

11226

174



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20

"CALIDAD DE VIDA Y DINAMICA FAMILIAR DE
LOS ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
ADSCRITOS AL H.G.Z. No. 24 DEL IMSS EN
PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL"

EJEMPLAR UNICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA
F A M I L I A R

P R E S E N T A :

DRA. BLANCA ESTELA RODRIGUEZ PAREDES

ASESOR:
DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO D.F.

FEBRERO 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

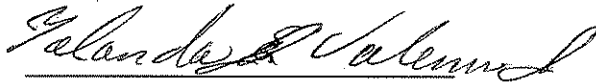
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

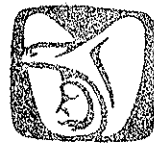
**CALIDAD DE VIDA Y DINÁMICA FAMILIAR DE LOS
ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ADSCRITOS
AL H.G.Z. NO. 24 DEL IMSS EN PROGRAMA DE DIÁLISIS
PERITONEAL.**

ASESOR METODOLOGICO

A handwritten signature in black ink, reading "Yolanda Estela Valencia Islas". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 20 "VALLEJO"
DELEGACIÓN 01 NOROESTE D.F. IMSS**

Vo Bo



IMSS

U.M.F. No. 20

**DEPARTAMENTO DE EDUCACION E
INVESTIGACION MEDICA**

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 20 "VALLEJO"
DELEGACIÓN 01 NOROESTE D.F. IMSS**

Vo. Bo.

**DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. No. 20 "VALLEJO"
DELEGACIÓN 01 NOROESTE D.F. IMSS**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

*POR HABER PERMITIDO LLEVAR
A CABO MIS PROPOSITOS Y POR
PERMITIRME LLEGAR A LA
REALIZACION DE MI ESPECIALIDAD.*

A MIS PADRES ROBERTO Y REYNA

*POR SU COMPRESION Y APOYO
INCONDICIONAL Y POR SER
CREADORES DE LO QUE AHORA
SOY. GRACIAS.
LOS QUIERO MUCHO.*

A ALEJANDRO MI AMOR

*POR TU AMOR Y POR EL APOYO
Y LA COMPRENSIÓN BRINDADA
A LO LARGO DE ESTOS AÑOS . GRACIAS.
TE QUIERO MUCHO.*

A JAIR MI HIJO

*POR QUE ERES MI RAZON DE SEGUIR
ADELANTE SIEMPRE Y POR TODOS
AQUELLOS MOMENTOS DE SACRIFICIO
REQUERIDOS PARA LA REALIZACION DE
MIS METAS. TE QUIERO MUCHO HIJO.*

A MIS HERMANAS BETI, LORE Y SUSI:

*POR TODO EL APOYO Y COMPRESIÓN
BRINDADAS SIEMPRE Y EN TODO
MOMENTO EN FORMA INCONDICIONAL.
LORE GRACIAS POR TU VALIOSA
COLABORACION EN LA REALIZACION
DE ESTA TESIS Y DE TODA MI
CARRERA. LAS QUIERO MUCHO*

A MIS AMIGOS DE LA ESPECIALIDAD:

*POR TODOS LOS MOMENTOS COMPARTIDOS
DURANTE ESTOS TRES AÑOS Y POR SU APOYO
Y AMISTAD OTORGADA SIEMPRE.*

*A MIS PROFESORES JUAN Y YOLANDA:
POR SUS ENSEÑANZAS Y TIEMPO DEDICADO
DURANTE ESTE CURSO Y GRACIAS POR
PERMITIR QUE ESTA RESIDENCIA
TERMINE SATISFACTORIAMENTE.*

INDICE

➤ OBJETIVOS.....	1
➤ JUSTIFICACIÓN.....	3
➤ ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	5
➤ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
➤ MATERIAL Y METODOS.....	20
➤ RESULTADOS.....	24
➤ TABLAS Y GRAFICOS.....	30
➤ ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	82
➤ CONCLUSIONES.....	87
➤ COMENTARIOS.....	89
➤ RESUMEN.....	93
➤ BIBLIOGRAFÍA.....	95
➤ ANEXOS.....	98

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL:

IDENTIFICAR LA CALIDAD DE VIDA Y LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA QUE SE ENCUENTRAN EN MANEJO CON DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE ADSCRITOS AL H.G.Z. No. 24.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. DESCRIBIR LA CALIDAD DE VIDA Y EL NIVEL DE DESEMPEÑO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL.

2. DESCRIBIR LOS MAPAS FAMILIARES PARA EL ANALISIS DE LA DINAMICA FAMILIAR Y SI RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN EL FACES III.
 - DESCRIBIR LA CLARIDAD EN LA JERARQUIA POR SUBSISTEMA FAMILIAR.
 - DESCRIBIR LA CLARIDAD EN LAS FRONTERAS ENTRE FAMILIA Y CONTEXTO EXTERNO.
 - DESCRIBIR LA CLARIDA EN LAS FRONTERAS ENTRE LOS SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS.
 - DESCRIBIR LA FLEXIBILIDAD ANTE EL EQUILIBRIO ENTRE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO.
 - DESCRIBIR LA FORMACIÓN DE ALIANZAS Y COALICIONES

3. IDENTIFICAR LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON IRC MEDIANTE EL FACES III PARA MEDIR EL GRADO DE FUNCIONALIDAD.

4. DESCRIBIR LA RELACION QUE EXISTE ENTRE LA DINAMICA FAMILIAR Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON IRC EN MANEJO CON DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE.

5. PROPONER UN INSTRUMENTO PARA MAPAS FAMILIARES Y SU PAPEL EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA DINAMICA FAMILIAR

JUSTIFICACIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad de tipo progresivo, crónica e irreversible, la cual tiene repercusiones en todo el organismo, por lo que remite a quien la padece a un tratamiento de tipo crónico, de tipo invasivo y que por mucho afecta la calidad de vida de quien la padece repercutiendo a su vez sobre su ámbito familiar del mismo, debido al tipo de cuidado y manejo que ameritan. (1,2)

La insuficiencia renal crónica a su vez constituye un gran problema de salud publica tanto por sus repercusiones de tipo económico, biológicas, y las que tiene sobre el área psicosocial del individuo así como del impacto que tiene sobre su núcleo familiar, en padres, madres, hermanos e hijos y en sus respectivas relaciones con el paciente, causando como toda crisis familiar, la presencia de conductas individuales y familiares defensivas, con el objeto de mantener una homeostasis en el núcleo familiar. (2,3,7,18)

Resulta de suma importancia la detección correcta y oportuna de los problemas que enfrenta el paciente con insuficiencia renal crónica; la afección o no de su calidad de vida, la repercusión que tiene ésta sobre su sistema familiar, en el funcionamiento y dinámica del mismo para que una vez identificadas, se puedan incluir a los tratamientos médicos especializados otro tipo de atención enfocada a éstos pacientes, constituyendo de ésta manera manejos integrales. (9, 20,21)

En el presente trabajo de Investigación. se trata de identificar cual es la calidad de vida de los pacientes adolescentes y adultos con insuficiencia renal crónica

en tratamiento con diálisis peritoneal y a la vez determinar mediante el uso de mapas familiares y a través de un instrumento validado (FACES III), como se encuentra la dinámica familiar los de los mismos. De esta manera, se espera que una vez identificadas las alteraciones que presenta el individuo y su sistema familiar, en un futuro se puedan proporcionar alternativas de solución para tratar de incidir sobre los principales problemas detectados con la finalidad de que éstos pacientes tengan una mejor calidad de vida y que su núcleo familiar tenga la información precisa acerca del padecimiento para que su desempeño familiar sea lo más funcional posible y que por ende el manejo otorgado tanto al paciente como a la familia sea de tipo integral.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El vivir con una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento de tipo invasivo, y el hecho de adaptarse a ella, puede constituir problemas muy serios en quien la padece y en su núcleo familiar. Una de éstas enfermedades de tipo crónico dada su trascendencia tanto en el ámbito individual como familiar es la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), la cual constituye un grave problema de salud pública tanto por la magnitud de sus repercusiones en lo económico debido a los costos que representa su manejo, como en el área biológica, psicológica y social del individuo, y de todo el núcleo familiar del paciente.(1)

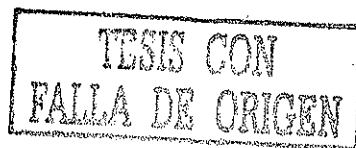
La Insuficiencia Renal Crónica (IRC). es considerada como una enfermedad de tipo progresivo, crónico e irreversible, con repercusiones en toda la economía, que requiere de un manejo médico especializado el cual es de tipo invasivo.(2,3) Es un hecho conocido que una lesión renal con destrucción del parénquima por encima de un determinado umbral, conduce a una progresiva disminución del filtrado glomerular, el cual es inevitable hasta la IRC terminal. En contraste con la destacada capacidad del riñón de recuperar la función después de diversas formas de lesión renal aguda, la lesión de naturaleza mas mantenida suele no ser reversible, sino que da lugar a destrucción progresiva de la masa renal. El impacto final de la reducción grave de la tasa nefronal es una alteración de la función de prácticamente todos los sistemas del organismo. (4,5)

Uremia es el término que generalmente se designa al síndrome clínico de los pacientes que padecen grave pérdida de la función renal. Aunque las causas del síndrome no se conocen, originalmente se adopta el término uremia debido a la



presunción de que las anomalías que se observan en los pacientes con IRC es el resultado de la retención en la sangre de urea y otros productos finales del metabolismo que generalmente se excretan en la orina. Esta claro que el estado urémico representa algo más que el fracaso de la función excretora renal exclusivamente, dado que muchas funciones metabólicas y endocrinas apoyadas normalmente en el riñón intacto, también se ven alteradas en la IRC. (4) Además, el curso inexorablemente, progresivo de la IRC suele acompañarse de desnutrición grave, alteración del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas así como una defectuosa utilización de la energía. Los factores involucrados en la progresión de las enfermedades renales son: hipertensión arterial sistémica, hipertensión glomerular, proteinuria, hiperlipidemia, coagulación intraglomerular, ingesta alta proteica o de infiltración de células mononucleares en el mesangio y en el intersticio, liberación intrarrenal de citoquinas, factores del crecimiento, hormonas, proteasas entre otras. Por lo tanto, no existe un mecanismo común único que cause la progresión y por esto se acepta un origen multifactorial que influye en el tipo de enfermedad renal. No existen medidas específicas para detener la progresión de la insuficiencia renal, y el tratamiento dirigido al control de los factores de riesgo conocidos (hipertensión arterial, hiperlipidemia, proteinuria, etc., consigue apenas entretener el curso de la progresión. (2,3)

