

ESTUDIO DE RED PERSONAL EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Dra. Margarita Terán Trillo (Universidad Nacional Autónoma de México)

Investigación sobre Demencias y Alzheimer. Del Megaproyecto "Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública", Proyecto No. SDEI.PTID.05.5 de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Resumen

Se trata de un estudio egocéntrico sobre cuidadores principales del enfermo de Alzheimer, debido a que la sobrecarga de tareas los convierte en víctima oculta de la enfermedad, se hace necesario el uso de su capital relacional, a través de un programas de reactivación y ampliación de la red, lo que implica la identificación de sus elementos en el ámbito informal (familia, amistades y vecindario) y en el formal (servicios institucionales públicos y privados).

La aplicación del cuestionario-inventario de Terán-Trillo, arroja como datos principales: un aumento de hombres (31%) en esta tarea, lo que representa un cambio importante, ya que era un ámbito feminizado. La mayoría se encuentra entre los 40 y 60 años de edad y están casados. Su red esta integrada principalmente por familiares directos, destacando el apoyo de hermanas y hermanos (40%). Destaca que el 94% de enfermos cuenta con seguridad social. En todos los casos la red social del cuidador beneficia directa o indirectamente al enfermo.

Palabras claves: Cuidador, Alzheimer, red egocéntrica, apoyo social.

THE STUDY OF THE PERSONAL NETWORK IN CARE TAKERS OF ALZHEIMER PATIENTS.

Ph. D. Margarita Terán Trillo (Universidad Nacional Autónoma de México).

Research about Dementias and Alzheimer. From the Mega project "New Epidemiological, Genomics and Proteomics Strategies in Public Health", Project No. SDEI: PTID.05.5 from Universidad Nacional Autónoma de México.

Abstract. It's about the egocentric study of principal care takers from the Alzheimer ill person, due to the over load of the task that turns them in to hidden victims of the disease, the use of their relational capital becomes necessary, through the reactivation program and the extension of the social network, which involves the identification of its elements in the informal environment (family, friends and neighbors) and also in the formal environment (institutional services public and private).

The application of the Terán-Trillo's questionnaire – inventory, shows as principal data: an increase of men (31%) in this task, which represents an important change since it was a feminine environment. The majority can be found between the ages of 40's and 60's and they are also married. Their social network is principally integrated by close family, emphasizing their brothers and sisters support (40%). It also brings out that while the 94% of ill people counts with social security. In all the cases the social network of the care taker benefits directly or indirectly to the ill person.

Key words: **Care taker, Alzheimer, egocentric network, social support.**

ESTUDIO DE RED PERSONAL EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Dra. Margarita Terán Trillo¹

ANTECEDENTES

Este trabajo forma parte de la investigación sobre **Demencias y Alzheimer** del Megaproyecto "Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública", No. SDEI.PTID.05.5 del *Programa de Desarrollo Transdisciplinario de Facultades y Escuelas*, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las redes sociales en ciencias sociales y de la salud se desarrolla a través de una metodología que facilite su identificación, la representación de nexos y propiedades, para la construcción y reconstrucción de estas redes, apoyados en tests, cuestionarios, algoritmos, matrices y grafos (Molina 2005, Molina 2001, Requena Santos 1996).

Se considera fundamental el desarrollo o recuperación de estas redes relacionales, porque representan una parte del capital social acumulado, cuyos lazos añaden valor a los individuos o grupos (Burgatti 2005, Lozares 2003). En algunas culturas se manifiesta como un *stock de cooperación* con que cuenta una sociedad a su interior (Kliksberg 1996); su pluralismo organizacional le proporciona una gran flexibilidad para afrontar los cambios y desafíos, llegando a constituir la base de la solidaridad social.

