

FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO Y RED DE APOYO SOCIAL DE LOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA. VENEZUELA.

Carmen González¹, María Mejía², Luís Angulo³ y María D'Avila⁴

¹Corporación de Salud del Estado Mérida, Venezuela. ^{2,4}Postgrado de Medicina de Familia. Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. ³Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Resumen

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible. El universo de estudio estuvo representado por el total (249) de médicos residentes de los diferentes postgrados de la Facultad de Medicina, sin distinción de edad, sexo ni especialidad, cursantes de los diferentes años de estudio. Se aplicaron los instrumentos de evaluación: APGAR Familiar, FACES III, Red de Apoyo Social DUCKE-UNC y Estratificación Social. El 41.77 % presentó disfunción familiar leve. El 43.77 % cohesión familiar correspondiente a la *relacionada* con buen soporte personal aportado por la familia. El mayor estrés fue producido por los profesores seguido de su pareja, y tipo de especialidad (Gineco-Obstetricia, Anestesia, Medicina Familiar y Pediatría). Hubo relación estadísticamente significativa entre el goce de becas y la funcionalidad familiar, más no así en la asociación de estrato socio-económico y funcionalidad familiar, ni entre el estrato social, la cohesión y adaptabilidad.

Palabras claves: Funcionalidad familiar, estrato socio-económico, red de apoyo social, APGAR familiar.

Abstract

Family functionality, socioeconomic level and social support network in graduate residents of the Faculty of Medicine, University of the Andes, Mérida, Venezuela.

Family functioning is a determinant factor in health preservation and or disease installation among the family members. Family functionality depends on adequate management of the social and familiar support network available. The total 249 residents in all the specialties and year of study at graduate level of the Faculty of Medicine (University of the Andes, Mérida, Venezuela) were evaluated through Family APGAR, FACES III, DUCKE-UNC Social Support Network, and Social Stratification. Low family dysfunction was found in 41,77 %, family cohesion in 43,78 % related directly with a good personal support given by the family, the high stress level was caused by the professors in first place followed by the wife or husband, and the specialty studied (Gynecology-obstetrics, Anesthesiology, Family Medicine, and Pediatrics). There was statistically significant relationship between having scholarship and family functioning, but not between socio-economic level and family functioning, between social level, cohesion and adaptability.

Key words: Family functionality, socio-economic level, social network support, familyAPGAR.

INTRODUCCION

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Pérez 1989). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar (Huerta 1998, De La Revilla y Fleitas 1994).

La dinámica familiar es aquella confrontación de fuerzas, tanto positivas, como negativas que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de cada miembro de la familia, y hace que esta, como una unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir (Pérez 1989, Huerta 1998, De La Revilla y Fleitas 1994, Satir 1980).

Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades en las funciones varían de acuerdo con las etapas por la que pase su ciclo vital. El médico no escapa a estas características. En su formación profesional, el

médico busca culminar sus estudios de cuarto nivel en medio de grandes dificultades, sometiéndose a exceso de trabajo debido a esfuerzos de guardias hospitalarias que conllevan al cansancio, estrés producido por las pocas horas dedicadas a su familia, restricción de las horas de sueño, así como también problemas en la adaptación a los programas curriculares de los postgrados. Aunado a ello, existe el hecho de compartir más horas de su vida cotidiana con el paciente, con los compañeros de trabajo y menos con su núcleo familiar, todo lo cual podría traer como consecuencia, disfunción de su grupo familiar (Irigoyen 1994, Butterfield 1980).

La población en general ve al médico como un profesional con grandes fortalezas frente a las enfermedades, a los problemas socioeconómicos y psicoafectivos; sin embargo, por lo antes expuesto, se hace necesario estudiar el complejo de causalidad que puede influir en la funcionalidad de los residentes de los diferentes postgrados del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (Mérida, Venezuela), para poder responder adecuadamente a las expectativas de los consultantes (Smilkstein 1983, Maccue 1982).