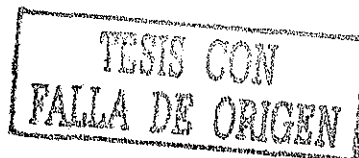
Se considera que los 4 factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la IRCT son la edad, la raza, el sexo y los antecedentes familiares. La tasa de IRC en adultos de 65-74 años de edad es seis veces superior que entre los de 20-44 años. La raza negra es 3 veces más frecuente que en la raza blanca. Con relación a el sexo, la incidencia es mayor en hombres que en mujeres (55-60% de los pacientes con IRC son varones). Sin embargo, a pesar de esa incidencia, algunas de las causas de IRC son más frecuentes en la mujer. (4) De ésta manera, la incidencia y la prevalencia de las causas de IRC varían de una región



a otra, pero en general pueden considerarse como principales las siguientes: se encuentra un notable incremento de la nefropatía diabética y de las causas vasculares (hipertensión vascular y arterioesclerosis) que en algunos lugares superan el 50% de las causas de IRCT. En tercer lugar se encuentran las glomerulonefritis en un 15-20%. Otras causas como nefropatías intersticiales, enfermedades quísticas y otras de causa indeterminada se encuentran con menos frecuencia (5-10%). (4)

Debido a que los pacientes con insuficiencia renal, en su mayoría progresan a la insuficiencia renal crónica, es comprensible conocer la necesidad de tratamientos integrales para éstos pacientes. La necesidad de tratamientos crónicos como la diálisis, es una circunstancia tan anormal en la vida de una persona, que nadie esta dispuesto a aceptarla definitivamente. Los procesos relacionados con cualquiera de los tipos actualmente disponibles de la diálisis implican dependencia externa. (5,6)

Por otra parte, los programas sustitutivos en la insuficiencia renal crónica se han convertido en una carga financiera para las instituciones de salud. Un estudio realizado por el IMSS para la evaluación de los costos y la efectividad clínica de las diversas alternativas de tratamiento dialítico arrojó los siguientes resultados: el análisis costo-efectividad en las diversas estrategias de diálisis mostró que la diálisis peritoneal continua ambulatoria tuvo el valor costo efectividad mayor \$5,137,00 en asegurados o pensionados y de \$1,887.00 en beneficiarios por cada mes de sobrevida. El análisis costo-efectividad marginal mostró que la diálisis peritoneal intermitente fue dominada por la diálisis peritoneal continua ambulatoria y la hemodiálisis por la diálisis peritoneal continua ambulatoria y la hemodiálisis por la diálisis peritoneal intermitente. La submodalidad de la diálisis manual fue dominada por la diálisis mecánica. La diálisis peritoneal mostró el valor costo-efectividad más alto y un valor marginal de \$7,736,00 en

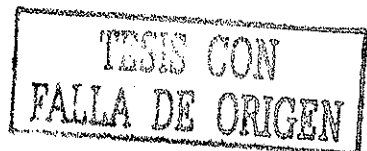


asegurados y de \$4,371.00 en beneficiarios por mes adicional de vida. Ninguna estrategia fue dominada por otra y ninguna fue eliminada por dominancia extensa (7).

La diálisis peritoneal continua ambulatoria fue la alternativa más costo efectiva y con el valor marginal más bajo en comparación a las otras modalidades. En la decisión para realizar un trasplante renal, la alternativa de diálisis ambulatoria mostró el valor costo efectividad en relación a las prestaciones médicas. Es importante orientar un trabajo preventivo más específico entre la población asegurada ya que existen otras erogaciones además de la atención médica como son el pago de incapacidades temporales y, en su caso, de pensión por invalidez, además de la pérdida en capital humano por su desincorporación en la actividad productiva. Dado lo cual es comprensible entender el porque es considerada ala IRC un problema de salud pública dada la trascendencia que tiene tanto a nivel médico como económico.(7)

La diálisis peritoneal crónica que se emplea actualmente en el tratamiento de la IRC tiene varias modalidades: una de ellas es la diálisis peritoneal Intermitente que se introdujo durante la década de los años sesentas, y que consiste en el tratamiento de una ó más veces por semana con promedio de 40 horas de duración total; otra modalidad es la diálisis peritoneal continua ambulatoria, que consiste en realizar el procedimiento de diálisis ininterrumpidamente día y noche con tres o cuatro recambios en el día y uno en la noche introducida por Moncrief y Popovich en 1976; por último se utiliza también la diálisis peritoneal cíclica continua que es similar a la continua ambulatoria, sólo que se hace un cambio durante el día y varios cambios en la noche y se emplea una máquina de diálisis. (5,8)

La frecuencia con la que se utiliza la diálisis peritoneal crónica en la población

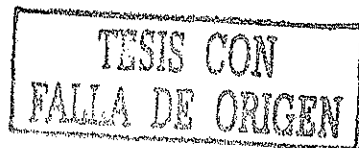


urémica difiere en varias partes, así por ejemplo. en los Estados Unidos de Norteamérica el 17% de todos los pacientes se encuentran con diálisis peritoneal, mientras que en el Reino Unido es del 40% y en México de 90%. (5) Uno de los principales objetivos de los pacientes con IRC en programa de diálisis, es tratar que el paciente se mantenga en las mejores condiciones posibles, dentro de un nivel estable, con lo cual se tenga como objetivo esencial, lograr que el paciente tenga y viva con la mejor calidad de vida posible. Aunque la calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en medicina, éste concepto apareció al inicio de la década de los 70' para describir la condición física y emocional de un individuo o de un grupo de personas; en éste sentido parece tomar los conceptos incluidos en la controvertida definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (9)

En padecimientos crónicos es especialmente importante evaluar el bienestar subjetivo, la capacidad de realizar las actividades sociales y la capacidad funcional que se espera del individuo.(10) La calidad de vida se relaciona con muchos factores de tipo personal, social, económico, educativo y ambiental; así, se puede definir como el grupo de aspectos de la salud, cuyo origen no es bioquímico ni fisiológico y que se encuentra muy relacionado con la enfermedad o su tratamiento. Debe estimarse su medición en aquellos padecimientos crónicos donde no se cuenta con un tratamiento específico y la muerte no suele ser un evento temprano y frecuente en etapas tempranas. En éste tipo de problemas de salud es muy importante valorar el impacto que produce la enfermedad y su tratamiento en relación con los aspectos físicos, mental y sociales. (11,12,13) En los pacientes portadores de IRC y que se encuentra en un manejo de tipo invasivo como lo es la diálisis peritoneal, esta calidad de vida puede encontrarse muy alterada; sobre todo en aquellos en quien por la edad, severidad de la uremia, tipo de tratamiento y enfermedades coexistentes de la

uremia tales como cardíacas, cerebro vasculares, mentales o inmovilidad severa. En donde también los factores sociales tales como el aislamiento y el desempleo afectan la calidad de vida de los pacientes de forma sumamente importante. Sin embargo, y a pesar de la gran magnitud de éste problema, muy pocos estudios se refieren al impacto de la IRC en la calidad de vida de los pacientes. La escasa investigación que existe al respecto se debe a la diversidad de variables que intervienen en su determinación, así como la dificultad que implica el definir el concepto de calidad de vida. Engquist la ha definido como "el conjunto de factores necesarios para lograr un medio ambiente que permita un espacio temporal, sea aceptable, fortalezca la toma de decisiones, no propicie dependencia y reconozca los intereses individuales, a través de proveer de actividades recreativas, educacionales, vocacionales y espirituales que les permita al individuo mantener el contacto con su entorno y comunidad asegurando la confianza personal". (9,15,16,17) Así, el término de calidad de vida ha incluido diversos factores, implicando variables que sobrepasan únicamente las alteraciones bioquímicas, tales como las habilidades diarias, funcionamiento psicológico y social, vida Familiar, seguridad financiera, satisfacción laboral y del hogar. El conocer acerca de éstos factores nos ofrece un panorama amplio para poder incidir con programas en caso de requerirse, para mejorar o fomentar mediante diversas formas de trabajo el mejor nivel en la calidad de vida del paciente con IRC. (15,16,17)

Otro de los aspectos de suma importancia en esta enfermedad, es la repercusión que ella va tener sobre el núcleo familiar de la persona que la padece. La evaluación clínica de los pacientes con enfermedades crónicas es incompleta sin la obtención del perfil del comportamiento dela misma. Este perfil es muy importante. ya que la familia influye en el comportamiento del paciente, y en la enfermedad del mismo, de la misma forma que esta puede tener una repercusión fundamental sobre la familia (18) De esta manera, la



familia puede ser entendida como un sistema en el que interactúan permanentemente los subsistemas que la integran y que son fundamentalmente el subsistema de los esposos, el subsistema de los padres (cuando los esposos juegan ese rol), y el subsistema de los hijos y el subsistema intergeneracional.(13)

Podemos decir de ésta manera, que las enfermedades crónicas producen conflictos psicológicos e interpersonales en el paciente y demás integrantes de la familia, es decir, que alteran directamente el funcionamiento y estructura del sistema familiar, del cual el paciente forma parte, y esta acción o daño psicosocial influye a u vez sobre el proceso y alcance del tratamiento del mismo. (8)En consecuencia, para que éstos pacientes tengan éxito en su tratamiento, todas los programas deberían de incluir necesariamente intervenciones psicosociales con la familia y el paciente, ya que otro aspecto de suma importancia aparte del ya mencionado es que la presencia de estas enfermedades crónicas causa tensiones en la familia misma en diversas áreas, ya sean económicas, emocionales, maritales y sociales, por lo que es de importancia trascendental conocer la dinámica familiar en la que se encuentran éstos pacientes y sus familias. (1)

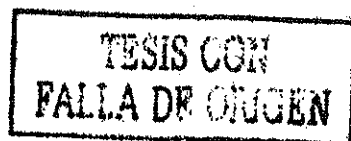
La familia ha sido analizada por diversas ciencias que ha creado el ser humano, como por ejemplo, la sociología y la economía tratando de cuantificarla; la antropología la fragmenta y la analiza; de la misma forma también ha sido idealizada por los poetas y es hasta épocas recientes en que la ciencia médica trata de estudiarla. (19)

Es difícil poder establecer una definición completa de lo que es familia, ya que esta dependerá del enfoque y momento histórico; se puede considerar que es el nombre con que se designa a la organización social tan antigua como la

propia humanidad y que simultáneamente con su evolución histórica ha experimentado una serie de transformaciones que le han permitido adaptarse a su modelo histórico. La definición etimológica de familia deriva de la raíz latina famulus la que significa sirviente o esclavo doméstico. Hasta 1961 Bachofen inicia el estudio científico de la Familia y por lo tanto, un intento de establecer o aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo. Varios conceptos han sido enunciados, sin embargo, entre los que mejor definen a lo que es la familia se encuentra el siguiente: 'Es un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos. de afinidad más o menos permanentes y que en general comparte factores biológicos y sociales que puede afectar su salud, tanto individual como familiar. (19)

Y una vez, ya adentrados a lo que es el estudio de la familia, tenemos obligatoriamente que definir el término de Dinámica Familiar. Según Jackson, "la dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcionen bien o mal como unidad"; Chagoya agrega que la dinámica familiar normal "es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y le infunde un sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás". Una última y más reciente definición la ha considerado como un sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo (adaptación) (Olson y cols, 1979).(20,21)

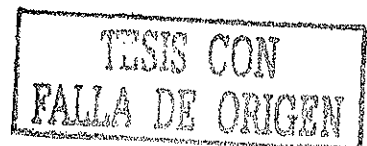
Tomando ésta última definición de la dinámica familiar tenemos un



instrumento para la evaluación de la misma mediante el uso del FACES III(Escala para Evaluar la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar). (ver anexo); y además del antes mencionado a continuación se expone de manera amplia el propuesto por Velasco para el análisis de la dinámica familiar mediante el uso de los Mapas Familiares.(21,22)