JUSTIFICACIÓN

Cuando los desafíos se asocian a procesos de enfermedad, se percibe la presencia de

¹ Dra. En sociología por la Universidad de Salamanca, España. Profesora de tiempo completo en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México. La información corresponden a población de la Residencia de Día de la Fundación Alzheimer AC, en la Ciudad de México, México.

tres elementos básicos: la cohesión familiar, la accesibilidad a servicios y la espiritualidad, esta última, en muchos casos religiosa, vinculada fuertemente a cada cultura, sobre todo en aquellas que conservan grandes raíces mitológicas, como sucede en nuestro país, porque mantiene latente muchas creencias y valores prehispánicos que caracterizan rituales de vida, pero especialmente los que se relacionan con el nacimiento y con la muerte, dando sentido a las particularidades de su mexicanidad.

El Alzheimer es un padecimiento irreversible e incurable, caracterizado por un proceso degenerativo que afecta progresivamente las partes del cerebro que controlan en pensamiento, la memoria, la conducta y el lenguaje. Se manifiestan por el olvido de eventos recientes, desorientación en tiempo y espacio; pérdida de sentido crítico, dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria, alteraciones del comportamiento, la comunicación y cambios en la personalidad. La mayoría de los pacientes fallecen en los primeros años, pero existen muchos casos con 10, 15 y hasta 20 años de evolución (AMAES AC. 2007).

Como todas las enfermedades crónico-degenerativas, afecta al enfermo y su familia, particularmente a quién ejerce la función de cuidador principal, llegando a convertirse en víctima indirecta de esta enfermedad ante la gran dependencia del enfermo y la sobrecarga en tareas de aseo, alimentación, movilidad, etcétera; situación que interfiere su funcionamiento social, requiriendo en todo caso, apoyo confiable y oportuno (González-Ortiz y cols. 2003). De ahí que una parte del megaproyecto de investigación se enfoque al cuidador y las redes sociales que representan su sistema de apoyo.

En un primer momento se trata de detectar los elementos de su red personal a través de la aplicación del cuestionario inventario de Terán-Trillo y que corresponde a la fase que se tratara en esta presentación.

RELEVANCIA

La Organización Mundial de la Salud en el informe "*Neurological Disorders: Public health challenges*", concluye que a nivel mundial se encuentran afectadas cerca de mil millones de personas, de las cuales, 24 millones padecen Alzheimer y otras demencias; alcanzando proporciones importantes en los países donde aumenta el porcentaje de personas de más de 65 años, por lo que recomienda: una serie de medidas preventivas simples pero eficaces; mayor responsabilidad de las instancias con capacidad de decisión; la sensibilización social y profesional, elaboración de estrategias para afrontar la estigmatización y la discriminación; el reforzamiento en la colaboración nacional e internacional (WHO 2007).

Los cuidados que demanda un enfermo de Alzheimer resultan poco gratificantes por que no existe proporción entre el desgaste que producen y los efectos que se logran; por su laboriosidad restringe la movilidad e interacción social del cuidador, limita su participación en su núcleo social, haciendo necesaria la búsqueda de mayores apoyos y una ampliación en la red social que conlleve a una mejor calidad de vida del cuidador e incida en su enfermo.

La red social es percibida como el conjunto de lazos, que corresponden al episodio de una relación social entre diversos actores, en donde cada contacto genera una estructura diferente (Borgatti 2005 y 2003) e integra sistemas abiertos de sujetos y entidades que a través del intercambio optimizan sus recursos específicos (Terán-Trillo y Cols. 1999).

OBJETIVO

Estudiar la red social del cuidador principal del enfermo de Alzheimer, para generar alternativas de acción enfocadas a su reconstrucción, fortalecimiento y ampliación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen publicados diversos estudios epidemiológicos, tanto nacionales como extranjeros, que han logrado establecer la correlación existente entre red social y salud; en donde se han comparado sujetos con escasa red social, frente a aquellos que

cuentan con un número importante de personas que les proporcionan compañía, cuidados, con quienes comparten información y más aún, en aquellos sujetos que concurren a grupos de autoayuda (Terán-Trillo 2001).

Estos estudios plantean las formas en que se generan las interrelaciones e intercambios y como repercuten en los procesos de salud-enfermedad, toda vez que este proceso afecta o modifica de manera importante la dinámica familiar y de los círculos de pertenencia de un enfermo.

