

1124

FS
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ALTERACIONES MAS FRECUENTES EN LA
DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES CON
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA,
PERTENECIENTES A LA U.M.F. NO. 33
"EL ROSARIO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. MARIA DEL ROSARIO MENDOZA *Hernandez*

276179



IMSS

MEXICO, D.F.

FEBRERO DE 1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



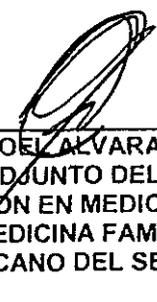
IMSS
JEFATURA DE EDUC. Y
INVEST. MED.



DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



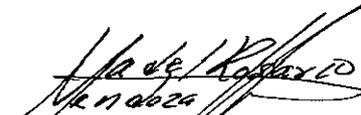
DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. JOEL ALVARADO
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. JOSE ISMAEL LIZAMA RENTERIA
TUTOR DE LA INVESTIGACION
COORDINADOR MEDICO DE PROGRAMAS
COORDINACION DE SALUD COMUNITARIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DRA. MARIA DEL ROSARIO MENDOZA HERNANDEZ
RESIDENTE INVESTIGADOR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

INDICE GENERAL

I.- Objetivos	04
II.- Antecedentes	05
III.- Planteamiento del Problema	13
IV.- Justificación	14
V.- Sujetos, Material y Método	
1.- Lugar de estudio	15
2.- Diseño	
2.1.- Tipo de Estudio	15
2.2.- Grupos de Estudio	15
2.3.- Tamaño de la Muestra	16
2.4.- Definición de Variables	16
- Operacionalización de Variables	17
2.5.- Descripción General del Estudio	21
2.6.- Análisis de los Datos	21
VI.- Factibilidad y Aspectos Éticos	21
VII.- Recursos	22
VIII.- Resultados	
- Análisis Univariado	23
- Análisis Bivariado	28
IX.- Conclusiones	29
X.- Sugerencias	30
XI.- Bibliografía	31

I.- OBJETIVOS

a) General

Identificar las alteraciones más frecuentes en la dinámica familiar de los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria.

b) Específicos

1.- Identificar el tipo de estructura familiar de los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria.

2.- Identificar los roles, límites y vínculos de cada uno de los casos.

3.- Identificar la alteración de la dinámica familiar más frecuente en familias con pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria.

II.- ANTECEDENTES

La insuficiencia renal crónica es una alteración en la cual se pierde la capacidad de mantener la homeostasis del organismo por pérdida irreversible de la función renal. Se presenta con múltiples síntomas que traducen la afección de diferentes sistemas.⁽¹⁾

Se ha observado que no todas las enfermedades renales progresan hacia la insuficiencia renal severa que es más rápida en algunas enfermedades como la glomerulonefritis y la diabetes mellitus, que en otras como la nefropatía túbulo intersticial y la nefropatía de reflujo.⁽²⁾

En un estudio de seguimiento de pacientes con enfermedad glomerular, poliquística y nefritis intersticial respectivamente, que iniciaron tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria, se encontró que la declinación de la filtración glomerular fue de 12,7 y 5 ml/min/año.⁽³⁾

Los factores involucrados en la progresión de enfermedades renales son: hipertensión arterial sistémica; hipertensión glomerular, hiperlipidemia, proteinuria, coagulación intraglomerular, ingesta alta de proteínas o de fosfatos, infiltración de células mononucleares en el mesangio y en el intersticio, liberación intrarenal de citoquinas, factores de crecimiento, hormonas, proteasas y sustancias reactivas de oxígeno; depósitos aumentados de matriz extracelular en el mesangio y intersticio arteriolar e isquemia glomerular⁽⁴⁾. No existe un mecanismo común único que cause la progresión y se acepta, por lo tanto, un origen multifactorial que incluye al tipo de enfermedad renal.

TEORIA HEMODINAMICA DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA.

En el sujeto humano la insuficiencia renal crónica progresa aún con la resolución del proceso inicial de la enfermedad.

Por estudios en animales, se ha propuesto que los cambios hemodinámicos de hiperfiltración glomerular modulan la progresión de la insuficiencia renal como respuesta a la reducción del número de nefrones funcionantes debido a una enfermedad renal. El aumento de la filtración glomerular por el nefrón es debido a un aumento en el flujo plasmático, en el capilar glomerular y aumento de la presión hidráulica en el mismo, por los cambios en la resistencia de las arteriolas aferentes y eferentes del glomérulo. La esclerosis glomerular y la proteinuria, ocurren eventualmente en la mayoría de los modelos experimentales de enfermedad renal, infarto renal bilateral, hipertensión post-sal, hipertensión de Goldblatt de dos riñones con una pinza y la hipertensión Doca-sal.⁽⁵⁾

El aumento de la presión del capilar glomerular se relaciona con el desarrollo de la glomerulosclerosis, especialmente cuando se asocia de hipertensión glomerular y diámetro capilar grande, lo que resulta en una mayor tensión de la pared capilar.

El estiramiento de las células mesangiales, estimula la formación de matriz mesangial con aumento de la síntesis de colágeno tipo 1 y IV, fibronectina y laminina. El estiramiento mesangial también aumenta la síntesis proteica y la proliferación de células mesangiales con estimulación de la proteinquinasa C, el influjo del calcio y la producción de prostaglandina, aunque es necesario definir el mecanismo por el cual la tensión dinámica causa fibrosis glomerular que conduce a la progresión de la insuficiencia renal.

La dieta baja en proteínas y el tratamiento con algunos medicamentos antihipertensivos reduce la hipertensión y la hiperfiltración del capilar glomerular con disminución del daño renal ⁽⁶⁾. Entre los factores que inducen o agravan la hipertensión del capilar glomerular y aumentan el daño glomerular se incluye la proteína en la dieta, el suplemento de colesterol y administración de eritropoyetina y la uninefrectomía ⁽⁷⁾.

En la enfermedad renal crónica, las adaptaciones hemodinámicas del glómerulo en los nefrones remanentes funcionantes causan proteinuria y esclerosis glomerular ⁽⁸⁾

La proteinuria además de ser un indicador de daño renal, recientemente se ha postulado que es causa de progresión de daño renal ⁽⁹⁾. Se ha encontrado relación de la magnitud de la proteinuria con la velocidad del deterioro de la función renal, tanto en nefropatía diabética como en nefropatía no diabética. También se ha observado que la reducción de la proteinuria se asocia con una mejoría en la función renal ⁽¹⁰⁾.

EVOLUCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL.

El método más aceptado para evaluar la progresión de la enfermedad renal es la filtración glomerular con la depuración renal de inulina o con marcadores de radioisótopos, sin embargo este método tiene problemas prácticos en el uso clínico. Se ha encontrado que los valores de filtración glomerular fidedignos varían hasta el 15% día a día. Por las razones anteriores se utilizan ampliamente los métodos de creatinina sérica, declinación de la depuración de creatinina, los cuales pueden determinarse fácilmente y a menor costo ⁽¹¹⁾.

Las enfermedades del riñón constituyen una de las causas más frecuentes de egreso hospitalario en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A partir de 1982, este grupo de diagnósticos aparece en los primeros 30 motivos y durante 1988 y 1989, ocuparon el 11° y 8° lugares respectivamente. En términos porcentuales su incremento ha sido mayor al 100% en los últimos 8 años. Así mismo en el egreso hospitalario por defunción renal, ocupó el 6° lugar dentro de los 20 motivos más frecuentes de egreso hospitalario ⁽¹²⁾.

En México, el tratamiento de sustitución renal más empleado es la diálisis peritoneal, el cual se realiza hasta en el 91% de los pacientes con insuficiencia renal crónica ⁽¹³⁾. Inicialmente la sobrevivencia de los pacientes en diálisis peritoneal fue menor de un 35% a tres años ⁽¹⁴⁾.

Más tarde las innovaciones en los catéteres y los procedimientos, han traído consigo una disminución en la incidencia de complicaciones infecciosas y la expectativa de que estos cambios continúen teniendo un impacto favorable en la sobrevivencia de los pacientes ⁽¹⁵⁾.

En México, por varios motivos (aunque no exclusivamente lo referente a costos) la diálisis peritoneal ha jugado un papel central en la tensión del sujeto urémico crónico, prácticamente este tipo de diálisis tiene diez variantes y el número está por encima de los otros dos grandes apartados terapéuticos como son: hemodiálisis y el trasplante renal. Dentro de las variantes de la diálisis se encuentra la diálisis peritoneal continua ambulatoria. En esta modalidad el enfermo o sus familiares son capacitados por enfermeras experimentadas en diálisis peritoneal durante 7 a 10 sesiones. Es importante señalar el papel sustantivo que juega la valoración previa del estado socioeconómico de la familia y la adecuación del hogar para facilitar la realización de dicho procedimiento.