Para realizar un análisis sistemático de la estructura de las familias y tomando en cuenta el esquema propuesto por la Dra. María Luisa Velasco, tenemos que enumerar y analizar los siguientes aspectos: claridad de las fronteras entre la familia y el contexto exterior, claridad de las fronteras entre los subsistemas y los individuos, equilibrio dado entre la estabilidad y el cambio, la determinación de la claridad de la Jerarquía por subsistema familia y finalmente la cercanía contra distancia enfocado esto último a las dimensiones de cerca y lejos, parámetro ésta último relacionado con lo que Olson denomina cohesión contra desarticulación, para que con éstos instrumentos se haga un análisis de estas familias por medio del uso de los mapas familiares en los pacientes portadores de IRC. Se ha propuesto la utilización de estos mapas de interacción familiar, como una herramienta en la difícil tarea de organizar los datos clínicos obtenidos desde la primera entrevista tanto de contenido como de interacción. Estos esquemas pueden apoyar al terapeuta a plantear. desde un inicio de la terapia, las hipótesis sobre los aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y/o mantenimiento de síntomas o malestar familiar 'adecuada', 'normal' o 'sanas" así como lo que se consideraría disfuncional para que. a partir de estos supuestos. sea posible formular los esquemas de las familias que entran a terapia. Sin embargo. el proponer un mapa que sugiera una organización idónea se enfrenta entre otros. a los siguientes problemas.(21)

En primer lugar la definición de familia "Normal", Offer y Sabshin (1982) han identificado en la literatura clínica y las ciencias sociales, las siguientes



definiciones de Normalidad: El enfoque medico-psiquiátrico tradicional que define a la normalidad como ausencia de patología. La normalidad como utopía propuesta por la teoría psicoanalítica la normalidad como funcionamiento ideal u óptimo propuesta por la teoría humanista. La normalidad como promedio que se refiere al criterio estadístico y por último, la normalidad como proceso, la cual postula que los individuos más sanos son aquellos que utilizan estrategias mas adaptativas y muestran mayor flexibilidad al tratar con eventos de su vida interna y externa.(21)

Además de la diversidad de criterios en la definición de normalidad, sería necesario conocer la cultura a la cual pertenecen las familias, ya que los juicios de "salud" o "normalidad" estarán influidos por esta característica (Both, 1957).

Otro aspecto importante se refiere a la pregunta de quien integra la familia. Una visión actual sobre familia, ha dado como resultado entenderla como una pluralidad de formas y no como una entidad monolítica. Trabajos recientes citan el surgimiento de nuevas estructuras, basadas en el reconocimiento de la diversidad de razas, clases sociales, culturas, géneros y preferencias sexuales (Allen y Demo, 1995)

Por último es importante considerar que lo que constituye un patrón funcional en una etapa del ciclo vital de la familia puede no serlo en otra etapa. Sin embargo, y a pesar de las dificultades en la definición y descripción de lo que actualmente se entendería por familia "Normal o Sana" se han descrito una serie de parámetros de tipo organizacional que se asocian con el criterio médico de 'familias asintomáticas'. Estos parámetros son entre otros los siguientes:

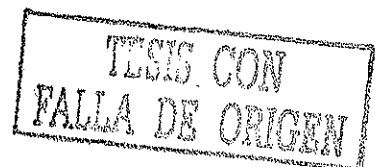
-Claridad en la Jerarquía. La gran mayoría de los terapeutas de familia, en especial Haley y Madanes, (1973, 1977y 1978) así como Minuchin (1992)



consideran que una jerarquía familiar clara y consistente en las autoridades familiares (padres o tutores) es requisito fundamental para su adecuado funcionamiento. Haley (1973, 1980) menciona que, dado que la organización familiar puede incluir diferentes generaciones. es primordial establecer fronteras generacionales entre los padres, abuelos e hijos. La inversión de los roles entre los padres e hijos, conocida como parentalización así como cualquier otro factor jerárquico confuso, pone en riesgo el buen funcionamiento familiar. entre los diferentes subsistemas, también pueden presentarse diferentes niveles de jerarquía. Tal es el caso de la pareja en donde se establecen relaciones simétricas y complementarias.

-Claridad en las fronteras entre la familia y el contexto exterior. Este contexto se refiere básicamente a la familia de origen, trabajo, hobbies, instituciones sociales, educativas, etc. Simón en 1998, señala claramente la necesidad de reafirmar en la familia su capacidad para trazar fronteras con la familia de origen y consolidar su independencia funcional, al mismo tiempo que establece una permanencia dentro de la familia nuclear que permita una identidad, siendo necesario, un equilibrio óptimo entre las tendencias centrífugas y centrípetas de la familia.

-Claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos. Para Minuchin (1992), la claridad de las fronteras entre los diferentes subsistemas es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad familiar. Esta escuela, reconoce tres tipos de fronteras: las rígidas, las claras y las difusas. Señala que para el adecuado funcionamiento familiar, las fronteras entre los subsistemas deberían de ser claras, es decir, deberían permitir su libre desarrollo sin interferencias mutuas, al mismo tiempo que propiciar el contacto entre sus miembros, de tal forma que se logre una individuación al mismo tiempo que un sentimiento de pertenencia.



-El equilibrio entre la estabilidad y el cambio. Si bien la necesaria reestructuración de la red de relaciones familiares, exige flexibilidad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes, externas e internas, también debe haber estabilidad, a fin de mantener un marco de referencia confiable dentro de la familia. Según Simón en 1988, en una familia funcional la estabilidad y el cambio están equilibrados y tienen que ser constantemente negociados (morfogénesis/morfostasis).

-Cercanía vs Distancia. En las dimensiones de lejos y cerca. Este parámetro está relacionado con lo que Olson (1979) denomina cohesión contra desarticulación. Se refiere a la frecuencia con la cual los miembros interactúan entre sí. Dentro de éste parámetro se encuentran las alianzas. Una alianza designa una afinidad positiva entre dos o más miembros del sistema familiar, e implica una relación intensa. Son potencialmente neutras, pero en los casos en que las alianzas se rigidizan o se establecen con el fin de atacar a otros miembros, se consideran altamente disfuncionales. En la representación gráfica de éstas alianzas se consideran las que se establecen entre una persona y otro elemento dentro o fuera del núcleo familiar ya sea el alcohol, la comida, el trabajo, los amigos, los deportes, etc. (22)

Cabe mencionar que lo anterior está sumamente relacionado con lo que Minuchin menciona acerca de los holones, tanto el individual, conyugal, parental, y de hermanos, así como el punto de equilibrio ante la estabilidad y el cambio donde el mismo autor nos lo aborda como el desarrollo, equilibrio y cambio, en donde hay que marcar en los primeros los límites o fronteras y en el último punto hay que hablar de la dinámica en sí de la familia, así como del grado de flexibilidad que tiene para actuar ante determinada relación. (23)

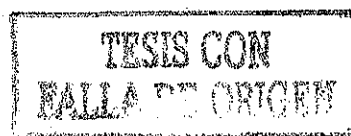
De acuerdo a estos parámetros en 1982 Velasco propuso un mapa hipotético de



funcionamiento familiar en donde los parámetros mencionados son representados por medio de gráficos que facilitan la organización de los datos obtenidos y facilitan la elaboración de hipótesis sobre la cual trabajar, presentándose de ésta forma una mejor comprensión de la dinámica familiar en cuanto a los parámetros presentados. Cabe mencionar además el concepto de Dinámica Familiar, una vez que se ha tocado éste punto; se ha considerado a la Dinámica Familiar como un sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo (adaptación) (Olson y cols, 1979). Tomando además de lo expuesto por Velasco y retomando ésta última definición de la dinámica familiar tenemos otro instrumento para la evaluación de la misma mediante el uso del FACES III(Escala para Evaluar la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar). (20,21,22,23)

De ésta manera y con lo ya ampliamente expuesto. entendemos el porque el tener un perfil acerca de la calidad de vida de los pacientes y de la dinámica familiar en la cual se encuentran viviendo, resulta de trascendental importancia, ya que como se ha observado la afectación de uno de los miembros de la familia repercute directamente en toda la familia y que como lo menciona la teoría de sistemas "el todo es más que la suma de sus partes",(15,23) si un individuo tiene una afectación en su calidad de vida como se puede ver en aquellas enfermedades de tipo crónico, la familia en su conjunto se verá afectada directa o indirectamente, de ahí la importancia del estudio de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y a su vez del estudio de su dinámica familiar para ver como se encuentra en forma general la estructura familiar, con lo cual cumplimos como Médico Familiar integrales con nuestro

objetivo general que es el estudio no sólo del individuo sino de la familia en su conjunto. Y de éste forma tener un panorama más amplio acerca de estas pacientes. para que una ves determinados éstos aspectos tener las bases para que en un futuro se tomen medidas dirigidas a incidir en éstos problemas y otorgar una atención más integral y completa con el único objetivo de mejorar calidad de vida y dinámica familiar de éstos pacientes.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

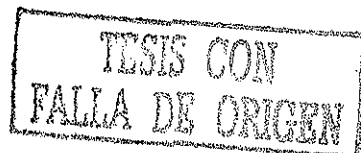
¿CUÁL ES LA CALIDAD DE VIDA Y LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ADSCRITOS AL H.G.Z. No. 24 DEL IMSS, QUE SE ENCUENTRAN EN MANEJO CON DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE?



SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:

La realización del presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Diálisis del Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Delegación 01 Noroeste del Distrito Federal, el cual pertenece al segundo nivel de atención médica, y cuya área de influencia incluye a las Unidades de medicina Familiar No. 20, 41, 44, 5 y 40. Se eligió a aquellos pacientes adultos con edades entre 17 y 67 años; que acudieron a dializarse a la unidad de diálisis y que se encontrarán en programa de diálisis peritoneal intermitente, con diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica de etiología y tiempo de diagnóstico indistinto, ambos sexos, que acudieron a dializarse con cita previa; consecuentemente que se tratará de pacientes con patología estable y sin datos de descompensación clínica y con la característica de que tengan familia. De ésta forma, quedaron excluidos aquellos pacientes que acudieron a dicha unidad de diálisis y que se encontrarán fuera de los rangos de edad ya enunciados, que se encontraran en otra modalidad diferente a la diálisis peritoneal intermitente, pacientes dializados en condiciones de urgencia, con catéter rígido y que por ende sus condiciones hallan sido de gravedad e inestabilidad médica así mismo aquellos que cursaran con peritonitis o alguna otra complicación y aquellos pacientes que vivieran solos o en asilos.

El tipo de estudio que se llevó a cabo fue por el control de la maniobra experimental de tipo observacional; de acuerdo a la captación de la información, de tipo prospectivo; por la medición de los fenómenos en el tiempo, de tipo transversal; por la presencia de un grupo control, de tipo descriptivo y por la ceguedad y evaluación de las maniobras, fué un estudio de tipo abierto.