La mayoría de estas investigaciones son retrospectivas, ya que toman como punto de partida a los sujetos con problema y hacen la observación de su red social, para compararla con un grupo control, con lo que se logra cotejar básicamente, los rasgos diferenciales en los dos grupos.

La red social proporciona a sus miembros una constante retroalimentación acerca de los cambios en la salud, favoreciendo cambios correctivos y asistencia oportuna al médico. También contribuye a rutinas de dieta, ejercicio, sueño, adhesión a tratamientos médicos y en general, a cuidados en la salud.

Pero el proceso a la inversa también se da, ya que la enfermedad de un ser querido genera conductas evasivas; evita el abordaje abierto de aspectos relacionados con el padecimiento, aumentando la distancia física, aunado a la disminución en la movilidad del enfermo, reduciéndose notablemente los contactos sociales. Las redes de los mayores tienen una fuerte estructura de centro-periferia: centro de mediana a escasa densidad, con periferia muy dispersa y pocos elementos.

El adulto mayor enfermo disminuye su participación en la red social o suele carecer ya de iniciativas para reactivarla. Y, debido a que toda red cuenta con una inercia propia, la carencia de participación desvitaliza a muy corto plazo el intercambio y la reciprocidad; la carencia de elementos de su propia red le aproxima a la red de apoyo de sus familiares o cuidadores, lo que puede significar una nueva red integrada de

forma indirecta, que suele beneficiarle en cuanto al acompañamiento y aspectos instrumentales, pero no satisfacer del todo sus necesidades de índole material (económicas o en especie), sobre todo las emocionales, generando una sensación de soledad ante la imposibilidad de otorgarle sentido de pertenencia e identidad de grupo.

Por todo ello, se ha considerado la relevancia del estudio de las redes sociales y de apoyo con que cuenta la población atendida en una institución no gubernamental (residencia de día para el cuidado de enfermos de Alzheimer) y de esta manera, conocer sus recursos personales e institucionales que pueden incidir en su mejor atención y bienestar.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio, población, lugar y tiempo de estudio.

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, no representativo y no comparativo, que mide aspectos cualitativos y cuantitativos.

La población correspondió a cuidadores de pacientes atendidos en su hogar y que acuden regularmente a la residencia de día en donde se efectúa la investigación.

Tipo y universo

Se tomó como universo de trabajo a todos los cuidadores de la población atendida en la institución, previa aceptación voluntaria y firma del consentimiento informado. Se logró una participación de aproximadamente el 78 % de los cuidadores.

Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

Cuidadores principales de enfermos de Alzheimer atendidos en la residencia; de ambos sexos y que estén en disponibilidad de ser entrevistados. Como criterios de exclusión, personas que aun siendo cuidadores, no hubiesen entregado el consentimiento informado firmado en los días destinados a la aplicación del cuestionario. Como criterio de eliminación, que el entrevistado decidiese suspender el cuestionario durante su proceso de aplicación.

Consideraciones éticas

Se enmarca en la Declaración Mundial de Helsinki (Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea Mundial de Edimburgo en 2000); cumpliendo con las recomendaciones (Revisada en Tokio 1975). También se mantuvo la observancia para investigación en salud contenida en la Ley General de Salud en México; por lo que se apega a lo establecido en el título segundo, capítulo I, artículo 17, en donde se hace referencia en que este tipo de trabajo entra en la categoría de investigación sin riesgo, ya que toda la información que se obtiene será manejada como oficial y manteniendo la confidencialidad del informante (Secretaría de Salud 1987). A los cuidadores a los que se les aplicó el cuestionario se les informó previamente sobre el tema y los objetivos de esta investigación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Datos personales del cuidador

La población estudiada presenta un mayor número de mujeres, que en este caso llegó al 69%, sin embargo, comienza a manifestarse un alto porcentaje de cuidadores del sexo masculino, que aquí alcanzó un 31%; ya que se trata en la mayoría de los casos, de madres enfermas y el nexo madre-hijo tiene una alta carga afectiva en nuestra cultura.