El ideal sería que este profesional contara en primera instancia con una familia sana, que le proporcione comodidad, amor y afecto, como elementos de soporte sólidos que le faciliten brindar una atención al individuo, familia y comunidad de mejor calidad, pero a su vez cumplir con las exigencias propias de los estudios de cuarto nivel y de esta manera finalizar la especialidad con el más alto índice académico.

METODOLOGÍA

La presente investigación es, de tipo descriptivo y de corte transversal. El área de estudio fue el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en el cual se desarrollan diferentes postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, en el estado Mérida, Venezuela.

La población de estudio estuvo compuesta por la totalidad de los médicos residentes de diferentes postgrados, representando un total de 20 especialidades y conformando un grupo de 264 médicos de los cuales 249 respondieron a la encuesta, lo que representa una muestra del 94% del universo, quince médicos residentes no contestaron el instrumento por estar ausentes de su postgrado por diferentes razones durante el desarrollo de la encuesta.

Como instrumento de trabajo se utilizó una encuesta que compendió tres aspectos: 1) Datos de

identificación del médico residente. 2) Estratificación Social por el Método de Graffar modificado. 3) Instrumentos de evaluación familiar: a) APGAR Familiar b) FACES III C) Red de Apoyo Social de DUCKE-UNC

Una vez identificados los médicos residentes a través de un listado obtenido de la División de Estudios de Postgrado, se procedió a aplicar la encuesta en forma personal y en cada uno de los diferentes postgrados, durante un lapso de seis semanas. Cumplida esa fase se analizaron y relacionaron los datos obtenidos en la investigación.

RESULTADOS

El 59.04% de los residentes de los diferentes postgrados de la Universidad de Los Andes (Mérida, Venezuela), cursan áreas clínicas básicas. La especialidad en Medicina de Familia ocupó el primer lugar (12.45%), seguida de Pediatría y Puericultura (11.25%) y Medicina Interna (10.44%), (Tabla 1). El 40.96% cursan especialidades quirúrgicas, Gineco-Obstetricia ocupa el primer lugar (12.05%); sin embargo, debemos resaltar que ésta es una especialidad clínico-quirúrgica, que junto con Anestesiología (11.25%) y Traumatología - Ortopedia (4.82%) son de gran demanda en nuestra región (Tabla 2). Según el estado civil se apreció que predominaron los casados con un 53.41% a diferencia de los solteros con un 30.92%.

Tabla 1: Residentes de postgrado según especialidad clínica.

Especialidad	Nº	%
Clínica		
Medicina de Familia	31	12.45
Pediatría y Puericultura	28	11.25
Medicina Interna	26	10.44
Cardiología	12	4.82
Psiquiatría	12	4.82
Medicina Crítica Adultos	08	3.21
Neumonología	08	3.21
Endocrinología	07	2.81
Nefrología	06	2.41
Neurología	06	2.41
Medicina Crítica Pediátrica	02	0.81
Medicina Física y Rehabilitación	01	0.40
Total	147	59.04

Tabla 2: Residentes de postgrado según especialidad quirúrgica

Especialidad	Nº	%
Quirúrgica		
Ginecología y Obstetricia	30	12.05
Anestesiología	28	11.25
Traumatología y Ortopedia	12	10.44
Oftalmología	09	4.82
Neurocirugía	08	4.82
Cirugía General	07	3.21
Cirugía Pediátrica	05	3.21
Cirugía	03	2.81
Cardiovascular		
Total	102	40.96

Al analizar la funcionalidad familiar según APGAR y soporte de amigos se evidenció disfunción leve en casi la mitad de los residentes (41.77%), al igual que buena funcionalidad (39.36%), presentando disfunción entre moderada y severa 18.87% (Tabla 3). La cohesión familiar *relacionada* representó el 43.78% seguida de la *aglutinada* (26.90%) y la *semirelacionada* (22.49%).

Tabla 3: Residentes de Postgrado. Funcionalidad según APGAR Familiar.