Se trabajó con una muestra del 20% del total de pacientes que se encontraban dentro de éste programa de diálisis, constituyendo un total de 30 pacientes, bajo los parámetros establecidos en párrafos anteriores, considerándose una muestra significativa por constituir más del 10% de la población total que acudieron a dializarse al H.G.Z. No. 24 Y que cumplieron con estos criterios.

Se captó la información por medio de una encuesta diseñada específicamente para el estudio de mapas familiares (ver anexo 1) la cual es un instrumento propuesto por la Dra. Velasco y que constituyen una herramienta tanto de contenido como de interacción; ésta mapa hipotético propuesto por Velasco en 1982, fue utilizado como instrumento para la valoración de los mismos mediante los siguientes parámetros: claridad en la jerarquía, la cual se valoro en quien se encontraba depositada ya sea esposo, esposa, hijos u otros; claridad en las fronteras entre la familia y el contexto exterior mediante cinco preguntas evaluadas mediante la escala de Likert y siendo calificada con tres tipos de fronteras: las rígidas, las claras y las difusas; de igual forma se evaluó la claridad en las fronteras entre los subsistemas y entre los individuos mediante la misma escala ya mencionada; el equilibrio entre la estabilidad y el cambio mediante una escala de Likert que oscila de totalmente flexible a totalmente rígida, en las dimensiones rigidez, flexibilidad y caos y por último el parámetro de cercanía contra distancia en las dimensiones de cerca y lejos y relacionado con lo que Olsson denomina cohesión vs desarticulación en donde se identificaron las alianzas y coaliciones. (Anexo 2).

Otro de los instrumentos utilizados fue el FACES III, un instrumento validado para la evaluación de la dinámica familiar propuesta por Olson y que evalúa la cohesión, esto es los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia; y la adaptación, esto es la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés

situacional y desarrollo (Olson y Cols. 1979). Para la medición de éste se aplicó una escala conformada por 20 ítems que recogió la percepción presente e ideal acerca de la cohesión y adaptabilidad de la familia. Los ítems de cohesión incluyeron: apoyo interno, límites emocionales y familiares, intereses, valoración del compartir en familia, solidaridad interna, principalmente.; los ítems de adaptabilidad evalúan liderazgo, control, disciplina, roles y reglas. Cada ítem es contestado de acuerdo a una escala Likert que interroga cinco alternativas que van desde un total acuerdo al total desacuerdo con la pregunta. Cada respuesta tiene un puntaje. Los ítems de adaptabilidad y cohesión se alternan, de tal manera que sumados los puntajes para cada uno permiten ubicar a la familia encuestada en uno de los 16 tipos de familias que el modelo circunflejo de Olson clasifica de acuerdo a las 2 variables mencionadas los tipos de familias se clasifican de acuerdo a su funcionamiento y grado de funcionalidad. (Anexo 3 y 4).

Para la valoración de la calidad de vida se aplicó un cuestionario que consta de 25 ítems a través de los cuales se evaluaron 5 áreas de las actividades de la vida diaria: independencia, desempeño en el núcleo familiar, desempeño social, desempeño laboral y necesidades de atención médica. Se ponderaron las opciones de respuesta, donde la primera correspondió a la situación ideal y tenía el máximo valor y la última opción de respuesta era la condición menos deseable y de menor puntaje, las opciones de cada respuesta variaron entre 3 y 4. Al final de la aplicación de este cuestionario se realizó una evaluación por áreas y una evaluación global sumando todos los valores de cada área. (Anexo 5 y 6).

Las encuestas y cuestionarios se aplicaron durante el periodo de octubre a diciembre del año 2000 de lunes a viernes de las 15:00 a las 17:00 en la Unidad de diálisis del H:G:Z: No. 24 del IMSS, trabajando con pacientes que



entraban dentro de los criterios de inclusión ya mencionados.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la prueba de significancia estadística de X^2 aplicada para la comparación de los grupos seleccionados, básicamente en cuanto a funcionalidad familiar y calidad de vida, funcionalidad familiar y jerarquía, desempeño social, desempeño laboral, desempeño familiar y necesidades de atención médica; esperando que mediante ésta prueba nos indicará si el estudio llevado a cabo tuvo o no significancia estadística entre los parámetros comparados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

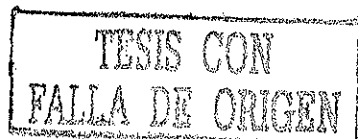
Los resultados del presente estudio de investigación, realizados a un total de 30 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en manejo sustitutivo con diálisis peritoneal intermitente que se entrevistaron en la unidad de diálisis de el H.G.Z. No. 24 se presentan a continuación:

Se distribuyeron por rangos de edad de la siguiente manera: De 17-27 años (n=5) con un porcentaje de 16.6%, de 28-37 años (n=1) con un porcentaje de 3.3%, de 38-47 años (n=6) con un porcentaje del 20%, de 48-57 años (n=8) con un porcentaje de 26.6% y de 58-67 años (n=10) con un porcentaje de 33.3%. (ver tabla y gráfico 1).

De acuerdo al sexo de los pacientes, la distribución fue la siguiente: Masculino (n=15) con un porcentaje de 50% y Femenino (n=15) con un porcentaje de 50%. (ver tabla y gráfico 2).

La distribución por etiología de los pacientes encuestados fue la siguiente: Diabetes mellitus (n=13) con un porcentaje de 43.3%, glomerulonefritis (n=5) con un porcentaje del 16.6%, hipertensión arterial (n=5) con un porcentaje del 16.6%, poliquistosis renal (n=2) con un porcentaje del 6.6%, cáncer (n=1) con un porcentaje del 3.3% e ignora causa (n=4) con un porcentaje del 13.3%. (ver tabla y gráfico 3).

En relación a las variables que se utilizaron para medir la Calidad de Vida, la distribución por variable fue de la siguiente manera: Independencia: Buen desempeño (n=22) con un porcentaje de 73.3%, regular desempeño (n=7) con



un porcentaje del 23.3%, mal desempeño (n=1) con un porcentaje de 3.3%. (ver tabla y gráfico 5). Nivel de desempeño familiar: Buen desempeño (n=9) con un porcentaje de 30%, regular desempeño (n=14) con un porcentaje de 46.6%, mal desempeño (n=30) con un porcentaje de 23.3%. (ver tabla y gráfico 6). Nivel de desempeño laboral: Buen desempeño (n=4) con un porcentaje de 13.3%, regular desempeño (n=3) con un porcentaje de 10%, mal desempeño (n=23) con un porcentaje de 76.6%. (ver tabla y gráfico 7). Nivel de desempeño social: Buen desempeño (n=0) con un porcentaje de 0%, regular desempeño (n=10) con un porcentaje de 33.3% y mal desempeño (n=20) con un porcentaje de 66.6%. (ver tabla y gráfico 8). Necesidad de atención médica: Buen desempeño (n=15) con un porcentaje de 50%, regular desempeño (n=8) con un porcentaje de 26.6% y mal desempeño (n=7) con un porcentaje de 23.3%. (ver tabla y gráfico 9).

Para la valoración de la calidad de vida tomando en cuenta los parámetros antes mencionados, la distribución de los pacientes fue de la siguiente manera; Pacientes con buena calidad de vida (n=3) con un porcentaje de 10%, regular calidad de vida (n=23) con un porcentaje de 76.6% y pacientes con mala calidad de vida (n=4) con un porcentaje de 13.3%. (ver tabla y gráfico 10).

En relación al grado de Funcionalidad Familiar según las variables del FACES III acerca de cohesión y adaptabilidad la distribución de los pacientes fue de la siguiente manera: Para Cohesión, la distribución según: No relacionado (n=4) con un porcentaje de 13.3%, semirelacionado (n=16) con un porcentaje de 53.3%, relacionado (n=6) con un porcentaje de 20% y aglutinado (n=4) con un porcentaje de 13.3%. (ver tabla y gráfico 11). En relación al grado de Adaptabilidad la distribución fue así: Rígido (n=3) con un porcentaje de 10%, estructurado (n=10) con un porcentaje de 33.3%, flexible (n=8) con un porcentaje de 26.7% y caótico (n=9) con un porcentaje de 30%. (ver tabla y

gráfico 12).

De acuerdo a los parámetros antes mencionados, el grado de funcionalidad familiar según el FACES III fue de la siguiente manera: Menos funcional (n=3) con un porcentaje del 10%, mediana funcionalidad (n=15) con un porcentaje del 50% y Más funcional (n=12) con un porcentaje de 40%. (ver tabla y gráfico 13).

La distribución de los pacientes para la valoración de los Mapas Familiares fue de acuerdo a las variables usadas para éste instrumento de la siguiente manera: Jerarquía: Esposo (n=12) con un porcentaje del 40%, esposa (n=2) con un porcentaje de 6.6%, ambos cónyuges (n=11) con un porcentaje de 36.6%, hijos (n=5) con un porcentaje de 16.6%. (ver tabla y gráfico 14).

De acuerdo a la distribución en el rubro de Fronteras Externas, la distribución fue de la siguiente manera: para límites claros (n=13) con un porcentaje de 43.3%, Límites difusos (n=16) con un porcentaje de 53.5% y límites rígidos (n=1) con un porcentaje de 3.3%.(ver tabla y gráfico 15).

Para las Fronteras Internas: límites claros (n=16) con un porcentaje de 53.3%, límites difusos (n=13) con un porcentaje de 43.3% y límites rígidos (n=1) con un porcentaje de 3.3%. (ver tabla y gráfico 16).

Para el grado de Flexibilidad: totalmente flexible (n=4) con un porcentaje de 13.3%, flexible (n=21) con un porcentaje de 70%, ni flexible ni rígido (n=5) con un porcentaje de 16.6%, rígido (n=0) con un porcentaje de 0% y totalmente rígido (n=0) con un porcentaje del 0%. (ver tabla y gráfico 17).

Finalmente, para la valoración de cercanía contra distancia en relación a la formación de alianzas y coaliciones, sólo se pudo valorar el primer rubro, de los

cuales Alianzas (n=18) con un porcentaje del 60% y ni alianzas ni coaliciones (n=12) con un porcentaje del 40%. (ver tabla y gráfico 18).

Para la relación entre las variables y calidad de vida y la evaluación de la misma, los resultados fueron los siguientes: Para el Nivel Bueno en relación a Independencia (n=22) con 73.3%, Desempeño Laboral (n=4) con 13.3%, Desempeño Social (n=0) con 0%, Desempeño Familiar (n=9) con 30%, Necesidad de Atención médica (n=15) con un porcentaje del 50%; Para el Nivel Regular el relación a Independencia (n=7) con 23.3%, Desempeño Laboral (n=22) con 76.7%, Desempeño Social (n=10) con 33.3%, Desempeño Familiar (n=14) con 46.7% y Necesidad de Atención Médica (n=8) con 26.7%; Y finalmente para una Mala Calidad de Vida en relación a Independencia (n=1) con un 3.3%, Desempeño Laboral (n=3) con un 10%, Desempeño Social (n=20) con 66.7%, Desempeño Familiar (n=7) con un 23.3% y Necesidad de Atención Médica (n=7) con 23.3%. (ver tabla y gráfico 19).