La mayoría están o estuvieron casados, representando el 58.3% del total y se encuentran entre los rangos de 40 a 59 años de edad (66.8%); destaca la presencia de un cuidador-esposo de 83 años. El 44.4% cuentan con estudios de nivel medio superior, en tanto la educación superior se registra en un 41.7%; lo que implica un alto promedio en el nivel de estudios de los cuidadores que se hace evidente en las entrevistas, así como en su participación en el grupo de autoayuda de la institución.

La ocupación o situación laboral del cuidador se ha dividido en tres rubros: personas laboralmente activas (69.4%), jubilados o pensionados (11.1%) y personas dedicadas al hogar (16.7%), estos datos guardan correlación con el hecho de que se trata de una población atendida en una residencia de día especializada en enfermos con Alzheimer

(escasas en nuestro contexto), lo que implica traslados, costos de atención y materiales diversos. Al ser el cuidador un sujeto que además trabaja, se ve precisado a usar este servicio en forma regular (algunos días de la semana o diariamente).

Red Familiar y extrafamiliar

En esta red destaca la participación de los hijos e hijas, como cuidadores y responsables del enfermo (72%), las esposas y esposos aparecen con escasa participación, por lo avanzado de su edad, deficiente salud o por situación de viudez.

(Ver tabla 1).

Tabla 1					
PARENTESCO O RELACION DEL CUIDADOR CON EL ENFERMO					
Familiar					
Mujeres			Hombres		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Hija	18	50.0	Hijo	8	22.2
Sobrina	2	5.6	Sobrino	0	0
Hermana	1	2.8	Hermano	1	2.8
Esposa	3	8.3	Esposo	2	5.6
Extrafamiliar					
Cuidadora	1	2.8	Cuidador	0	0
Total	25	69	Total	11	31
TOTAL 100%					

Fuente: n=36 Cuidadores entrevistados en la Fundación Alzheimer AC, Ciudad de México, México

Los hogares de los pacientes se integra principalmente por 3, 4 y 5 miembros (incluido el enfermo), lo que representan el 77.8%, dando un promedio de 3 habitantes en la vivienda.

La extensión de la red social fluctúa entre 3 y 6 miembros, siendo el promedio de 4 personas; lo que implica una red escasa pero con efectividad, pudiendo en todos los casos consolidarse y establecer mecanismos para su reconstrucción (localización de elementos que en la actualidad tienen poca o nula participación) y posteriormente, promover su ampliación, buscando en todo caso, disminuir el desgaste del cuidador ((ver tabla 2).

El total de personas que integran las 36 redes personales de los cuidadores, es de 164 elementos distribuidos en 30 categorías, la mayoría de ellas con vínculos de

parentesco; siendo hermana–hermano quienes dan el mayor apoyo (25.6% y 12.8% respectivamente), seguido de hija-hijo (con 15.2% y 7.3%); después los amiga-amigo (9.8% en general). Cabe observar que la red corresponde al cuidador principal de un enfermo de Alzheimer que generalmente es la madre o padre de quién lo cuida y se responsabiliza de él, con el consecuente apoyo de hermanos e hijos, que implica la articulación de tres generaciones (Ver tabla 3).

Tabla 2 EXTENSION DE LA RED SOCIAL		
No. personas	Frecuencia	Porcentaje
1-2	6	16.6
3-4	11	30.6
5-6	11	30.6
7-8	3	8.3
9-10	3	8.3
11-12	0	0
13-14	2	5.6
Total	36	100%

Fuente: n=36 Cuidadores entrevistados en la Fundación Alzheimer AC, Ciudad de México, México