APGAR Familiar	Nº	%
Buena Función	98	39.36
Disfunción Leve	104	41.77
Disfunción Moderada	40	16.06
Disfunción Severa	07	2.81
Total	249	100.00

El 86.75% de los residentes manifestaron tener soporte personal dado en su mayoría por los padres (44.58%) seguido por el cónyuge (13.25%) y los amigos (10.04%) (Tabla 4). Al indagar la existencia de personas que le producían estrés, el 35.34% manifestaron que "SÍ" y el 64.66% que "NO". De los que manifestaron positivamente, el mayor estrés fue ocasionado por los docentes (10.45%) y sus cónyuges (2.23%). Las especialidades consideradas como más estresantes fueron Anestesiología, Gineco-Obstetricia, Medicina de Familia y Pediatría.

Tabla 4. Residentes de postgrado según personas que ofrecen soporte especial.

Soporte Especial	Nº	%
Padres	111	44.58
Cónyuge	33	13.25
Amigos	25	10.04
Abuelos	24	9.64
Hermanos	10	4.02
Compañeros	5	2.01
Otros	8	3.21
No determinado	33	13.25
Total	249	100.00

Al relacionar el goce de becas y la funcionalidad familiar encontramos que una tercera parte de los residentes con beca presentaron buena funcionalidad familiar, el resto disfunción familiar de leve a severa, a diferencia de los residentes que solo contaban con ayuda manifestaron en su mayoría disfunción familiar leve.

Cuando se asoció el estrato socio-económico con el APGAR Familiar, observamos que el 84.74%, se ubicó en las categorías II y III de Graffar. El 41.77% tiene disfunción familiar leve y el 39.35% buena funcionalidad familiar (Tabla 5).

La estratificación social relacionada con la cohesión mostró que casi la mitad se ubicaron en la *relacionada* (43.77%) seguida por la *aglutinada* (26.95%) y la *semirelacionada* (22.47%). La adaptabilidad en relación con el Graffar evidenció que la *caótica* representó el mayor porcentaje (39.36%), luego la *flexible* (33.73%) y la *estructurada* (24.90%).

Tabla 5. Residentes de postgrado según estratificación social y APGAR Familiar.

Graffar	APGAR Familiar				Total
	BFF	DFL	DFM	DFS	
I	2.01	4.42	--	0.40	6.83
II	23.69	22.89	7.63	2.01	56.22
III	9.64	12.05	6.43	0.40	28.52
IV	3.61	2.41	2.01	--	8.03
V	0.40	--	--	--	0.40
Total	39.35	41.77	16.07	2.81	100.00

$X^2 = 13.19$ BFF: Buena Función Familiar. DFL: Disfunción Familiar Leve. DFM: Disfunción Familiar Moderada. DFS: Disfunción Familiar Severa.

DISCUSIÓN

En cuanto a la especialidad, más de la mitad de los médicos se encontraron cursando una especialidad clínica y menos de la mitad una quirúrgica. En las

especialidades clínicas se observó que Medicina de Familia ocupó el primer lugar, seguido por Pediatría y Medicina Interna y dentro de las especialidades quirúrgicas, Gineco-Obstetricia, Anestesiología y Traumatología-Ortopedia. Algunos autores manifiestan que estas especialidades son básicas y de mayor demanda (Pérez 1989).

En relación con el estado civil, encontramos que más de la mitad de los residentes son casados y la tercera parte son solteros, lo que pudiera estar relacionado, dado que el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 30 a 34 años, y su mayoría procedente de la región andina los que les permite mantener el matrimonio, como parte del arraigado de los patrones culturales propios de esta región. Algunos autores (Pérez 1989, Hall 1998, Llama y Leal 1997) coinciden con lo descrito.

Con respecto a la funcionalidad familiar, de cada diez médicos, cuatro cursan con buena funcionalidad, cuatro con disfunción leve y dos con disfunción entre moderada y severa. Este fenómeno pudiera relacionarse con las exigencias permanentes de los postgrados (Mengel 1987, De La Revilla y Bailon 1994), además de la capacidad de articular un mecanismo para enfrentar las situaciones de estrés cuyo objetivo es restablecer el equilibrio para lograr volver a la salud y así poder cumplir con el rol de médico residente (Florenzano y Zegers 2003).