La nefroeconomía es el análisis de los enormes gastos que ocasiona el tratamiento de los enfermos con diálisis y trasplante, tanto en el ámbito internacional como en México. En la inauguración del VII Congreso Mundial de Nefrología celebrado durante 1978 en Atenas, Grecia; el profesor Eli A. Friedman, presentó una ponencia titulada *"Podrá el mundo costear la atención de la uremia crónica"*, en ésta se cuestionaba si los recursos económicos de los países del mundo, serían suficientes para dar respuesta al problema tan serio que se auguraba por venir; han transcurrido 2 décadas desde aquella ponencia y hoy, a pesar de todos los avances científicos y tecnológicos que se han presentado, ésta pregunta continúa vigente por los altos costos y el número creciente de pacientes con esta patología. ⁽¹⁶⁾

En los costos para la salud hay dos factores que permanecen al margen: 1° el que incurre el paciente y su familia para obtener el tratamiento, 2° el gran costo que significa para la comunidad la pérdida de productividad de los individuos enfermos, mientras reciben tratamiento.

Para hacer consideraciones comparativas, es importante señalar que para 1993 en los Estados Unidos de Norte América había una población de 297 millones de habitantes, 1400 centros de hemodiálisis, 18 mil pacientes de diálisis peritoneal, se realizaban 5400 trasplantes renales al año, 617 pacientes urémicos eran tratados por cada millón de habitantes y se realizaban 20 trasplantes por cada 80 pacientes con diálisis.

Para el mismo año, México presentaba una población de 88 millones de habitantes, contaba con 66 centros de hemodiálisis, 1200 pacientes en hemodiálisis, 12 mil pacientes en diálisis; se realizaban 400 trasplantes renales anuales, 25 pacientes urémicos eran tratados por cada millón de habitantes y solo se realizaban 4 trasplantes renales de cada 99 pacientes en diálisis ⁽¹⁷⁾.

Habitualmente en México se realiza el procedimiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en enfermos crónicos que se encuentran en fase terminal, lo cual constituye un tratamiento paliativo, toda vez que el evento final, denominado muerte, se presenta en un lapso breve, posterior al inicio de la DPCA. Los programas de diálisis intermitente hospitalarios implican un alto costo y un bajo beneficio para la institución, el paciente y su familia ⁽¹⁸⁾.

LA FAMILIA

La familia es la base de la sociedad, y se define como la unión de dos o más personas que viven bajo el mismo techo, unidos entre sí por lazos de matrimonio, consanguíneos o de adopción que tienen interrelación recíproca e interdependencia considerándose una unidad. ⁽¹⁹⁾

Es importante que el médico de primer nivel de atención médica, tenga presente cuáles son las funciones básicas de la familia y tratar de revisar el grado en que éstas se cumplen. Se puede considerar que la meta principal del funcionamiento familiar, es la realización de una variedad de tareas, algunas de ellas definidas culturalmente y otras propias de cada familia. Todas éstas determinadas por valores derivados en gran medida de las vivencias que los padres tuvieron con sus familias de origen, también reciben la influencia de la historia compartida dentro de la propia familia y de las condiciones socioculturales prevalentes ⁽²⁰⁾.

FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA

Por lo que se refiere al cuidado, las tareas de la familia incluyen la satisfacción de varios tipos de necesidades: las físicas (protección, alimento, habitación y atención a la salud), las psicológicas (afecto y estimulación para promover su desarrollo) y las sociales (entrenamiento para la vida en familia y en sociedad). La familia no solo se encarga de satisfacer las necesidades de cada integrante de la familia, también influye en la formación de su personalidad, dentro de los límites previamente fijados por la Biología. Aunque la salud mental depende de muchas variables de naturaleza biológica, psicológica y social, es la familia donde residen las bases de un desarrollo psicológico normal o desviado. ⁽²¹⁾

ETAPAS DE LA FAMILIA

- 1.- **Matrimonio:** comprende desde la unión de la pareja, hasta el nacimiento del primer hijo; es un periodo crítico de ajuste de roles, establecimiento de reglas, objetivos y metas.
- 2.- **Expansión:** inicia con la llegada del primer hijo y termina con el ingreso a la escuela de uno de los hijos.
- 3.- **Dispersión:** inicia con el ingreso de uno de los hijos a la escuela y termina cuando éste se independiza o se casa.

4.- Independencia: inicia cuando los hijos abandonan el hogar, por motivos de trabajo, estudio o para formar una nueva familia.

5.- Retiro y muerte: en esta etapa, la pareja está sola, presentan nido vacío, se reencontra, se presenta la jubilación del proveedor, se realiza un reajuste de roles, se preparan psicológicamente para la muerte. ⁽²²⁾

DINAMICA FAMILIAR

La dinámica familiar es el comportamiento del núcleo familiar ante influencias positivas o negativas, las cuales propician el desarrollo de la familia y su integración o desintegración; está influenciado por la situación histórica de la familia, sus roles desempeñados en el momento por cada uno de sus integrantes y la movilidad de los mismos, por lo que la estructura familiar es un sistema sociocultural abierto, en proceso de transformación, que muestra un desarrollo a través de un cierto número de etapas que exigen una estructuración. La familia como sistema abierto opera a través de pautas transaccionales, las cuales regulan la conducta de cada integrante de la familia de dos maneras, la primera bajo sometimiento de reglas universales que gobiernan la organización familiar y la segunda con el respeto a las expectativas mutuas. Dentro de la familia como sistema se encuentra que ésta debe ser nutridora por que favorece un alta autoestima, una comunicación clara, directa, congruente y abierta, con normas específicas.

La organización en subsistemas de una familia proporciona un mantenimiento adecuado diferenciado del "yo soy", al mismo tiempo que ejerce sus habilidades en diferentes niveles, así tenemos: el subsistema conyugal (se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia), subsistema parental (se establece con el nacimiento del primer hijo, inicia la relación padre-hijo con funciones específicas y roles explícitos, se imponen nuevos roles y tareas para cada integrante de la familia), el subsistema fraterno (es el primer laboratorio experimental en que los hermanos pueden experimentar relaciones con sus iguales, en este contexto, se apoyan, se aíslan, aprenden mutuamente y demuestran sus habilidades).

Todo sistema debe tener límites claros y precisos y éstos, deben estar constituidos por las reglas que definen quién participa y de qué manera, así tenemos:

- a) límites claros: existen en un ambiente familiar adecuado, se define con precisión para evitar interferencias inadecuadas, constituyen un parámetro útil para la evaluación del funcionamiento.
- b) Límites difusos: cuando las familias se vuelcan sobre sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento de preocupación entre los miembros de la familia; como producto de ella, la distancia disminuye y los límites se esfuman, la diferenciación del sistema familiar se hace difusa, hay inadaptación bajo circunstancias de estrés, respondiendo en forma aglutinada.

- c) Límites rígidos: la comunicación entre el subsistema es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas, produciendo una respuesta lenta o nula.

En gran parte de las actividades que realiza el ser humano, está presente la comunicación, que viene a resultar el factor más importante que determina el tipo de relaciones que se deben tener con los demás y lo que sucede con el mundo que le rodea, es ésta la forma en que dos personas se interrelacionan. La comunicación en la familia se da en todos los niveles, ésta debe ser clara, directa y bidireccional. ⁽²³⁾

La familia es el refugio donde pueden manifestarse libremente los sentimientos, ya sean positivos o negativos. Como grupo participa en el desarrollo psicosocial de los individuos y funciona en dos sentidos aparentemente opuestos, pero finalmente complementarios: por un lado, la interacción de la familia permite desarrollar un sentido de identidad a través del sentido de pertenencia que el individuo desarrolla hacia el grupo familiar y por el otro, sirve como referencia a otros grupos, en los cuales el individuo se incorpora y al hacerlo se independiza de la matriz familiar. Este proceso de independencia paulatina va desarrollando el sentido de individualización en los miembros de la familia. ⁽²⁴⁾

La clasificación de la familia basada en tres ejes o dimensiones, engloba de manera aceptable los problemas familiares y fue propuesta por terapeutas familiares de la Universidad de Hawai.

Esta clasificación triaxial está esquematizada por varios ejes. El primero representa aspectos del desarrollo de la familia y se encarga de sus dimensiones históricas y longitudinales, el segundo identifica la localización de problemas en la familia y está basado en un estudio transversal de funciones familiares; el tercer eje visualiza la familia como un grupo matriz o sistema e intenta categorizar la disfunción familiar a través de esta dimensión visual.

EJE 1. ASPECTOS DEL DESARROLLO DE LA FAMILIA

A) Disfunciones del desarrollo.