Tabla 3 PARENTESCO O RELACION DE LAS PERSONAS QUE DAN DISTINTOS APOYOS					
Familiar					
Mujeres			Hombres		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Hija	25	15.2	Hijo	12	7.3
Nieta	1	0.6	Nieto	1	0.6
Sobrina	6	3.7	Sobrino	3	1.8
Hermana	42	25.6	Hermano	21	12.8
Nuera	1	0.6	Yerno	0	0
Esposa	6	3.7	Esposo	3	1.8
Cuñada	5	3.0	Cuñado	1	0.6
Prima	1	0.6	Primo	1	0.6
Mamá	3	1.8	Papá	3	1.8
Tía	5	3.0	Tío	2	1.2
Extrafamiliar					
Amiga	10	6.1	Amigo	6	3.7
Vecina	1	0.6	Vecino	0	0
Empleada	2	1.2	Empleado	1	0.6
Psiquiatra	1	0.6	Psiquiatra	0	0
Comadre	1	0.6	Compadre	0	0
Total	110	67.2	Total	54	32.8
Total	164=100%				

Fuente: n=36 Cuidadores entrevistados en la Fundación Alzheimer AC, Ciudad de México, México

Las mujeres están otorgando apoyo en afecto y confianza (73.88%), seguido por cuidados y compañía (65.67%), después económico (63.43%) y por último información y servicios (48.51%); en tanto que los hombres proporcionan afecto y confianza (78.43%), económico (74.51%), cuidados y compañía (60.78%) y por último información o servicios (58.82%).

De acuerdo los apoyos que recibe, el 47.2% de los cuidadores considera que estos son dirigido tanto al enfermo como hacia él mismo, pero el 36.1% percibe que dicho apoyo sólo lo recibe el enfermo. En realidad, los apoyos son para ambos en todos los casos, ya que directa o indirectamente les beneficia a los dos.

Red Institucional

El 38.9% de los cuidadores acude al grupo de autoayuda de la institución, mientras que más de la mitad de ellos no lo hace (52.8%), por carecer de alguien que cuide del enfermo en el horario en que estas se efectúan (una tarde al mes). No existen formas de apoyo o ayuda mutua entre los cuidadores entrevistados, ni entre los asistentes a las reuniones de grupo; sólo algunos de ellos comparten sus experiencias ante el grupo. Únicamente el 11.1% acuden a otro tipo de grupo.

La casi totalidad de enfermos cuenta con servicio médicos (94.4%), el 77.8% de ellos tiene acceso a servicios de seguridad social; en tanto que el cuidador tiene menor acceso, ya que el 72.2% dispone de servicio médico, de los cuales, el 69.4% corresponde a algún sistema de seguridad social de los existentes en nuestro país. El 52.8% dispone de otros tipos de apoyo (bonos económicos, espirituales o religiosos).

CONCLUSIONES

1. Existe una distribución similar a otros estudios realizados con cuidadores de enfermos con padecimientos crónico-degenerativos, ya que se observa un número mayoritario de mujeres responsabilizándose del cuidando del enfermo de Alzheimer, pero también se cuenta ya, con una tercera parte de cuidadores hombres. En este caso, la mayoría tiene un buen nivel de educacional.

2. Las hermanas y los hermanos son los que dan el mayor apoyo a los cuidadores principales y esto se debe a que el enfermo es la madre o el padre; existiendo una diferencia relativa en cuanto a los tipos de apoyo que proporcionan. En todos los casos la red social del cuidador beneficia directa o indirectamente al enfermo. La mayoría de cuidadores no participa en grupos de autoayuda en esta institución.
3. Los cuidadores cuentan con una escasa pero importante red social, que los apoya de diferentes formas; por lo que en todos los casos, se requiere reforzar y ampliar esa red, buscando disminuir su desgaste y mejorar su calidad de vida, a partir de una mayor participación con la familia de origen y su ampliación a través de mayor socialización con amigos, vecinos, los grupos de pertenencia, comunitarios, de religión, de trabajo, así como la formalización de vínculos con las instituciones públicas o privadas que guardan relación con la atención del Alzheimer.
4. Las redes sociales de los cuidadores requieren de una estructura estable, que permita a los miembros de la misma afrontar sus necesidades y sentimientos generados por las características de esta enfermedad. También es importante que los cuidadores acudan al grupo de autoayuda, para alcanzar metas comunes de intercambio, apoyo y aprendizaje mutuo; así como de incrementar la solidaridad, la comunicación; compartir objetivos y formas de acción; ya que la red social alcanza gran significado ante procesos de pérdida o adaptación en la crisis.