Algunas familias permiten que sus miembros se ayuden emocionalmente y físicamente unos a otros, mientras se aferran a un grado adecuado de autonomía o separación. Lograr el balance entre la "familia y uno mismo" es un desafío continuo para todas las familias. Al investigar la cohesión del grupo de estudios, observamos que más de la mitad se encontró en niveles centrales (*semirelacionada y relacionada*), lo que nos permite suponer la existencia de apoyo físico y emocional entre sus miembros, permitiendo algún grado de autonomía entre los mismos. Es de hacer notar que la cuarta parte se encuentra *aglutinada* reflejando sobreprotección y reacción emocional marcada hacia el dolor del otro, este hallazgo concuerda con lo descrito por Smilkstein (1983) y Solórzano et al. (2001).

Casi en su totalidad los residentes manifestaron tener soporte personal especial aportado en su mayoría por los padres, cónyuges y amigos. Esto pudiera explicarse debido a que este grupo de profesionales aún está en etapa de formación, por lo cual depende del soporte integral que pueden brindar sus padres, así como también se debe considerar que la persona más cercana es el cónyuge o compañero (a), situación que

coincide con lo descrito por Smilkstein (1983), Yen (1980) y Spann (1998).

En lo que se refiere al estrés producido por las personas, encontramos que dos terceras partes de los residentes negaron la existencia del mismo. Los docentes ocuparon el primer lugar como personas causantes de estrés, seguido por los esposos o compañeros. El estrés ocurre cuando hay eventos o situaciones que perjudican los recursos internos y externos de la familia y por ende los estresores también tienen su origen en lo interno y externo (De La Revilla y Bailon 1994, Smilkstein 1983, Fontana 1995).

Al observar la relación entre funcionalidad familiar y el goce de becas o ayuda se evidenció que los residentes con beca o ayuda, tienen cierto grado de disfuncionalidad. Los becados, como reciben mayor monto económico, cubren sus necesidades básicas con mayor facilidad, no así los que reciben ayuda, ya que el monto percibido es de menor cuantía. Las diferencias entre el goce de becas y ayudas fueron de alta significancia estadística ($X^2=66.28$) coincidiendo con lo encontrado por Hall en 1998, Spann en 1988 y Yen en 1980.

Cuando relacionamos el estrato socioeconómico con la funcionalidad familiar a través del Apgar encontramos que casi en su totalidad los residentes se ubicaron en las categorías II y III de Graffar, observando que de cada diez médicos residentes cuatro presentan buena funcionalidad y cuatro disfunción familiar leve. La buena función familiar pudiera ser un aspecto primordial al influir positivamente en el desarrollo socio-económico del grupo familiar. En este estudio encontramos que es indiferente el estrato socio-económico en el cual se ubica el residente para presentar o no disfunción familiar. A diferencia de lo descrito por De La Revilla y Bailon en 1994, los resultados obtenidos en esta investigación, al asociar el Graffar y la cohesión familiar, fueron que en su gran mayoría independientemente de los estratos, el mayor porcentaje de los residentes se encontró ubicado en el renglón medio (semi relacionada y relacionada). Este hallazgo es favorable porque denota una interacción entre fuerzas positivas en el grupo, que no depende del factor económico y que pudiera ser un elemento desestabilizador de estas fuerzas como lo describen Satir 1980, Irigoyen 1994, De La Revilla y Bailon 1994.

La adaptabilidad se refiere a la habilidad para mantenerse funcionalmente estable ante situaciones de estrés "normal y anormal". La fortaleza dependerá de la capacidad del individuo o de la familia para

movilizar pautas alternativas cuando las condiciones así lo exijan. La estratificación social y la adaptabilidad, en conjunto, evidenciaron que los estratos en su mayoría, se encuentran ubicados en el extremo caótico, considerándose desfavorable en términos de funcionalidad. Esto puede significar que las familias de estos residentes poseen una estructura donde los límites entre los subsistemas son firmes pero al mismo tiempo flexible para permitir una modificación cuando las circunstancias así lo requieran, lo que no concuerda con otros autores (Irigoyen 1994, Smilkstein 1983).