En este eje se registran aquellas disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente las situaciones difíciles relacionadas con la etapa del desarrollo por la que atraviesa en un momento determinado. Por lo tanto, son diferentes clases de disfunción o crisis que podrían observarse.

B) Complicaciones y variaciones del desarrollo

Esta categoría incluye cualquier disturbio familiar, el cual puede ser conceptualizado como complicaciones o variantes del desarrollo familiar "normal".

EJE 2. DISFUNCIONES EN SUBSISTEMAS FAMILIARES

En este eje se registran las relaciones de disfunción entre dos o más miembros de la familia; se enfoca a la atención de los problemas que se presentan en los subsistemas familiares, con la finalidad de identificar a quienes presentan alguna disfunción y que ésta pueda ser rastreada.

EJE 3. DISFUNCIONES DE LA FAMILIA COMO SISTEMA

En este eje quedan comprendidas aquellas disfunciones que conciernen a toda la familia como grupo o como sistema.

A) Disfunciones estructurales y funcionales

Los grupos familiares son examinados desde varios aspectos de estructura o función tales como organización, integración, división de roles, comunicación, atmósfera emocional o cumplimiento de deberes.

B) Disfunciones sociales

En esta categoría la disfunción familiar es vista como la manifestación de copiar el estilo familiar en relación con otras familias. Los diversos patrones de imitación pueden ser considerados como actitudes de vida o como temas de asuntos para la familia. Así pues, esta disfunción es más bien cultural que estructural.

La formulación diagnóstica puede sugerir que una familia tiene una disfunción en una dimensión, mientras que en las otras está funcionando en límites normales o está menos afectada. Más importante es la formación de prioridades cuando más de un disturbio aparece durante la clasificación.

APGAR FAMILIAR INTEGRAL

El objetivo del Apgar Familiar es medir cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros de la familia, en cada componente de las funciones familiares. El Apgar familiar valora cinco aspectos fundamentales:

- *Adaptación*: como una cualidad de utilizar los recursos en función de un bien común.
- *Compañerismo*: como la distribución equitativa de la responsabilidad compartida de manera solidaria para la resolución de problemas familiares.
- *Crecimiento*: el grado de crecimiento humano en cada miembro o integrante de la familia como expresión de apoyo mutuo; que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sean favorecidos en todos los miembros de la familia.
- *Afecto*: relaciones de cuidado y cariño que debe existir con libre expresión entre los diferentes miembros de la familia como cariño, afecto, etc. No posesivo entre padres, hijos y hermanos.
- *Resolución*: capacidad para resolver los problemas familiares, dedicándoles el tiempo necesario.

CÉDULA PARA EVALUAR EL APGAR FAMILIAR

Conceptos	Definición	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Adaptación	Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.			
Compañerismo	Estoy satisfecho del modo como mi familia discute temas de interés y comparte con mi persona la solución del problema.			
Crecimiento	Encuentro que mi familia acepta mis deseos para nuevas actividades y cambios en mi estilo de vida.			
Afecto	Estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa amor y responde adecuadamente a mis sentimientos de tristeza, angustia y amor.			
Acuerdos	Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que pasamos juntos mi familia y yo.			
Total				

Calificación:

Casi siempre 2, Algunas veces 1, Casi nunca 0

De 7 a 10 altamente funcional.

De 4 a 6 moderada disfunción.

De 0 a 3 severamente disfuncional.

III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista psicosomático, el paciente urémico presenta un estado depresivo, acompañado de angustia y tristeza originados por el deterioro progresivo de su organismo, que disminuye su autoestima, afecta sus relaciones sexuales, sociales y productivas presentando una regresión de la personalidad, sumisión pasiva total, relegando en el familiar la responsabilidad de administración de medicamentos y alimentos. El familiar toma entonces el rol de nodriza del enfermo (25).

La disfunción sexual es común en la población de ambos sexos a la que se le practica la diálisis. En el hombre disminuye la producción de testosterona y en general la espermatogénesis, esto dificulta la erección y fomenta la impotencia; en la mujer se desarrollan alteraciones menstruales y disminución de la libido.

Hasta el momento existen muy pocas investigaciones que hayan incluido el estudio del entorno familiar como tal y que establezcan relaciones que permitan evaluar la vida de la familia y su funcionalidad, ante la presencia de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Algunas otras han explorado las características psicológicas individuales del afectado, pero el entorno familiar y más aún, la tipificación de un determinado tipo familiar que accione como factor de riesgo, todavía no se ha realizado.

Lo anterior establece una reflexión sobre la importancia de implementar estudios más estructurados y de mayor aporte metodológico que permitan dar relevancia a éstos factores y condiciones del entorno familiar, toda vez que de esta forma se puede coadyuvar a mejorar la calidad de vida del paciente dializado y en consecuencia, poder modificar la historia natural de la enfermedad.

El mejorar la calidad de vida del paciente con DPCA debe entenderse como el proporcionarle los cuidados necesarios que le permitan desempeñar las actividades de su vida diaria en el ámbito laboral, familiar y social con el mejor estado físico y mental posible. Lo anterior conduce a la búsqueda de una respuesta para la siguiente pregunta de investigación.

¿CUÁLES SON LAS ALTERACIONES MAS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA?

IV.- JUSTIFICACION

Las causas que producen insuficiencia renal crónica son múltiples, siendo las más frecuentes: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica e infecciones urinarias.

Por lo anterior, es importante aplicar medidas preventivas para evitar que las enfermedades citadas evolucionen hacia una falla renal; en caso de que dicha falla se presente, es fundamental realizar su detección temprana y su tratamiento oportuno, esto permitirá por una parte, implementar medidas que permitan anticiparse al daño y por la otra, retrasar su evolución.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un verdadero problema de emergencia y atención médica, ya que se combinan entre otros factores: muchos pacientes, pocos recursos y altos costos; de ahí que sea necesario que el médico de primer nivel de atención a la salud tome en cuenta los siguientes objetivos fundamentales: prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica a la etapa terminal, realizar un manejo óptimo del paciente con diálisis, disminuir la morbilidad y la mortalidad, mejorar la sobrevida y facilitar el trasplante renal.

Esta patología (IRC), es un proceso crónico que limita al paciente en su quehacer diario y por consiguiente, al existir la posibilidad de incluirlo al programa de DPCA, se presentarán alteraciones en la dinámica familiar, con repercusión directa sobre los roles, subsistemas, comunicación, límites y vínculos.

Por la trascendencia de la patología de fondo, además de los factores enunciados previamente, es de gran relevancia conocer y analizar dichas alteraciones, para poder así intervenir y mejorar las relaciones interpersonales en la dinámica familiar, toda vez que se requiere establecer no solo el diagnóstico orgánico, sino también y de manera fundamental, el familiar.

V.- SUJETO, MATERIAL Y METODOS

1.- LUGAR DE ESTUDIO.

La Unidad de Medicina Familiar No. 33 se encuentra localizada al noroeste del Distrito Federal, en la Delegación Política de Azcapotzalco; colinda con el municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Se ubica en la Avenida de las Culturas, esquina con Avenida Aquiles Serdán y calle Renacimiento.

Esta Unidad Médica pertenece al primer nivel de atención y ofrece, entre otros, los siguientes servicios: consulta externa de medicina familiar y estomatología, laboratorio clínico, radiodiagnóstico, farmacia, medicina preventiva, control de prestaciones, planificación familiar, etc.

El área de influencia está determinada por algunas colonias localizadas en la periferia de la unidad pertenecientes a la Delegación Azcapotzalco, entre las que destacan la Unidad Habitacional "El Rosario" y la colonia 10 de abril, así como de la zona residencia de Ciudad Satélite. Los medios de transporte que utilizan los derechohabientes para trasladarse de sus hogares a la UMF son algunos de los servicios de transporte público, entre ellos, trolebuses, microbuses, combis y taxis. La población derechohabiente que vive en las inmediaciones de la unidad, lo hace a pie o en auto propio.

2.- DISEÑO

2.1.- Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, observacional, analítico y comparativo. De acuerdo al control de la maniobra experimental, este fue un diseño observacional. Por la forma de recolección de datos, se clasificó como un diseño prospectivo o prolectivo y en cuanto a la medición del fenómeno en el tiempo, fue un diseño transversal. Es comparativo, por la existencia de un grupo control, el cual se determinó basándose en el tiempo de evolución del procedimiento de DPCA, considerándose como tal a los pacientes con más de 3 años de evolución y por la dirección del análisis, fue un estudio transversal.

2.2.- GRUPOS DE ESTUDIO

A) Características de la Población de estudio.

Derechohabientes asegurados con Insuficiencia Renal Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 y que se encontraban en DPCA en el Hospital Regional No. 72.