Para la relación que existe entre la Funcionalidad Familiar de acuerdo al FACES III con la Calidad de Vida, los resultados fueron los siguientes: Mayor funcionalidad y Buena Calidad de Vida (n=2) con un 6.7%, Mayor Funcionalidad y Regular Calidad de Vida (n=7) con un 13.3% y Mayor Funcionalidad y Mala Calidad de Vida (n=3) con un 10%; Para Mediana Funcionalidad y Buena Calidad de Vida (n=1) con un 3.3%, Mediana Funcionalidad con Regular Calidad de Vida (n=13) con un 43.3% y Mediana Funcionalidad con Mala Calidad de Vida (n=1) con un 3.3%; Finalmente para Menor Funcionalidad y Buena Calidad de Vida (n=0) con un 0%, Menor Funcionalidad y Regular Calidad de Vida (n=3) con un 10% y Menor Funcionalidad con Mala Calidad de Vida (n=9) con un 0%. Con una X^2 de 4.05 y una $p < 0.05$, estadísticamente significativo. (ver tabla y gráfico 20).

En relación a las variables usadas para la valoración de los Mapas Familiares y su relación con la Funcionalidad Familiar acorde al FACES III, los resultados fueron los siguientes: Mayor Funcionalidad y jerarquía depositada en el Esposo (n=49 con un 13.3%, Esposa (n=0) con un 0%, Ambos Cónyuges (n=6) con un 20% e Hijos (n=2) con un 6.7%; Mediana Funcionalidad con Esposo (n=6) con un 20%, Esposa (n=2) con un 6.7%, Ambos Cónyuges (n=5) con un 16.7% e Hijos (n=2) con un 6.7%; Y Para Menor Funcionalidad con Esposo (n=2) con un 6.7%, Esposa (n=0) con un 0%, Ambos cónyuges (n=0) con un 0% e Hijos (n=1) con un 3.3%. con una X^2 de 4.99 y una $p < 0.05$, estadísticamente significativa. (ver tabla y gráfico 21).

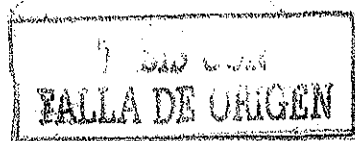
Como variable de Fronteras Externas (límites externos) y Funcionalidad Familiar según FACES III: Mayor Funcionalidad y Límites Claros (n=4) con un 13.3%, Mayor Funcionalidad y Límites Difusos (n=6) con un 20% y Mayor Funcionalidad y Límites Rígidos (n=0) con un 0%; Mediana Funcionalidad y Límites Claros (n=4) con un 13.3%, Mayor Funcionalidad y Límites Difusos (n=10) con un 33.3% y Límites Rígidos (n=1) con un 3.3% y Finalmente para la Menor Funcionalidad con Límites Claros (n=3) con un 10%, Menor Funcionalidad con Límites Difusos (n=0) con un 0% y Menor Funcionalidad con Límites Rígidos (n=0) con un 0% con una X^2 de 6.43 y una $p < 0.05$, estadísticamente significativa.. (ver tabla y gráfico 22).

Para la Fronteras Internas y Funcionalidad Familiar : Mayor Funcionalidad y Límites Claros (n=9) con un 30%, Mayor Funcionalidad y Límites Difusos (n=7) con un 23.3% y Mayor Funcionalidad con Límites Rígidos (n=0) con un 0%; Mediana Funcionalidad y Límites Claros (n=3) con un 10%, Mediana Funcionalidad y Límites Difusos (n=7) con un 23.3% y Mediana Funcionalidad y Límites Rígidos (n=3) con un 10%; Finalmente para Menor Funcionalidad y Límites Claros (n=0) con un 0%, Menor Funcionalidad con Límites Difusos

(n=19) con un 3.3% y Menor Funcionalidad con Límites Rígidos (n=0) con un 0%, con una X^2 de 6.97 y una $p < 0.05$, estadísticamente significativa. (ver tabla y gráfico 23).

En relación a Funcionalidad Familiar y Grado de Flexibilidad: Mayor Funcionalidad y: Totalmente Rígido (n=0) con un 0%, Rígido (n=0) con un 0%, Ni Flexible Ni Rígido (n=0) con un 0%, Flexible (n=12) con un 40% y Totalmente Flexible (n=0) con un 0%; Mediana Funcionalidad y Totalmente Rígido (n=0) con un 0%, Rígido (n=0) con un 0%, Ni Flexible Ni Rígido (n=5) con un 16.7% , Flexible (n=8) con un 26.7) y Totalmente Flexible (n=2) con un 6.7%; Menor Funcionalidad y Totalmente Rígido (n=0) con un 0%, Rígido (n=0) con un 0%. Ni Flexible Ni Rígido (n=0) con un 0%, Flexible (n=1) con un 3.3% y Totalmente Flexible (n=2) con un 6.7%. con una X^2 de 6.97 y una $p < 0.05$, estadísticamente significativa. (ver tabla y gráfico 24).

Finalmente en relación a la Funcionalidad Familiar y Formación de Alianzas y Coaliciones fue de la siguiente manera: Mayor Funcionalidad y Alianzas (n=10) con un 33.3%, Sin Alianzas ni Coaliciones (n=2) con un 6.7%, Mediana Funcionalidad y Alianzas (n=7) con un 23.3%, Sin Alianzas ni Coaliciones (n=8) con un 26.7%; y Menor Funcionalidad y Alianzas (n=1) con un 3.3% y Sin Alianzas ni Coaliciones (n=2) con un 6.7% con una X^2 de 4.7 y una $p < 0.05$, estadísticamente significativa. (ver tabla y gráfico 25).

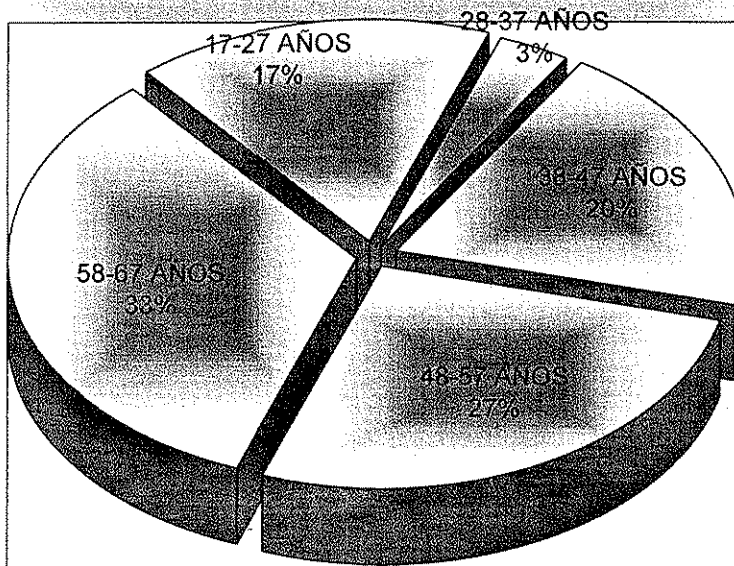


**PACIENTES CON IRC SEGÚN RANGOS DE EDAD
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 1

RANGOS DE EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJES
17-27 AÑOS	5	16.67
28-37 AÑOS	1	3.33
38-47 AÑOS	6	20.00
48-57 AÑOS	8	26.67
58-67 AÑOS	10	33.33
Total	30	100.00

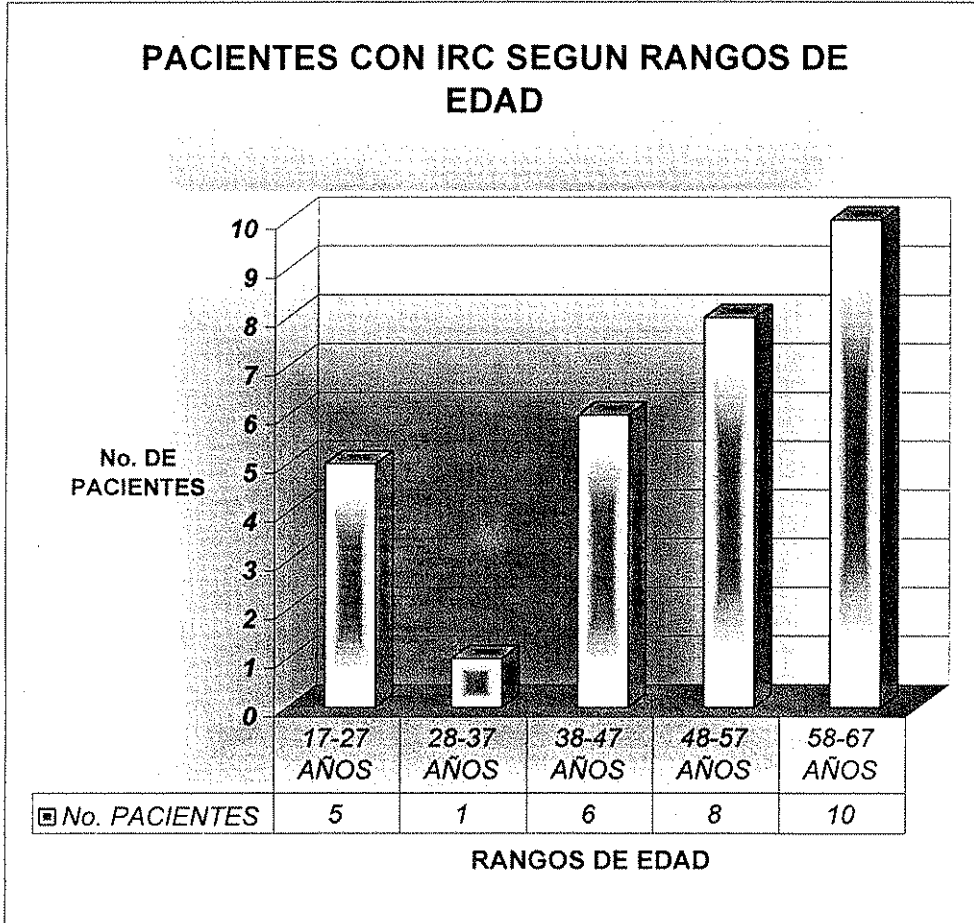
**DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN RANGOS DE EDAD POR
PORCENTAJES**



ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

**PACIENTES CON IRC SEGÚN RANGOS DE EDAD
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 1



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G

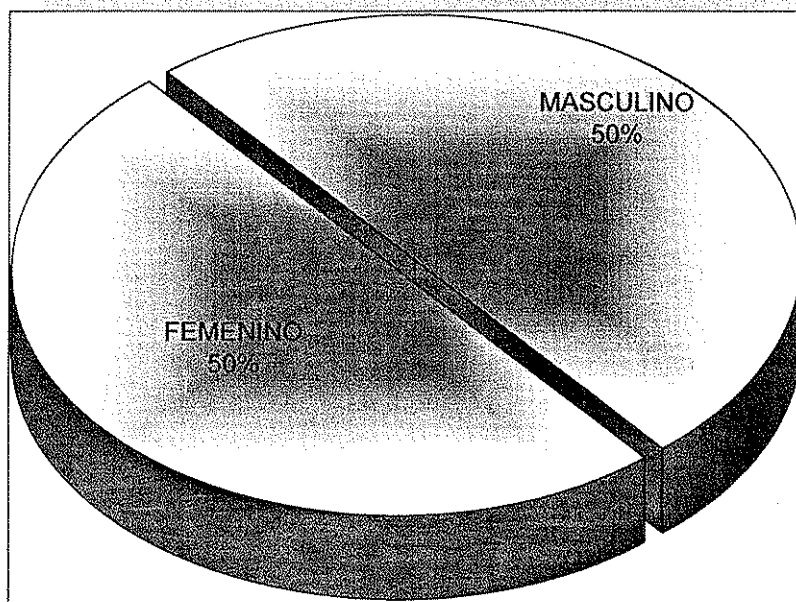
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN SEXO
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DE H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 2