CONCLUSIONES

En las variables clásicas de edad y sexo, observamos un predominio de residentes entre 30-34 años de edad no habiendo diferencias en cuanto a sexo.

En cuanto al estado civil de los residentes, los casados representan el mayor porcentaje.

De acuerdo con el estrato socioeconómico las familias de los residentes se encuentran en un alto porcentaje en los estratos II (media alta) y III (media baja).

Los residentes de postgrado presentaron algún grado de disfuncionalidad.

En cuanto a la cohesión, el mayor porcentaje corresponde a familias relacionadas.

Según la adaptabilidad se observó que el mayor porcentaje lo ocupan las familias con adaptabilidad caótica.

Existe un alto porcentaje de soporte especial que le brinda una persona en que ellos confían, representado por los padres.

Los profesores son las personas que les producen mayor estrés.

Tanto las especialidades clínicas como quirúrgicas producen igual grado de estrés a los residentes del postgrado.

No existe significancia estadística entre el estrato socioeconómico y la funcionalidad familiar ($X^2=13.19$), ni para estrato socioeconómico y cohesión ($X^2=11.39$) y adaptabilidad ($X^2=14.02$).

Existe una diferencia altamente significativa entre la funcionalidad familiar con tenencia de beca y con ayuda ($X^2=66.28$).

REFERENCIAS

Butterfield P. 1980. The stress of Residency. Arch. Intern. Med. 148. 1428-1435.
De la Revilla L., Bailon E. 1994. Recursos familiares. Ediciones Doyma, Barcelona. España. 79-89.
De la Revilla L, Fleitas I (Eds). 1983. Función y disfunción familiar. Barcelona. España.

De la Revilla L., Fleitas I. 1994. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Ediciones Doyma. Barcelona. España.
Florenzano R y Zegers B. 2003. Psicología Médica. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile. Chile.
Fontana D. 1995. Control de estrés. Manual Moderno. México. 3-11.
Hall A. 1998. Medical marriage: No bed of roses. British Medical J. 296:56-153.
Huerta, J. 1998. La familia en el proceso salud enfermedad. México. 37-40.
Irigoyen A. et al. 1994. Diagnóstico familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. 90-103.
Llama S., Leal M. 1997. Docencia de Postgrado. Factores condicionantes de la relación tutor residente en Medicina de Familia. Atención Primaria. 20: 511-518.
Maccue J. 1982. The effects of stress on physician and their medical practice. J. Med. 306: 458-463. New England.
Mengel M. 1987. The use of the family APGAR in screening for family dysfunction in a family practice center. J. Fam. Prac. 24: 394-398.
Pérez A. 1989. Disfunción Familiar y "Estrés" en un grupo de médicos residentes de Postgrado. (Tesis de postgrado no publicada). Facultad de medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. p 78-100.
Solórzano M, Brandt C, Flores O. 2001. Estudio integral del ser humano y su familia. Postgrado de Medicina de Familia, Cariaco IVSS – CIMF. La Bodoniana. Caracas. Venezuela.
Satir V. 1980. Relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax. México.
Smilkstein G. 1983. Ciclo de funcionamiento familiar. En: De la Revilla L, Fleitas I (Eds). Función y disfunción familiar. Barcelona. España. 92-93.
Smilkstein G. 1984. The physician and family function assessment. Fam. System Md 2: 263-278.
Spann S. 1998. El manejo del paciente que somatiza. M.F. Rev. Intern. Med, Educ. 6: 425-428.
Spann S. 1988. El manejo del paciente que somatiza. M.F. Rev. Intern. Med. Fam. Systems Med. 2: 263-278.
Yen E. 1980. Review and Assessment in Family Practice. Appleton-Century-Crofts. Pentice-Hall, Inc.