B) CRITERIOS

. De Inclusión

Derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario" incluidos en el Programa de DPCA que se lleva a cabo en el Hospital Regional No. 72, mayores de 18 años, de cualquier género y que tuvieran familia.

. De Exclusión

No ser derechohabiente del IMSS, no estar adscrito a la UMF No. 33, no contar con familia, menores de 18 años y que no se encontraran en el Programa de DPCA

. De Eliminación

Pacientes que no fue posible su localización y defunciones que hayan ocurrido durante la realización del estudio.

2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tomando en cuenta que los pacientes que se encuentran en el Programa de DPCA en el Hospital Regional No. 72 del IMSS, son 133, se trabajó con el total de los derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 y que aceptaran el realizárseles la entrevista y visitas domiciliarias. Un 22% (29) de quienes se encontraban registrados en el Programa de DPCA, correspondieron a la UMF No. 33.

2.4.- DEFINICION DE LAS VARIABLES

- Independiente

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

- Dependiente

Dinámica Familiar

- De control

Universales: Edad, escolaridad, estado civil, género y ocupación.

De evolución: Tiempo en DPCA

De la Dinámica Familiar: Rol del paciente, subsistema conyugal, subsistema parental, límites familiares, disolución como meta y expresión de sentimientos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Dependiente

Variable	DINAMICA FAMILIAR
Definición Conceptual	Es aquella colección de fuerzas positivas o negativas que afectan el comportamiento de cada integrante de la familia y que hacen que la familia como unidad funcione bien o mal.
Definición Operacional	Se midió de acuerdo a la escala propuesta por el modelo de Apgar familiar. La calificación es casi siempre (2), algunas veces (1) y nunca (0).
Escala de Medición	Escala Cuantitativa del Apgar Familiar Escala: De 7 a 10 altamente funcional. De 4 a 6 moderada disfunción. De 0 a 3 severamente disfuncional

Variable Independiente

Variable	DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA
Definición Conceptual	Es un procedimiento con bases fisico-químicas que tienden a igualar el equilibrio entre dos soluciones separadas por una membrana semipermeable la cual puede ser sintética (celofán, cuprofán, acetato de celulosa, polisulfona) o natural (peritoneo). El objetivo de éste, es sustituir parte de las funciones que realiza el riñón (regulación de líquidos, control del Ph y eliminación de los elementos azoados).
Definición Operacional	Este se verificó al realizar la encuesta por parte del investigador principal.
Escala de Medición	Escala de Medición: Cualitativa Nominal Escala SI NO

Variables de Control Universales

Variable	EDAD
Definición Conceptual	Período transcurrido en años, entre la fecha de nacimiento de la persona y la realización de la entrevista.
Definición Operacional	Se solicitó al trabajador que dijera la edad en años cumplidos. Se validará al pedirle la fecha de nacimiento
Escala de Medición	Tipo: Cuantitativa Continua. Escala: Se formaron grupos de edad decenales, de acuerdo a los límites mínimo y máximo reportados.

Variable	ESCOLARIDAD
Definición Conceptual	Número de años cursados en forma oficial, dentro de cualquier institución educativa. Se ha comprobado que cuando el individuo tiene un alto nivel educativo, existe una mejor respuesta ante los programas de salud diseñados. La educación es un indicador de las facilidades que puede tener el individuo para adquirir su "status" social, psicológico y económico.
Definición Operacional	Se preguntó el número total de años que el trabajador había cursado en cualquier institución educativa del país.
Escala de Medición	Tipo: Cuantitativa Continua No se formarán grupos específicos, éstos se formarán al realizarse el análisis estadístico.

Variable	ESTADO CIVIL
Definición Conceptual	Situación legal y/o social de un individuo ante la sociedad en la cual se desarrolla.
Definición Operacional	Mediante interrogatorio, se le solicitó a la persona que mencionara su situación legal en el momento de la entrevista
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal Escala: Soltero (a) Casado(a)/Unión Libre Viudo (a) Divorciado(a)

Variable	GENERO
Definición Conceptual	Condición orgánica que distingue a las personas en hombres o mujeres.
Definición Operacional	Se anotó el aparente biológico al momento de realizar la entrevista
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal Escala Masculino Femenino

Variable	OCUPACIÓN
Definición Conceptual	Actividad laboral que realiza un individuo y a cambio de ésta, recibe una remuneración económica. La ocupación mide el "status" de la persona, su responsabilidad, actividad física y exposiciones laborales.
Definición Operacional	Mediante la entrevista, se le solicitó al paciente, que señalara la categoría laboral que ostentara en ese momento
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal Escala En categorías, de acuerdo a lo señalado por cada uno de los entrevistados.

De evolución

Variable	TIEMPO EN DPCA
Definición Conceptual	Tiempo a partir del cual se inicia en el paciente el procedimiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.
Definición Operacional	Mediante la revisión del Registro de actualización mensual del Programa de DPCA, se anotó la fecha de ingreso al mismo.
Escala de Medición	Se formaron dos grupos, de acuerdo a la información señalada por varios investigadores, en el sentido de que durante los primeros 3 años existe mayor probabilidad de que se presenten alteraciones en la dinámica familiar. Categorías: Menos de 3 años Igual ó mayor a 3 años.

De la Dinámica Familiar

Variable	ROL DEL PACIENTE
Definición Conceptual	Es aquel rol en el que la voluntad del individuo que lo detenta, no se tomó en cuenta para adjudicárselo, determinado muchas veces por las necesidades de rápida solución.
Definición Operacional	Se tabuló basándose en las preguntas sobre ¿quién toma las decisiones más importantes para la familia? y la de ¿quién trabaja y proporciona los recursos para satisfacer las necesidades de la familia?
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal Escala: Para la primera pregunta se consideraron tres categorías: padre, madre ó hijos; para la segunda, las siguientes 6 categorías: padre, madre, ambos, padre e hijos, madre e hijos ó hijos.

Variable	SUBSISTEMA CONYUGAL
Definición Conceptual	Este se forma al unirse dos personas de diferente sexo, los cuales pueden funcionar bastante bien como individuos separados, pero sus interacciones como pareja están dominadas por sus necesidades.
Definición Operacional	Se tabuló sobre la base de las preguntas siguientes: ¿discuten usted y su pareja?, ¿cuáles son las causas de la discusión? y ¿existe algún peligro posterior a las discusiones?
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal Escala: Para la primera pregunta: Sí ó no. La segunda presenta las siguientes categorías: fallas en la comunicación, falta de dinero, diferencia de opiniones, competencia de autoridad e infidelidad. Para la tercera se contempló: sin consecuencia, pérdida de afecto ó daño físico.

Variable	SUBSISTEMA PARENTAL
Definición Conceptual	En él se da la interacción padres e hijos, haciendo énfasis en la relación de las expectativas paternas hacia los hijos.
Definición Operacional	Se le preguntó a cada paciente sobre cómo consideraba las relaciones entre padre-hijos y madre-hijos. Además se le solicitó que mencionara la actitud que él asumía ante los problemas que se le presentaban.
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal. Las relaciones se categorizaron en: buenas, regulares, malas ó no aplica. En lo que respecta a actitud ante los problemas: los enfrenta, los ignora, los posterga, los delega, lo deprimen o lo enferman.

Variable	LÍMITES FAMILIARES
Definición Conceptual	Se refiere a las actitudes permitidas para cada integrante de la familia.
Definición Operacional	Se solicitó al paciente entrevistado que señalara cómo era la relación entre cada miembro de la familia, entre otras familias y la suya y cómo era la comunicación de los problemas entre los integrantes de su familia.
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal La relación entre cada miembro de la familia se categorizó de acuerdo a la escala: buena, regular ó mala; de igual forma se clasificó la relación entre familias. En lo que respecta a comunicación, ésta se registró como: clara, franca e indirecta.

Variable	DISOLUCIÓN COMO META
Definición Conceptual	Es el desajuste personal que lleva a la disolución de un matrimonio.
Definición Operacional	Se le solicitó a cada paciente entrevistado, que señalara qué pensaba sobre la posibilidad de que su familia continuara como estaba y si sus hijos deberían formar otra familia.
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal En ambos casos se clasificó sobre la base de: Sí ó no.

Variable	EXPRESION DE SENTIMIENTOS
Definición Conceptual	Demostración de afecto, amor, temor, angustia, miedo, etc., mediante una comunicación escrita, verbal o mímica.
Definición Operacional	En la entrevista realizada, se le pidió a cada paciente que mencionara cómo era la expresión de sentimientos hacia él por parte de su familia.
Escala de Medición	Tipo: Cualitativa Nominal Las respuestas se codificaron en tres categorías: ternura, enojo ó depresión.