BIBLIOGRAFÍA, HEMEROGRAFIA Y PAGINAS WEB

Asociación Mexicana de Alzheimer y enfermedades similares AC. Alzheimer.
Consulta (08-03-2007) en *Revista de la AMAES* <<http://www.amaes.org.mx>>

Borgatti, S. (2003) "Conceptos básicos de redes sociales" Consulta (25-08-2005),
en <www.analytictech.com.borgatti> Ponencia.

González-Ortiz, MA. Terán-Trillo, M. Ponce-Rosas, ER. Y Sánchez Escobar, LE. (2003) "Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una Clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de México". Artículo original. *Revista ArchMedFam* 5(2):47-52.

Klinksberg, B. (1996) "¿Cómo enfrentar los déficit sociales en América Latina? Acerca de los mitos, ideas renovadoras y el papel de la cultura". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, México. Vol. (XLI), No. 166, pp.87-111. División de estudios de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Lozares, C. (2003) "Valores, campos y capital social". *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 4 (2). Consulta (20-06-20039), en <<http://revista-redes.rediris.es>>

Molina, JL. (2001) "El análisis de redes sociales. Una introducción". Serie General Universitaria No. 10, Bellatierra, España.

Molina, JL. (2005) "Redes personales: un programa de investigación". *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*. Consulta (25-08-2005), en <<http://revista-redes.rediris.es>>

Requena, SF. (1996) "Redes sociales y cuestionarios". Cuadernos metodológicos No. 18. CIS, España.

Terán, M. Ponce, ER. Irigoyen, A. Fernández, MA. y Gómez, FJ. (1999) Redes sociales en Medicina Familiar. *Revista ArchMedFam* Vol.1Núm.1

Terán, M. (2001) Las redes sociales en atención a la salud. En: La política social en la transición. ENTS-UNAM-Plaza y Váldez, México. pp.468-484

World Health Organization. Neurological disorders affect millions globally: WHO report. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/en/index.html> Consulta 8 de marzo de 2007)

Anexo: Cuestionario-Inventario de Terán-Trillo

Red social

Terán-Trillo

No. _____

Registro: INDA-RPDA No. 03 2005 061411112700 01

Este cuestionario es para identificar los distintos apoyos sociales con los que cuenta una persona que cuida de un enfermo, a partir de considerar sus relaciones significativas y de intercambio.

A) Datos personales del responsable o cuidador principal

Nombre: _____
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Edad: _____ Estado civil: _____ Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Teléfono: _____
Numero de personas en el hogar, usted y _____

B) Lista de personas que me dan distintos apoyos

Núm	Nombre (No necesita poner los apellidos)	Edad	Parentesco o relación	Tipo de apoyos				El apoyo es para: 1. El enfermo. 2. Mí. 3. Ambos.
				Afecto, confianza	Compañía o cuidados	Información o servicios (traer o llevar)	Material (dar dinero o cosas)	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

11								
12								

C) Personas que también tienen pacientes en esta institución y que me dan algún tipo de apoyos (solo si cuento con alguno o algunos)

Núm	Nombre (No necesita poner los apellidos)	Edad	Parentesco o relación	Tipo de apoyos				El apoyo es para: 1. El enfermo. 2. Mí. 3. Ambos.
				Afecto confianza	Compañía o cuidados	Información o servicios (traer o llevar)	Material (dar dinero o cosas)	
1								
2								
3								
4								
5								
6								

D) Participo en el grupo de autoayuda en esta institución: Si No

E) Participo en grupos (fuera de esta Institución): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre del o los grupos	Principales actividades que realizamos
1.	
2.	
3.	

F) Cuenta mi paciente con servicios médicos: Si No

En caso afirmativo ¿Cuál? _____

G) Cuento yo (cuidador o responsable) con servicio médico: Si No

En caso afirmativo ¿Cual? _____

H) En su familia (con relación a su paciente), cuentan con otro tipo de apoyos:

Si No

En caso afirmativo ¿Cuales? _____