SEXO	No. PACIENTES	PORCENTAJES
MASCULINO	15	50.00
FEMENINO	15	50.00
Total	30	100.00

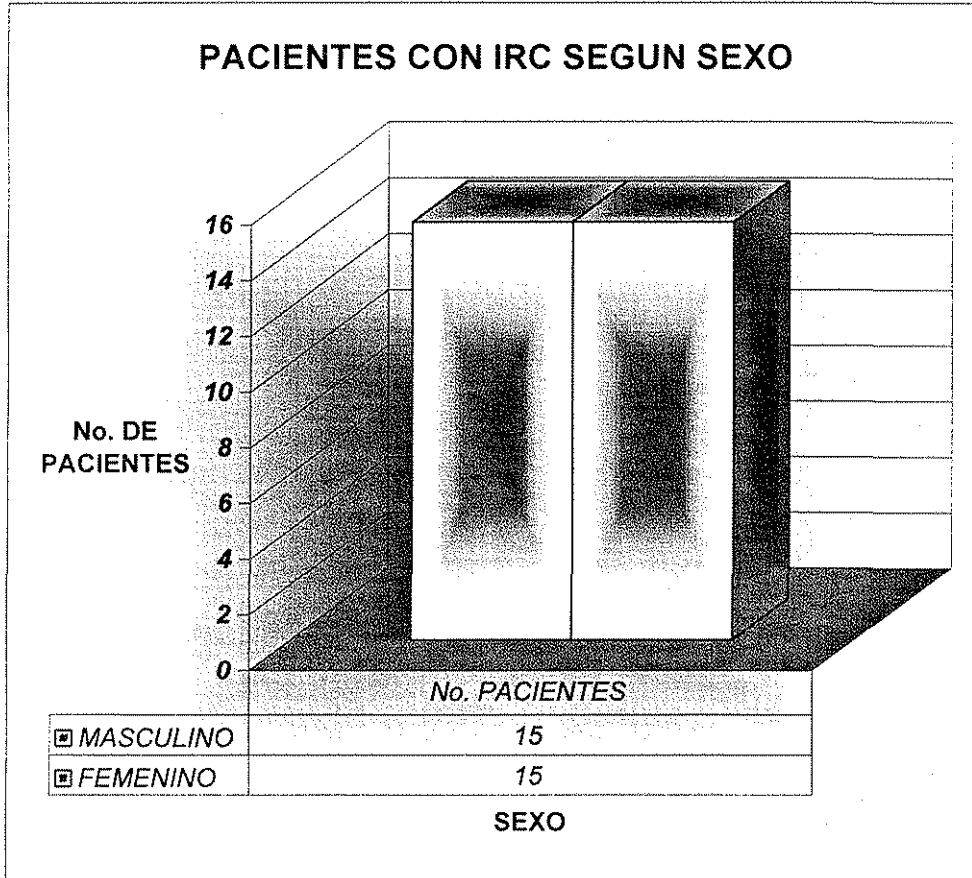
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN SEXO EN
PORCENTAJES



ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

PACIENTES CON IRC SEGÚN SEXO
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DE H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 2



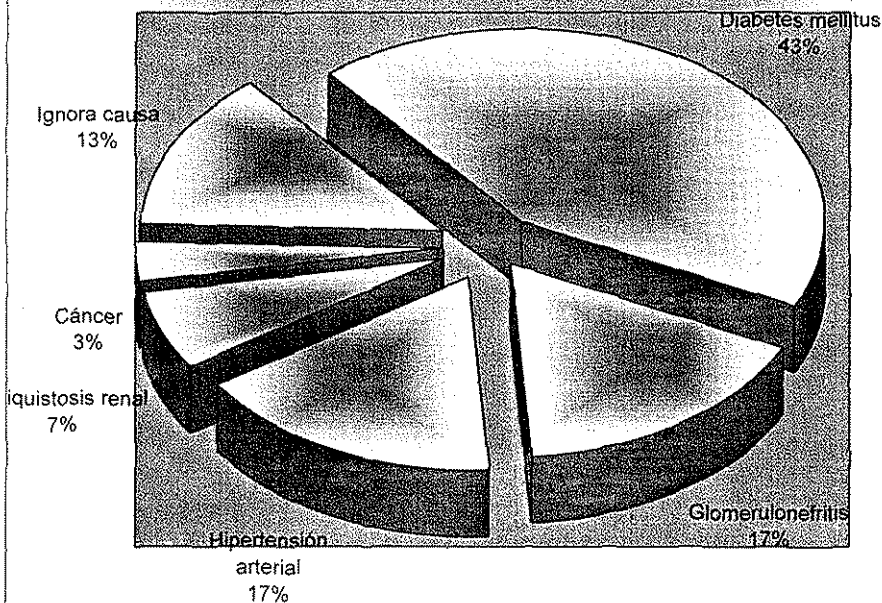
ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

**PACIENTES CON IRC SEGÚN CAUSAS DE LA ENFERMEDAD
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 3

CAUSAS DE IRC	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Diabetes mellitus	13	43.33
Glomerulonefritis	5	16.67
Hipertensión arterial	5	16.67
Poliquistosis renal	2	6.67
Cáncer	1	3.33
Ignora causa	4	13.33
Total	30	100.00

PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN CAUSAS DE LA ENFERMEDAD

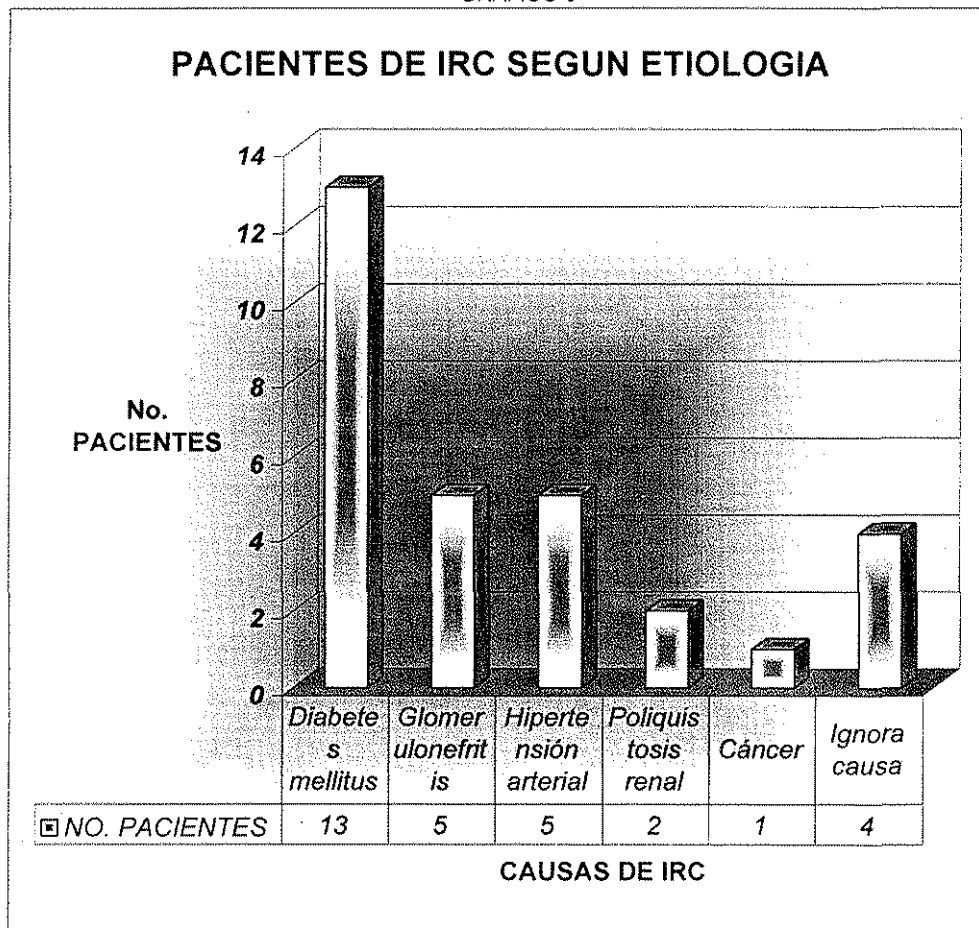


ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PACIENTES CON IRC SEGÚN CAUSAS DE LA ENFERMEDAD
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 3



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G

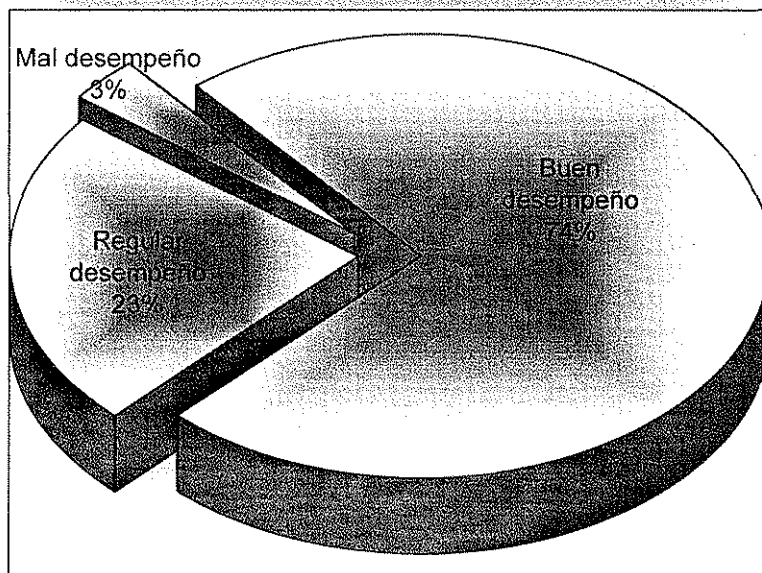
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN NIVEL DE INDEPENDENCIA
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 5

NIVEL DE INDEPENDENCIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Buen desempeño	22	73.33
Regular desempeño	7	23.33
Mal desempeño	1	3.33
Total	30	100.00