2.5. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se efectuó en la unidad de medicina familiar N° 33, en derechohabientes IMSS, en programa de diálisis peritoneal ambulatoria con la finalidad de identificar algunos de los problemas más frecuentes presentes en la dinámica familiar.

La recolección de datos fue realizada por el investigador principal a través de una encuesta diseñada y aprobada previamente cuyo objetivo primordial se enfocó a la detección de alteraciones más frecuentes en la dinámica familiar. Esta encuesta fue aplicada a todos los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria, pertenecientes a la UMF N° 33.

Con la finalidad de verificar los contenidos del cuestionario, además de detectar problemas logísticos en la realización de las entrevistas, se llevó a cabo una prueba piloto.

Al momento de aceptar el derechohabiente participar en la investigación, entre ellos los de la prueba piloto, se les explicó el objetivo de la misma.

Cuando el derechohabiente dio su consentimiento informado de tipo verbal, se realizó la entrevista en su domicilio

2.6. ANALISIS DE DATOS

Si los objetivos de un estudio transversal, son identificar la frecuencia y distribución del evento de salud y de los factores asociados, en el presente, se consideraron dos unidades de análisis: el paciente con DPCA y su familia.

Para fines del análisis comparativo, se consideraron como casos todos aquellos pacientes y sus familias, que tuvieran menos de 3 años de evolución con DPCA.

Los resultados obtenidos de cada una de las encuestas aplicadas, fueron codificadas por el investigador principal y capturados en una base de datos con el apoyo del paquete estadístico EPI-INFO V.6.

VI.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Debido a que en el estudio no se realizaron intervenciones que pusieran en riesgo la salud del derechohabiente participante, ya que la información se obtuvo mediante entrevista, no se requirió del consentimiento informado por escrito del derechohabiente que aceptó participar, por lo que únicamente se le solicitó su consentimiento verbal, de acuerdo a lo señalado por la Convención de Helsinki y su posterior ratificación en Tokio.

Al final de cada entrevista, el investigador principal en compañía de una trabajadora social, realizó actividades de orientación e información para la salud, así como sugerencias acerca de desempeñar alguna actividad manual con la finalidad de obtener algunos recursos económicos con el propósito de apoyar la economía familiar.

VII.- RECURSOS

Humanos

- . Médico residente de medicina familiar responsable del proyecto.
- . Médico tutor del proyecto
- . Director de UMF N° 33 "El Rosario"

Físicos

- . Casa-habitación del derechohabiente participante para la realización de la entrevista
- . Cuestionarios, lápices y tabla de apoyo para escribir
- . Bibliografías
- . Máquina de escribir, calculadora y computadora
- . Expedientes clínicos

2.5. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se efectuó en la unidad de medicina familiar N° 33, en derechohabientes IMSS, en programa de diálisis peritoneal ambulatoria con la finalidad de identificar algunos de los problemas más frecuentes presentes en la dinámica familiar.

La recolección de datos fue realizada por el investigador principal a través de una encuesta diseñada y aprobada previamente cuyo objetivo primordial se enfocó a la detección de alteraciones más frecuentes en la dinámica familiar. Esta encuesta fue aplicada a todos los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria, pertenecientes a la UMF N° 33.

Con la finalidad de verificar los contenidos del cuestionario, además de detectar problemas logísticos en la realización de las entrevistas, se llevó a cabo una prueba piloto.

Al momento de aceptar el derechohabiente participar en la investigación, entre ellos los de la prueba piloto, se les explicó el objetivo de la misma.

Cuando el derechohabiente dio su consentimiento informado de tipo verbal, se realizó la entrevista en su domicilio.

2.6. ANALISIS DE DATOS

Si los objetivos de un estudio transversal, son identificar la frecuencia y distribución del evento de salud y de los factores asociados, en el presente, se consideraron dos unidades de análisis: el paciente con DPCA y su familia.

Para fines del análisis comparativo, se consideraron como casos todos aquellos pacientes y sus familias, que tuvieran menos de 3 años de evolución con DPCA.

Los resultados obtenidos de cada una de las encuestas aplicadas, fueron codificadas por el investigador principal y capturados en una base de datos con el apoyo del paquete estadístico EPI-INFO V.6.

VI.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Debido a que en el estudio no se realizaron intervenciones que pusieran en riesgo la salud del derechohabiente participante, ya que la información se obtuvo mediante entrevista, no se requirió del consentimiento informado por escrito del derechohabiente que aceptó participar, por lo que únicamente se le solicitó su consentimiento verbal, de acuerdo a lo señalado por la Convención de Helsinki y su posterior ratificación en Tokio.

2.5. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se efectuó en la unidad de medicina familiar N° 33, en derechohabientes IMSS, en programa de diálisis peritoneal ambulatoria con la finalidad de identificar algunos de los problemas más frecuentes presentes en la dinámica familiar.

La recolección de datos fue realizada por el investigador principal a través de una encuesta diseñada y aprobada previamente cuyo objetivo primordial se enfocó a la detección de alteraciones más frecuentes en la dinámica familiar. Esta encuesta fue aplicada a todos los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria, pertenecientes a la UMF N° 33.

Con la finalidad de verificar los contenidos del cuestionario, además de detectar problemas logísticos en la realización de las entrevistas, se llevó a cabo una prueba piloto.

Al momento de aceptar el derechohabiente participar en la investigación, entre ellos los de la prueba piloto, se les explicó el objetivo de la misma.

Cuando el derechohabiente dio su consentimiento informado de tipo verbal, se realizó la entrevista en su domicilio.

2.6. ANALISIS DE DATOS

Si los objetivos de un estudio transversal, son identificar la frecuencia y distribución del evento de salud y de los factores asociados, en el presente, se consideraron dos unidades de análisis: el paciente con DPCA y su familia.

Para fines del análisis comparativo, se consideraron como casos todos aquellos pacientes y sus familias, que tuvieran menos de 3 años de evolución con DPCA.

Los resultados obtenidos de cada una de las encuestas aplicadas, fueron codificadas por el investigador principal y capturados en una base de datos con el apoyo del paquete estadístico EPI-INFO V.6.

VI.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

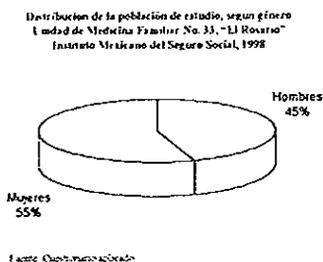
Debido a que en el estudio no se realizaron intervenciones que pusieran en riesgo la salud del derechohabiente participante, ya que la información se obtuvo mediante entrevista, no se requirió del consentimiento informado por escrito del derechohabiente que aceptó participar, por lo que únicamente se le solicitó su consentimiento verbal, de acuerdo a lo señalado por la Convención de Helsinki y su posterior ratificación en Tokio.

VIII.- RESULTADOS

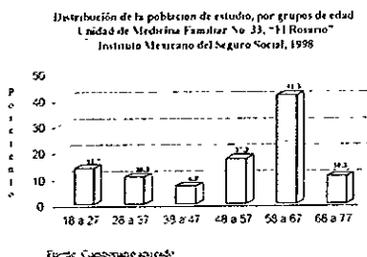
ANÁLISIS UNIVARIADO.

Se entrevistaron un total de 29 personas que se encontraban en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del Hospital General Regional No. 72 y cuya adscripción era la Unidad de Medicina Familiar No. 33. De acuerdo a la distribución por género, el 55.2% (16) corresponden a hombres y el 44.8% (13) a mujeres.

En lo que respecta a la edad, el promedio de edad fue de 50.8 años con una desviación estándar (DE) ± 15.6 , con valores mínimo y máximo de 18 y 73 años respectivamente. De acuerdo a la distribución por grupos de edad decenales, el de 58 a 67 años tuvo una mayor representación, ya que el 41.3% (12 pacientes) se ubicaron en el mismo. Destaca que un 13.7% de los entrevistados se encontrara en el grupo de 18 a 27 años. (Gráficas Nos. 1 y 2)



Gráfica No. 1

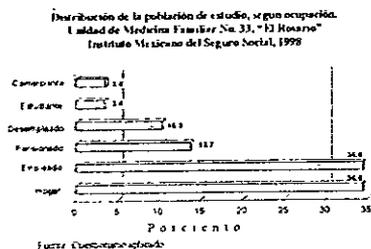


Gráfica No. 2

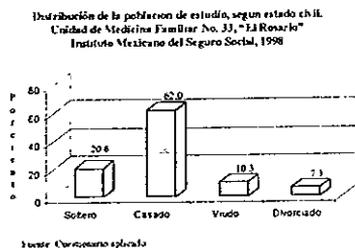
La ocupación que desempeñaban cada uno de los paciente al momento de realizar la entrevista, fueron las siguientes: hogar y empleado (34.4% cada uno), pensionados (13.7%) y comerciante y estudiante (3.4% respectivamente). Es importante señalar que el 10.3% de los pacientes refirió encontrarse desempleado. (Gráfica No. 3)

El promedio de nivel escolar fue de 8.5 años (DE ± 4.2). Un 44.8% tiene estudios de nivel primaria, 13.7% secundaria y nivel técnico respectivamente; 17.5% señaló haber cursado preparatoria y el 10.3% contaba con nivel profesional. (Gráfica No. 4).

