se tome la muestra <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="checkbox"/> Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 449 143 66 16 e- mail: evelynlabe@gmail.com
Investigador asociado:	Dra. Martha Guadalupe Zamarripa Segovia Lugar de trabajo = Unidad de Medicina Familiar No. 1 Lugar de adscripción= Hospital General de Zona No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 449 904 64 39 o 449 116 97 27 e- mail: maralcause_052@hotmail.com
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013

ANEXO C. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

DATOS SOCIO-LABORALES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	VARIABLES	Indicadores	Tipo de variable	Ítems	Índices
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población en estudio	Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que las componen	Edad: años cumplidos desde la fecha del nacimiento hasta el momento de la realización de la entrevista	Número de años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa	1. ¿Cuál es su edad?	18-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años Más de 60 años
			Sexo: condición biológica que distingue a las personas en mujeres u hombres	Clasificación del sexo del entrevistado	Cualitativa Nominal Dicotómica	2. Usted es:	Hombre Mujer
			Escolaridad: grado de estudio que la población de 5 y más años de edad aprobó en el nivel más avanzado al que haya asistido dentro del Sistema Educativo Nacional	Grado de estudios realizados	Cualitativa Nominal	3. ¿Hasta qué grado estudio?	Ninguno, Preescolar, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Carrera técnica, Profesional, Posgrado
			Estado civil: condición de unión o matrimonio al momento de la entrevista y de acuerdo a leyes y costumbres del país	Condición de pareja del paciente	Cualitativa Nominal	4. ¿Cuál es su estado civil?	Soltero, Separado, Unión libre, Casado, Divorciado, Viudo
		Características laborales: comportamiento humano en relación a sus necesidades	Ocupación: tarea o actividad que desempeña el individuo dentro de la población	Ocupación que desempeña	Cualitativa Nominal	5. ¿A que se dedica?	Obrero, Empleado, Chofer, Etc.
		Personas que dependen económicamente:	Número de personas que dependen directamente de la provisión de recursos por parte del trabajador	Cuantitativa	6. ¿Cuántas personas dependen de su ingreso?	1-3 4-6 Más de 6	

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Objetivo general	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Índices	Escala	Tipo de variable	Ítems
Determinar la percepción de funcionalidad familiar y su relación con apoyo social en pacientes con incapacidad prolongada en la UMF 1 Ags.	Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Cohesión: unión familiar física y emocional enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas.	La familia se enfrenta a toma de desiciones para cosas importantes, así mismo cuando algún integrante tiene problemas los demás lo ayudan	Likert Casi siempre (5 puntos) Muchas veces (4 puntos) A veces (3 puntos) Pocas veces (2 puntos) Casi nunca (1 punto)	Cualitativa Ordinal	1. Se toman desiciones para cosas importantes de la familia 8.Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan
			Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo	En la familia debe predominar la armonía, respetando las necesidades de cada integrante	Likert Casi siempre (5 puntos) Muchas veces (4 puntos) A veces (3 puntos) Pocas veces (2 puntos) Casi nunca (1 punto)		2.En casa predomina la armonía 13.Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar
			Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa	En la familia se expresan insinuaciones de forma clara y directa. Se deben conversar sin temor los diversos temas	Likert Casi siempre (5 puntos) Muchas veces (4 puntos) A veces (3 puntos) Pocas veces (2 puntos) Casi nunca (1 punto)		5.Nos expresamos insinuaciones de forma clara y directa 11. Podemos conversar diversos temas sin temos

			<p>Adaptabilidad: Se pueden aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlo. Ante determinadas situaciones las costumbres familiares pueden modificarse</p> <p>habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles, y reglas ante una situación que así lo requiere</p>	<p>Likert</p> <p>Casi siempre (5 puntos)</p> <p>Muchas veces (4 puntos)</p> <p>A veces (3 puntos)</p> <p>Pocas veces (2 puntos)</p> <p>Casi nunca (1 punto)</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>6.Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos</p> <p>10.Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones</p>
			<p>Afectividad: Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana. La familia se demuestra el cariño que se tienen.</p> <p>capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros</p>	<p>Likert</p> <p>Casi siempre (5 puntos)</p> <p>Muchas veces (4 puntos)</p> <p>A veces (3 puntos)</p> <p>Pocas veces (2 puntos)</p> <p>Casi nunca (1 punto)</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>4.Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana</p> <p>14.Nos demostramos el cariño que nos tenemos</p>
			<p>Rol: cada uno cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar</p> <p>En casa cada uno cumple con sus responsabilidades. Se deben distribuir las tareas de forma que nadie esté sobrecargado</p>	<p>Likert</p> <p>Casi siempre (5 puntos)</p> <p>Muchas veces (4 puntos)</p> <p>A veces (3 puntos)</p> <p>Pocas veces (2 puntos)</p> <p>Casi nunca (1 punto)</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>3.En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.</p> <p>9.Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado</p>
			<p>Permeabilidad: Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. Ante una situación familiar difícil son</p> <p>capacidad de brindar y recibir experiencias de</p>	<p>Likert</p> <p>Casi siempre (5 puntos)</p> <p>Muchas veces (4 puntos)</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Ordinal</p>	<p>7.Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles</p>

			otras familias e instituciones	capaces de buscar ayuda en otras personas	puntos) A veces (3 puntos) Pocas veces (2 puntos) Casi nunca (1 punto)		12. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas
	Apoyo social percibido	Transacciones interpersonales instrumentales que implican ayuda en todas sus vertientes, tales como emocional, económica, implícita, explícita, etc. Mismas que se concientizan por el receptor	Apoyo social de pares (amigos)	El paciente cuenta con una red de amigos, la cual percibe como funcional, ya que se siente escuchado y apoyado incluso ante la presencia de problemas	Likert (1, casi nunca; 2, a veces; 3, con frecuencia; 4, siempre o casi siempre)	Cualitativa ordinal	6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme 7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas 9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlos con mis amigos 12. Puedo conversar con mis problemas de mis amigos
			Apoyo social de familia	El paciente cuenta con apoyo por parte de su familia, lo ayudan, lo escuchan y lo apoyan en la toma de decisiones	Likert (1, casi nunca; 2, a veces; 3, con frecuencia; 4, siempre o casi siempre)	Cualitativa ordinal	3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme 4. Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que necesito 8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia

							11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones
			Apoyo social de pareja y otros	El paciente cuenta con una tercer red de apoyo compuesta ya sea por la pareja u otros conocidos, mismos que se encuentran disponibles para ayudar y ofrecer consuelo y empatía	Likert (1,casi nunca; 2,a veces; 3,con frecuencia; 4, siempre o casi siempre)	Cualitativa ordinal	<p>1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar</p> <p>2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien con quien puedo compartirlas</p> <p>5 Hay un apersona que me ofrece consuelo cuando lo necesito</p> <p>10 .Hay una persona que se interesa en lo que yo siento</p>