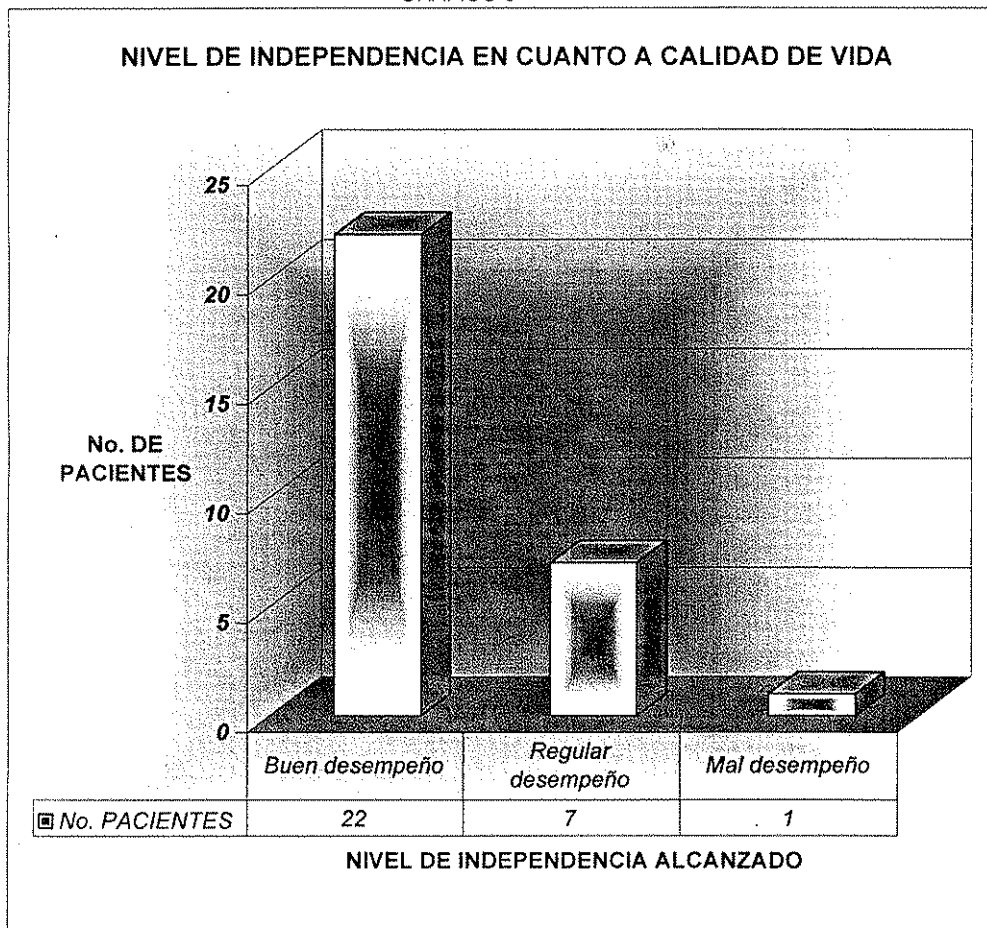
PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN NIVEL DE INDEPENDENCIA



ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

PACIENTES CON IRC SEGÚN NIVEL DE INDEPENDENCIA
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 5



ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

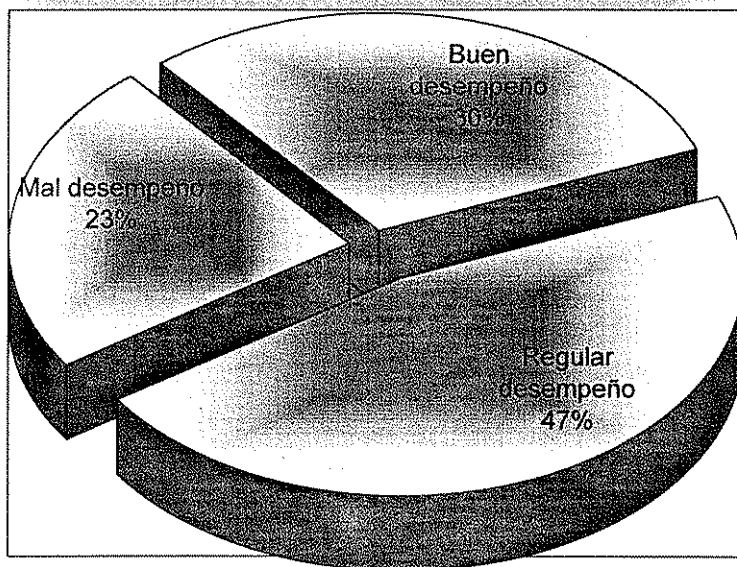
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**PACIENTES CON IRC SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO FAMILIAR
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 6

DESEMPEÑO FAMILIAR	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Buen desempeño	9	30.00
Regular desempeño	14	46.67
Mal desempeño	7	23.33
Total	30	100.00

PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO FAMILIAR

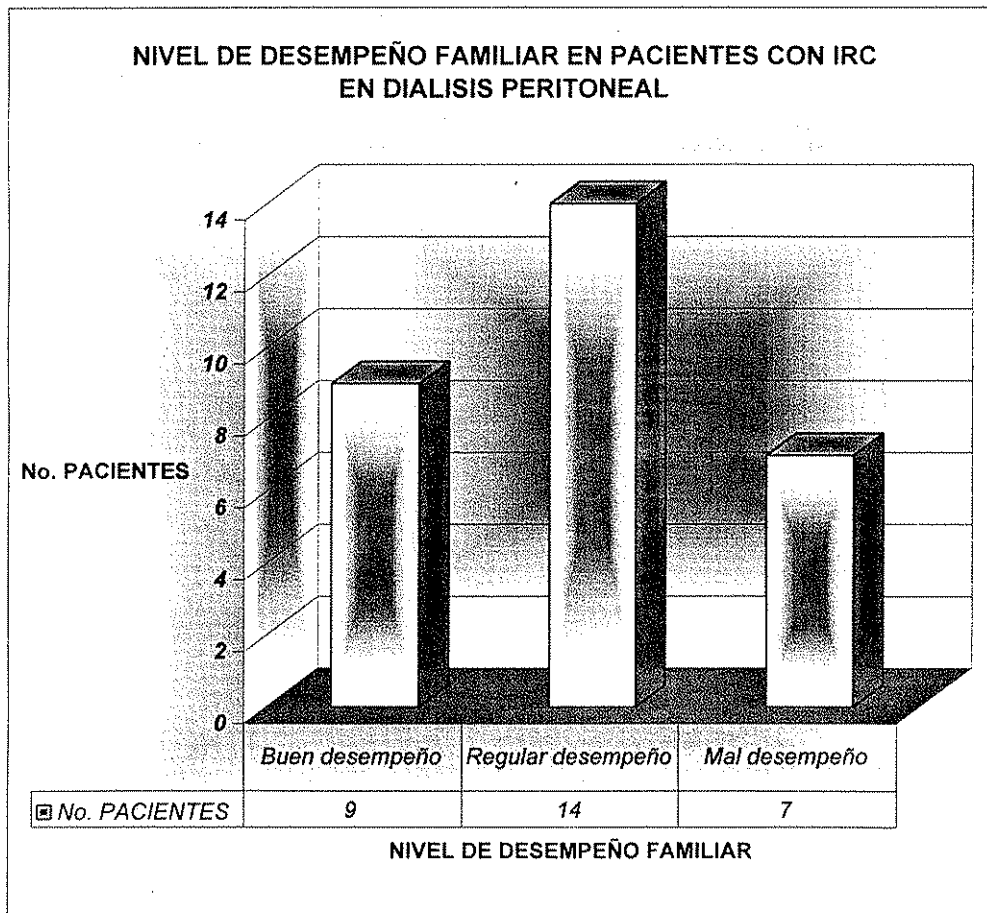


ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PACIENTES CON IRC SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO FAMILIAR
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 6



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G

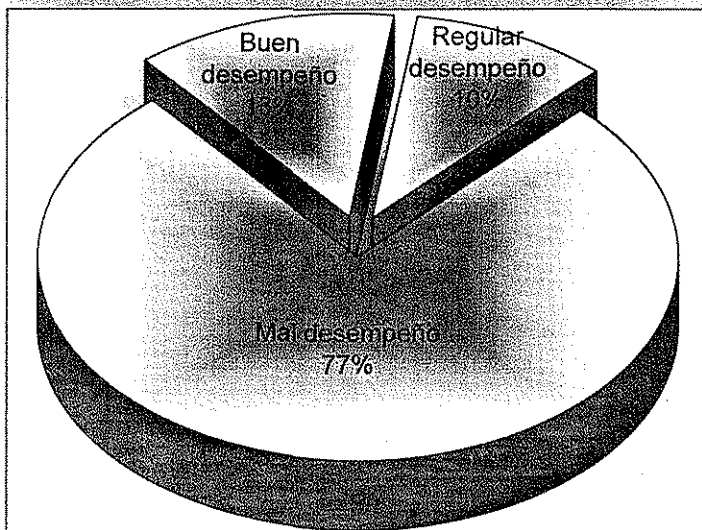
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO LABORAL
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 7

DESEMPEÑO LABORAL	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Buen desempeño	4	13.33
Regular desempeño	3	10.00
Mal desempeño	23	76.67
Total	30	100.00

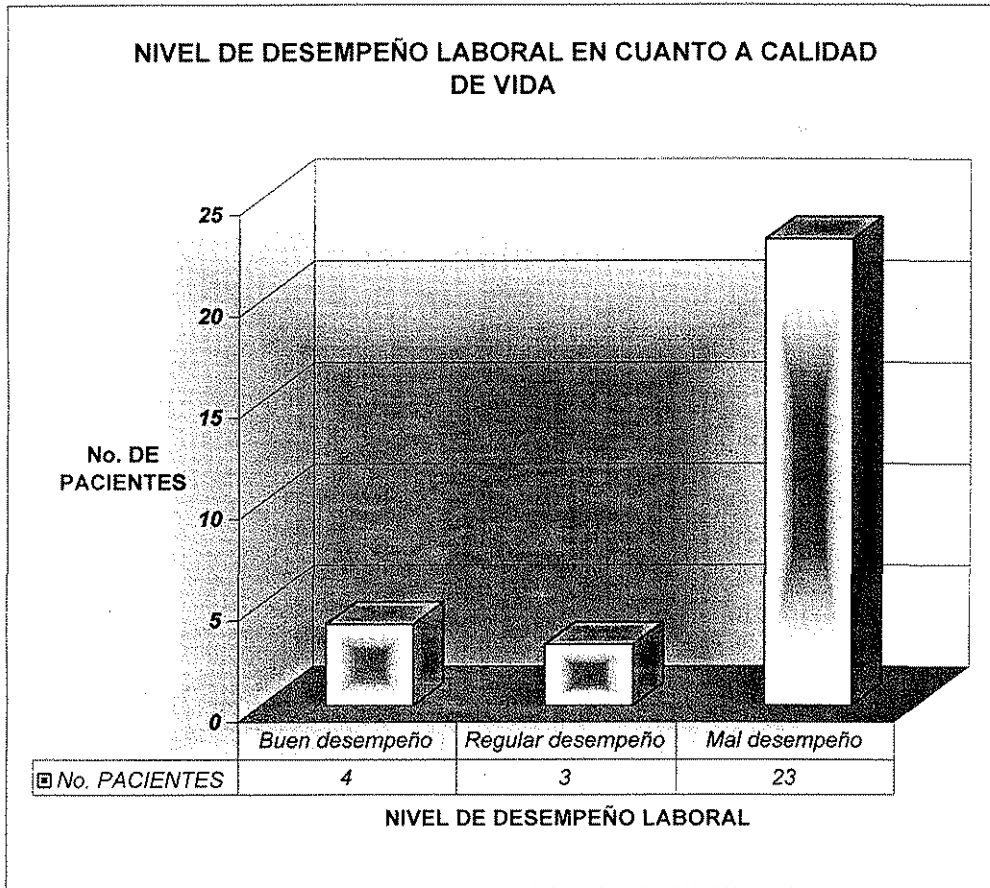
PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO
LABORAL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