En lo referente al estado civil, el 62% de las personas entrevistadas mencionó encontrarse casado(a), 20.6% soltero, 10.3% viudo y el 7.1% divorciado. (Gráfica No. 5). El promedio de integrantes por familia fue de 5.7 personas (DE ± 3.3), con valores mínimo y máximo de 2 y 15 respectivamente.



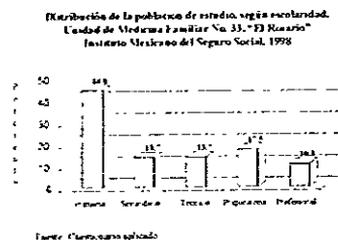
Gráfica No. 3



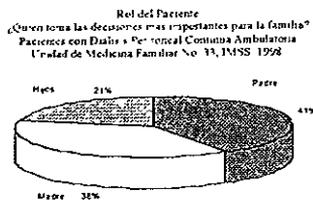
Gráfica No. 4

Dentro de lo señalado como Rol del Paciente, se encontraron los siguientes hallazgos: es el padre quien toma las decisiones más importantes para la familia en un 41.3%, le continúa la madre (37.9%) y a los hijos les corresponde el 20.6% (Gráfica No. 6)

Es el padre quien trabaja y proporciona el dinero para satisfacer las necesidades de la familia en un 37.9%, le sigue la categoría de padre e hijos (27.5%) y los hijos en un 24.1%. El resto de integrantes, lo hace en menor proporción.



Gráfica No. 5



Gráfica No. 6

Los datos señalados en el rubro "Relación con el subsistema conyugal", demuestran que el 62% de los entrevistados discuten con su pareja, siendo la causa más frecuente fallas en la comunicación (94.4%), le sigue la falta de dinero (38.8%) y la competencia de autoridad (22.2%). El 44.4% de las personas que discuten, consideran que dichas discusiones no tienen consecuencias posteriores y un 66.6% refiere sentir culpabilidad por lo sucedido. (Gráficas 7 y 8)

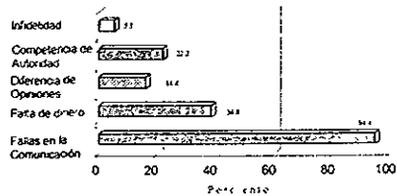
Subsistema Parental
Relación entre cada miembro de la familia
Pacientes con Diabetes Peritoneal Continua Ambulatoria
Unidad de Medicina Familiar No. 33, IMSS, 1998

Relación	Buena	Regular	Mala	No Aplica
Padre-Madre	51.7%	24.1%	10.3%	13.2%
Padre-Hijos	72.4%	06.8%	10.2%	13.7%
Madre-Hijos	75.8%	20.6%		03.4%
Hijo-Hijo	48.2%	27.5%		24.1%

Fuente: Entrevistas Directas

Cuadro No. 2

Subsistema Conyugal
Causas de discusión con la pareja
Pacientes con Diabetes Peritoneal Continua Ambulatoria
Unidad de Medicina Familiar No. 33, IMSS, 1998



Fuente: Entrevistas Directas

Gráfica No. 8

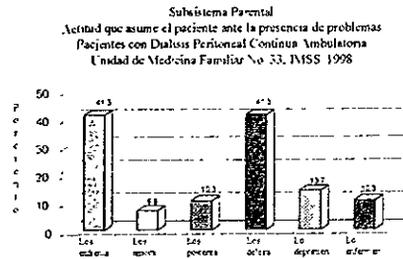
De acuerdo a lo que marca el "Subsistema Parental", se encontró que un 68.9% de los entrevistados considera que la relación Padre-Hijos es buena, en tanto que el 72.4% opinó lo mismo con respecto a la relación Madre-Hijos. La actitud asumida por los pacientes entrevistados, con respecto a su problema médico, fue la de enfrentarlo en un 41.3%, proporción similar a la observada por quienes la delegan (41.3%). (Cuadro No. 1 y Gráfica No. 9)

Subsistema Parental
Actitud que asume el paciente ante la presencia de problemas
Pacientes con Diabetes Peritoneal Continua Ambulatoria
Unidad de Medicina Familiar No. 33, IMSS, 1998

Relación	Buena	Regular	Mala	No Aplica
Relación Padre-Hijos	68.9%	13.7%	3.1%	13.7%
Relación Madre-Hijos	72.4%	20.6%	3.4%	3.4%

Fuente: Entrevistas Directas

Cuadro No. 1



Fuente: Entrevistas Directas

Nota: Los porcentajes se agrupan, toda vez que cada paciente entrevistado respondió en algunas ocasiones más de dos acciones

Gráfica No. 9

Dentro del rubro "Límites Familiares" y en lo referente a la relación entre cada miembro de la familia, dentro del rango señalado como "buena", se encontró que un 51.7% de los pacientes la consideró de esta forma entre padre y madre; 72.4% entre padre-hijo; 75.8% entre madre-hijo y solamente un 48.2% en la relación hijo-hijo. (Cuadro No. 2)

La totalidad de los entrevistados señaló que las relaciones entre otras familias y la suya son buenas; un 75.8% aseguró que la relación con los familiares cercanos es buena y casi el 80% frecuenta a sus familiares. (Cuadro No. 3)

Subsistema Parental
Relación entre cada miembro de la familia
 Pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
 Unidad de Medicina Familiar No. 33, IMSS 1998

Relación	Buena	Regular	Mala	No Aplica
Padre-Madre	51.7%	24.1%	10.3%	17.2%
Padre-Hijos	72.4%	06.8%	10.3%	13.7%
Madre-Hijos	75.8%	20.6%	03.4%	
Hijo-Hijo	48.2%	27.5%	24.1%	

Fuente: Entrevistas Directas

Cuadro No. 2

Relación con otras familias
 Pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
 Unidad de Medicina Familiar No. 33, IMSS 1998

Aspectos	Buena	Regular	Mala
La relación entre otras familias y la propia	100%		
La relación con familiares más cercanos es	75.8%	17.2%	6.8%
Si familia y otras se frecuentan	Si (79.3%)	No (20.7%)	

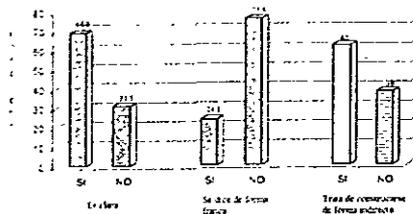
Fuente: Entrevistas Directas

Cuadro No. 3

La comunicación de los problemas que enfrentan cada uno de los pacientes entrevistados, es clara en un 68.9%, franca en el 24.1% y de una forma indirecta en el 62%. (Gráfica No. 10).

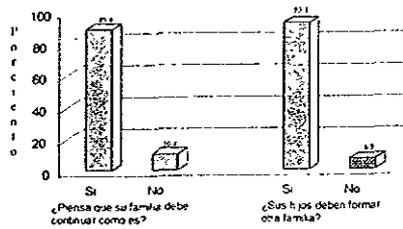
El 89.6% de las personas que participaron piensan que su familia debe continuar como es, al igual que un 93.1% señaló que sus hijos deben formar otra familia; lo anterior en lo que respecta al rubro de "Disolución como meta". (Gráfica No. 11)

Comunicación de Problemas
 Pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
 Unidad de Medicina Familiar No. 33, IMSS 1998



Gráfica No. 10

Disolución como Meta
 Pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
 Unidad de Medicina Familiar No. 33, IMSS 1998

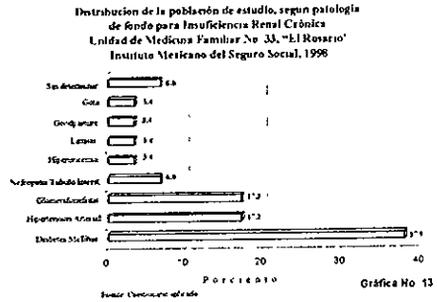
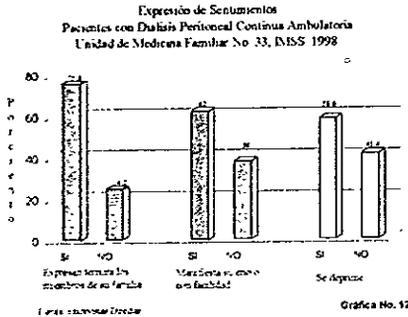


Fuente: Entrevistas Directas

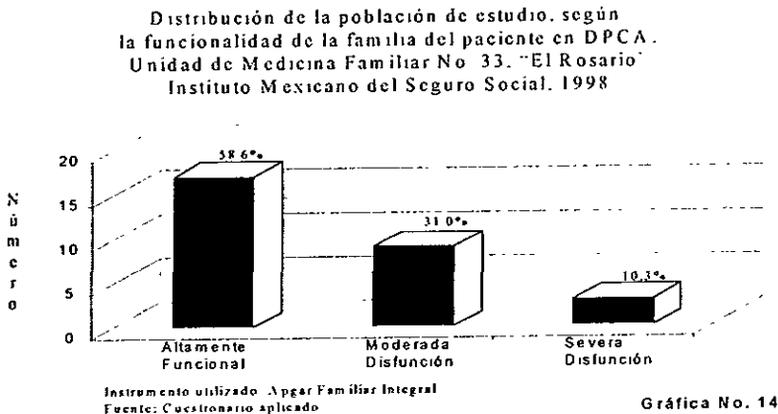
Gráfica No. 11

En lo que se refiere a la "Expresión de Sentimientos", el 75.8% señaló recibir manifestaciones de ternura de los miembros de su familia; sin embargo el 62% refirió manifestar su enojo con facilidad y el 58.6% expresó deprimirse con facilidad. (Gráfica No. 12)

De acuerdo a la patología de fondo que originó la Insuficiencia Renal de los pacientes que se encuentran en el Programa de DPCA, el 37.9% tiene reportada Diabetes Mellitus, 17.2% Hipertensión Arterial y Glomerulonefritis respectivamente, Nefropatía Túbulo Intersticial y patología sin determinar en un 6.8% cada una. (Gráfica No. 13)



Se aplicó el modelo de Apgar Familiar Integral a las familias de los pacientes con DPCA participantes en la investigación, con la finalidad de evaluar el grado de funcionalidad y disfuncionalidad en la familia. Los resultados obtenidos señalan que el 58.6% (17) de las familias son altamente funcionales, moderadamente disfuncionales el 31% (9) y severamente disfuncionales el 10.3% (3). Gráfica No. 14



ANALISIS BIVARIADO

Se ha señalado por varios autores, que las alteraciones en la dinámica familiar del paciente con DPCA, tienen su etapa crítica dentro de los primeros 3 años posteriores al inicio del procedimiento. De acuerdo a lo anterior, el 51.7% de los pacientes entrevistados tenían menos de 3 años de haber iniciado con DPCA y el 48.3%, tres y más años.

Al tratar de establecer la asociación entre el antecedente de tiempo de evolución con DPCA y su relación con la alteración en el subsistema conyugal, en lo que respecta a la discusión con la pareja, se observó que los pacientes con menos de 3 años, tienen 33% más probabilidad de presentar episodios de discusión que aquellos con 3 ó más años. (RRP=1.33, IC95% 0.4-3.65).

Los años que lleva el paciente en DPCA no tiene relación con el hecho de sentirse culpable por las discusiones con la pareja, toda vez que igual discuten quien tiene menos de 3 años con el procedimiento que los de 3 y más años (RRP=1.0, IC95% 0.38-2.66).

La comunicación de los problemas que presenta el paciente en DCPA es casi 2 veces menos clara en los que tienen menos de 3 años de evolución (RRP=1.94, IC95% 1.02-3.69, $X^2=3.55$, $p=0.05$), que aquellos con 3 o más años. Por otra parte, el paciente con menos de 3 años de haber iniciado el procedimiento, tiene 2.4 veces más probabilidad de comunicar sus problemas de manera indirecta, que los que tienen un tiempo de 3 y más años con DCPA (RRP=2.24, IC95% 0.88-6.77, $X^2=4.24$, $p=0.03$).

La expresión de los sentimientos del y para el paciente con DCPA juegan un papel primordial en lo que respecta a la aceptación del procedimiento y de su patología de fondo. El no manifestarle ternura al paciente con menos de 3 años de evolución, parece ser factor que impide hasta en un 57% su aceptación, en comparación con quienes tienen 3 y más años. (RRP=1.57, IC95% 0.82-3.0).

El hecho de tener menos de 3 años en DCPA parece contribuir en aproximadamente un 43% más para que el paciente manifieste su enojo con facilidad, en comparación con aquellos que tienen 3 ó más años. (RRP=1.43, IC95% 0.72-2.8).

En lo que respecta a expresar estados depresivos, en la persona con DCPA existe un 6% más probabilidad de sufrir depresión, cuando tiene un tiempo de evolución menor de 3 años, en comparación con aquellas con 3 ó más años de haber iniciado el proceso. (RRP=1.06, IC95% 0.5-2.18). (Cuadro No. 7)

IX.- CONCLUSIONES

Se puede considerar que el grupo de estudio corresponde al denominado grupo del "adulto mayor", toda vez que el 41.3% de los pacientes con DPCA se ubicaron en el grupo de 58 a 67 años.

De acuerdo a la ocupación que desempeña cada uno de los entrevistados, es importante considerar que para varios de ellos, el hecho de ser sujetos de DPCA no es totalmente incapacitante o limitante, ya que se dedican a sus actividades laborales.

Debido a que el nivel escolar promedio es de 8.4 años, aunado a que poco más del 60% de los participantes cuentan con 48 y más años, limita para que se pueda llevar a cabo un programa de educación para la salud en los mismos, no así en sus familiares que se encargan de su cuidado.

El promedio de integrantes por familia de los pacientes con DPCA es de 6 personas, lo cual los ubica como pertenecientes a familias numerosas; por otra parte resalta que una mayor proporción se encuentra en fase de dispersión, independencia y retiro.

La toma de decisiones en la familia del paciente con DPCA está dada por el padre o esposo, le continúa la madre y finalmente los hijos, de tal manera que a pesar del procedimiento, los padres siguen ejerciendo su autoridad; asimismo, es él quien cubre las necesidades básicas de la familia.

Existen discusiones en el subsistema conyugal, debido principalmente a fallas en la comunicación, falta de recursos económicos y competencia de la autoridad. En el subsistema parental predomina la relación padre-hijos, pero existe una mejor relación madre-hijos.

El paciente con DPCA asume una decisión responsable ante su situación, sin embargo existe una dualidad en dicha toma, ya que predominan quienes se enfrentan a los problemas y quienes los delegan en la misma proporción (41.3%).

En cuanto a la socialización, se observó que a pesar de que existe una limitante en el tiempo y horario en que se realiza el procedimiento, los pacientes con DPCA continúan con una buena interrelación entre cada uno de los integrantes de su familia y otros grupos sociales.

Existe en el grupo de estudio una adecuada funcionalidad, toda vez que del total de las familias incluidas, únicamente en tres se encontró disfuncionalidad severa; el hecho de que los pacientes portadores de IRC se sometan a DPCA, es la consecuencia de la alta prevalencia de dos de las principales enfermedades no transmisibles: la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que en ellos son las causantes de poco más del 57% de los casos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

X.- SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos, es deseable que se lleven a cabo algunas de las siguientes acciones:

Rediseñar actividades educativas para las familias de los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, para disminuir la incidencia de alteraciones en la dinámica familiar.

Así mismo es recomendable que un equipo de salud multidisciplinario encabezado por el médico, familiar trabajen en la elaboración de una estrategia para continuar el seguimiento de estos pacientes, mediante este procedimiento se garantizaría un control adecuado, además de una vigilancia clínico-epidemiológica que facilitaría la implementación de estrategias que permitieran realizar el abordaje integral del fenómeno salud enfermedad y de la dinámica familiar.

Es deseable que las actividades de promoción para la salud estén enfocadas a lograr incrementar la cultura de la prevención y disminuir la prevalencia de algunos padecimientos crónicos, los cuales dentro de la evolución de su historia natural afectan la función renal de los pacientes que las padecen, y en consecuencia, dentro de un plazo mediano, serán candidatos a diálisis peritoneal continua ambulatoria.

XI.- BIBLIOGRAFIA

1. Knochel JP, Seldin W. The pathophysiology of uremia. In: Brenner B, Rector FC, eds. *The Kidney* Vol. II, 2nd. Ed. Philadelphia: WB Saunders;1981:2137-83.
2. Stenwigel P, Alvestrand A, Bergstrom J. Factors influencing Progression in patients with cronic renal failure. *J Intern Med* 1989;226:183-188.
3. Jungers P, Itakura Y, Albouse G, Chaveau P, Hannedouche T, Man NK. Preponderant influence of primary renal disease on the progression rate of crhonic renal failure. *J Am Soc Neprol* 1993;4:251.
4. Jungers P. The progression of renal disease. *Kidney* 1994,3:203-207.
5. Meyer TW, Rennke HG. Progressive glomerular injury after limited renal infarction in the rat. *Am J Physiol* 1988;254:F856-F862.
6. Hostetter TH, Olson JL, Rennke HG, Venkatachalan MA, Brenner BM. Hyperfiltration in remnant nephrons; a potentially adverse response to renal ablation. *Am J Physiol* 1981;241:F85-F93.
7. Nath KA, Kren SM, Hostter TH. Dietary protein restriction in established renal injury rat. *J Clin Invest* 1986;78:1199-1205.
8. Anderson S, Meyer TW, Rennke HG, Brenner BM. Control of glomerular hypertension limits glomerular injury in rats with reduced renal mass. *J Clin invest* 1985;76:612-619.
9. Schenermann J, Gokel M, Weber PC, Schubert G, Briggs JP. Tubuloglomerular feedback and glomerular morphology in gloldblatt hypertensive rats on varing proteins diets. *Kidney Int* 1985;29:520-529.
10. Kasiske BL, O'Donnell MP, Schmitz PG, Kim Y, Keane WF. Renal injury of diet induced hypercholesterolemia in rats. *Kidney Int* 1990;37:880-891.
11. Otero CF, Lugo OA, Durán FA. Las enfermedades renales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1982-1989). *Rev Med IMSS (Mex)* 1995;Vol. II, No. 1
12. Leaños MA. Factores predictivos de sobrevida de pacientes en diálisis peritoneal. *Rev Invest Clin* 1997;49:355-60.
13. Treviño BA, Palomares C. Diálisis peritoneal en la atención de la insuficiencia renal crónica en México. *Rev Nefrología Mexicana* 1992;13(2):39-42.

14. Alvarez TO, Argüelles CM, Torres MP. Tres años de experiencia en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) con un catéter peritoneal de fabricación nacional del tipo Tenckhoff. *Rev Nefrología Mexicana* 1997;18:11-14
15. Nolph KD. Clinical results with peritoneal dialysis and hemodialysis reister experiences. In: Twardowk ZJ, Nolph KD, Khanna R. *Contemporary issues in nephrology: Peritoneal Dialysis*. New york Churchill Livingstong 1990;127-144.
16. Helfrich GB, Pechan BW, Alijani MR, Barnard TJ, Rakowsk TA, Winchester JF. Reduction of catheter complication with lateral placement perit. *Dial Bull* 1993;39:62-65.
17. Ramos R, Angeles M, Torres M. Experiencia de nueve años (1983-1991) con el tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) en 159 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). *Nefrol Mex* 1991;12:145-152.
18. Friedman EA. Would the world afford uremia? *Proceedings of the 8th Int Congress of Nephrology*. Athens 1982.
19. Burton BT. La demografía de la insuficiencia renal terminal. "Datos y tendencias para un proyecto hipotético en México". *Nefrología Mexicana* 1981;2:35.
20. Callo A, Derines S, San Martín C, Jost L, Estralizi H. Realidad de la nefrología latinoamericana. *Rev Nefrología, diálisis y transplante*. 1990;27:21.
21. Pérez GH. DPCA: Experiencia en el INNSZ. *Rev Instituto Mex de investigaciones Nefrológicas AC*. 1980;13-24.
22. Treviño BA. Comparación entre la hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Revista La Prensa Médica Mexicana* 1985;91-95.
23. Peña JC, Jiménez R. Diálisis Peritoneal: Método terapéutico de la insuficiencia renal. *Rev Inv Clin* 1966;198-204.
24. Saucedo GM, Foncerrada MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Med IMSS (Mex)* 1981;19(2):155-63
25. Blum-Gordillo B, Gordillo PG, Grüenberg J. Psiconefrología y econefrología. En: Gordillo Paniagua G. Ed. *Nefrología Pediátrica*. Mosby Doyma 1996;474-478
26. When Shing Tseng and Mc Dermont. Triaxial family classification. *Journal of Child Psychiatry* 1979;18(1):22-43.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33
DELEGACION I NOROESTE

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

A. FICHA DE IDENTIFICACION

- 1.-Nombre.
- 2.-Edad
- 3.-Sexo
- 4.-Ocupación

B. ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS

- 1.-Cuando se le diagnostico y cual es el diagnostico
- 2.-Cuando se le diagnostico IRC y cuando ingreso a DPCA
- 3.-Recibio información sobre su enfermedad por parte de su medico.

C. FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL

- I. Estado civil
- 2.-Fecha de union o matrimonio
- 3.-Integrantes de la familia
- 4.-Existe otra persona que no sea consanguineo conviviendo con su familia.
SI() NO()
- 5.-Nombre ,edad , ocupacion de todos los miembros de la familia.
Padre.....
Madre.....
Hijos.....

Otros.....

D. Roles.

- 1.-¿Que roll desempeña el paciente dentro de los integrantes de la familia?

Padre () Madre () Hijo ()

- 2.-¿Quien toma las decisiones más importantes para la familia?

Padre () Madre () Hijos ()

- 3.-¿Quien trabaja y proporciona el dinero para la familia y el paciente.

Padre () Madre () Hijos () Hermanos ()

Padre e hijos () Madre e hijos ()

E. SUBSISTEMA CONYUGAL

1.-En relación con su pareja ¿Es común que presenten riñas frecuentemente?

Si () No() A veces ()

2.-En relacion a las causas más frecuentes de discusión son.

Economico ()

Diferencia de opiniones()

Competencia con la autoridad ()

Falta de comprensión ()

Infidelidad ()

Otras ()

3.-Las discusiones con su esposo (a) tienen el peligro de

No tienen consecuencia ()

Perdida de afecto ()

Daño físico ()

Divorcio ()

4.-Se considera usted culpable de las discusiones con su pareja?

Si () No ()

E. SUBSISTEMA PARENTAL

1.- Las relaciones entre los sugientes integrantes de la familia se consideran.

Padre-Hijos (B) (R) (M)

Madre-Hijos (B) (R) (M)

F. ¿Que actitud asumen los pacientes ante los problemas ?

Enfrentan ()

Ignoran ()

Postergan ()..

Delegan ()..

Deprimen ()

Enferman ()

H. LIMITES FAMILIARES

1.-¿Considera usted que en su familia cada quien se respeta mutuamente?

SI () No()

2.-¿Como consideran ustedes entre cada miembro de la familia?

Padre-Madre (B) (R) (M)

Padre - Hijo (B) (R) (M)

Madre-Hijo (B) (R) (M)

Hijo -Hijo (B) (R) (M)

3.- Muestran accesibilidad al diálogo ; Si() No()

I._ LA RELACION ENTRE OTRAS FAMILIAS Y LA SUYA ES:

Con mi familia	(B)	(R)	(M)
Con familiares cercanos	(B)	(R)	(M)
Con otros grupos sociales	(B)	(R)	(M)

J._ COMUNICACION

1.-¿Como considera usted la comunicación entre los integrantes de su familia?

Clara	Si ()	No()
Franca	Si ()	No()
Indirecta	Si ()	NO()

K._ DISOLUCION DE LA FAMILIA :

a.-¿ Usted piensa que su familia debe continuar como es?
Si () No()

b.-¿Considera usted que sus hijos deben formar su propia familia ? Si() No()

L._ EXPRESION DE SENTIMIENTOS

a.-¿Expresan ternura los miembros de su familia para con usted y para con los demas integrantes de la familia?

Si() No()

B._Manifiesta cada integrante de la familia su enojo con facilidad Si() No()

c.-Se deprimen Si() No().

A P G A R F A M I L I A R I N T E G R A L

		PADRE	MADRE	HIJO	HIJO	HIJO	HIJO
ADAPTACION	Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo algun problema						
COMPANERISMO	Estoy satisfecho del modo como mi familia discute temas de interes y comparte con mi persona la solucion de problemas.						
CRECIMIENTO	Encuentro que mi familia acepta mis deseos para nuevas actividades y cambios en mi estilo de vida.						
AFECTO	Estoy satisfecho con el modo en que mi familia me expresa amor y responde adecuadamente a mis sentimientos de tristeza angustia y amor						
ACUERDOS	Estoy Satisfecho con la cantidad de tiempo que pasamos juntos mi familia y yo.						
TOTALES							

CALIFICACION: CASI SIEMPRE 2, ALGUNAS VECES 1, CASI NUNCA 0.

DE 7 a 10 ALTAMENTE FUNCIONAL

DE 4 a 6 MODERADA DISFUNCION

DE 0 a 3 SEVERAMENTE DISFUNCIONAL