PACIENTES CON IRC SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO LABORAL
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 7



NTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

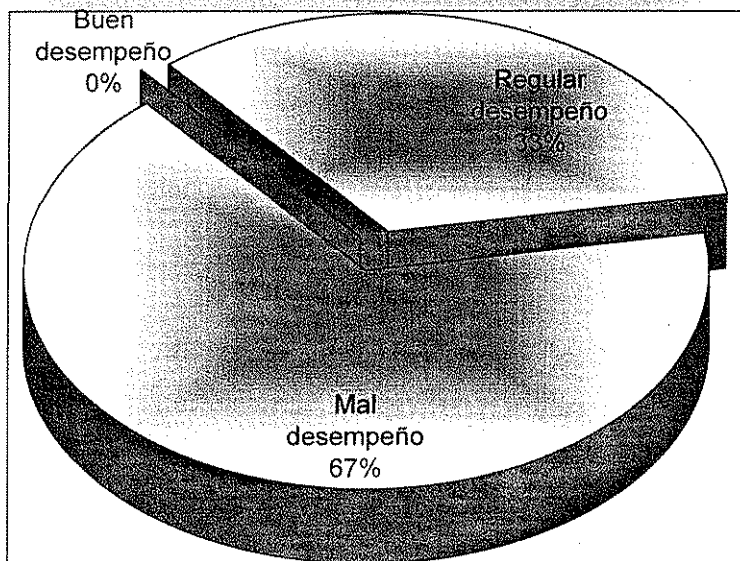
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO SOCIAL
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 8

DESEMPEÑO SOCIAL	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Buen desempeño	0	0.00
Regular desempeño	10	33.33
Mal desempeño	20	66.67
Total	30	100.00

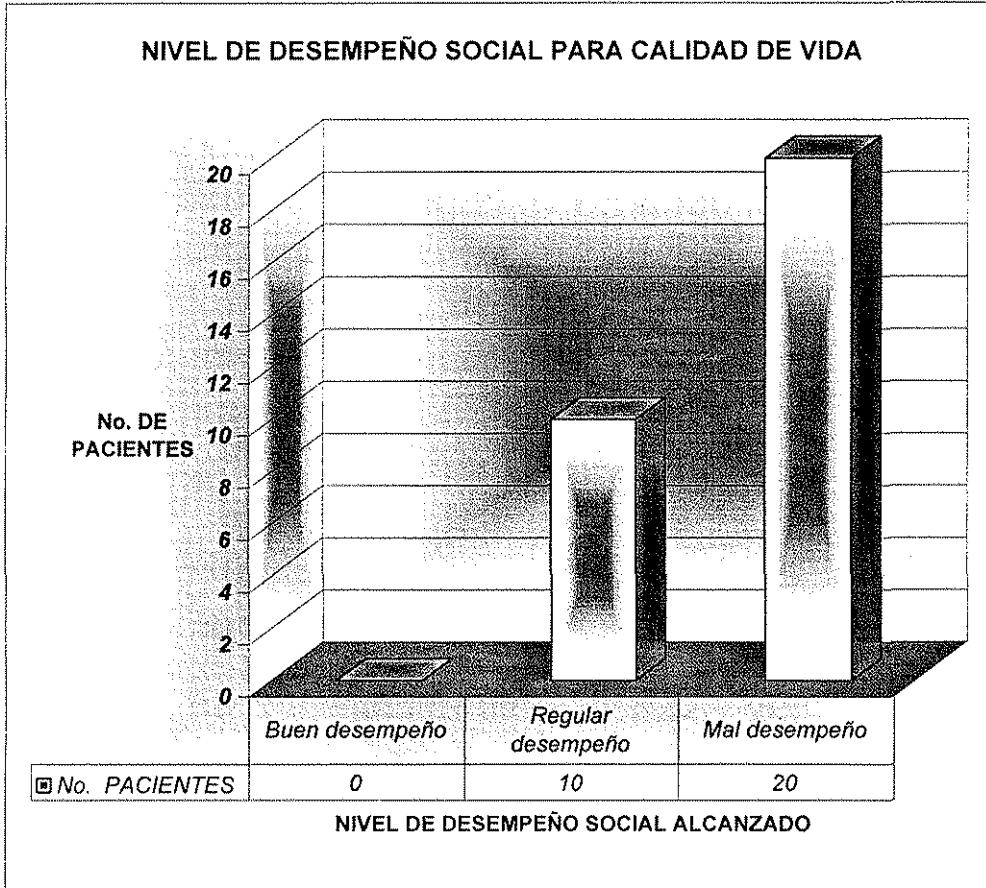
PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN NIVEL DE
DESEMPEÑO SOCIAL



ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

PACIENTES CON IRC SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO SOCIAL
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 8



NTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

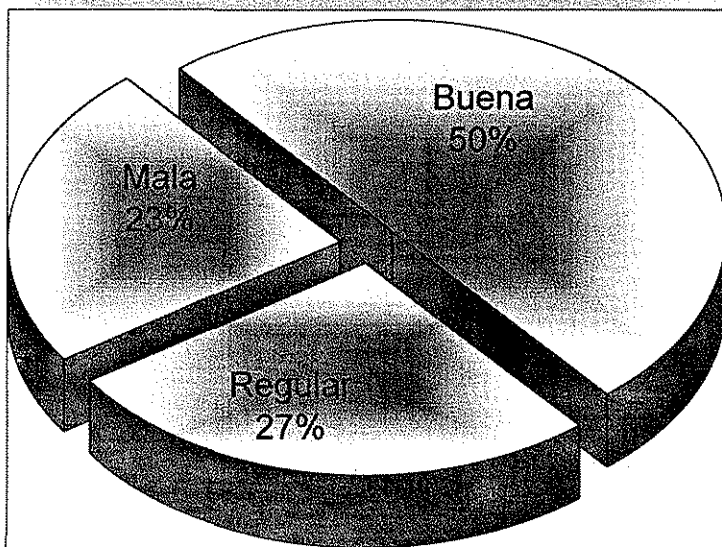
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN NECESIDAD DE ATENCION MEDICA
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 9

NEC. AT'N. MEDICA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Buena	15	50.00
Regular	8	26.67
Mala	7	23.33
Total	30	100.00

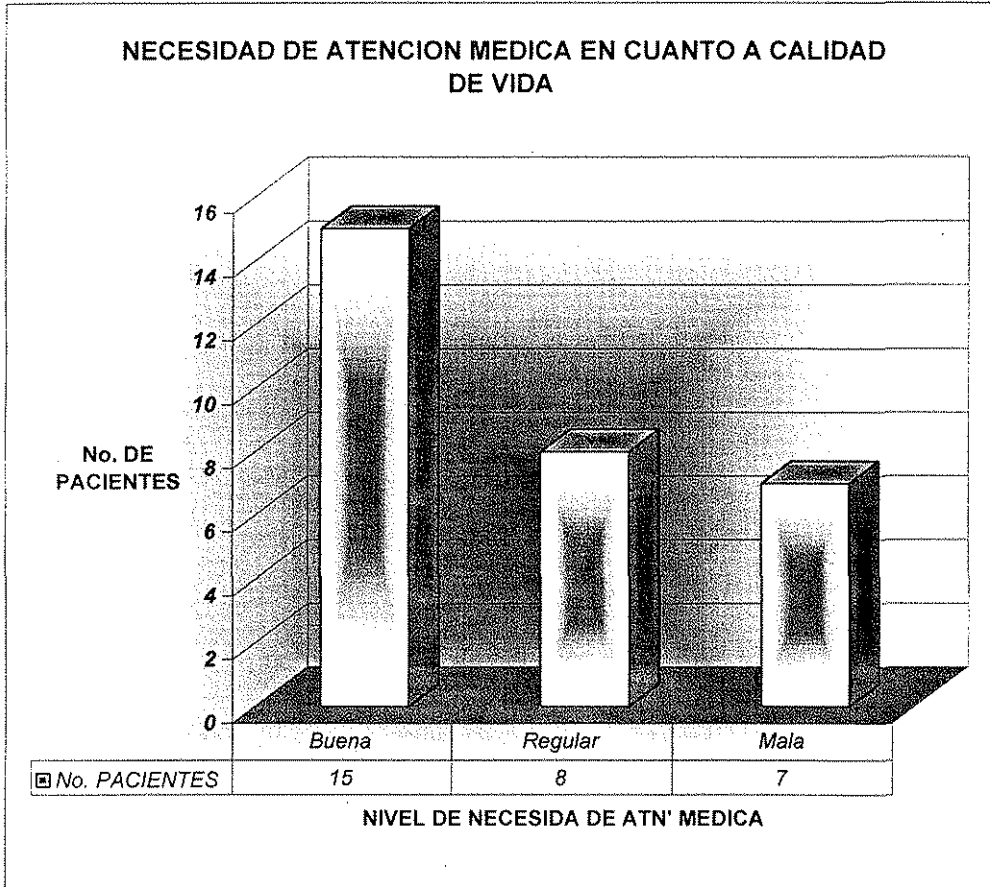
PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN NIVEL DE
NECESIDADES DE ATENCION MEDICA



ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

PACIENTES CON IRC SEGÚN NECESIDAD DE ATENCION MEDICA
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 9



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G

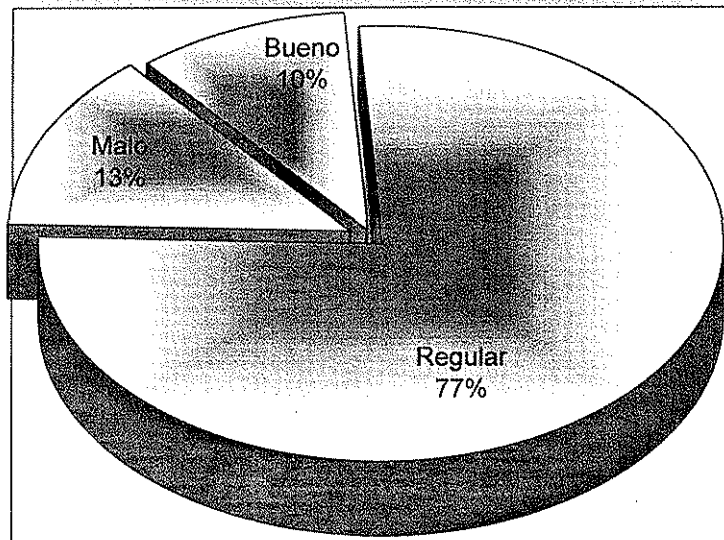
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN ESCALA DE CALIDAD DE VIDA
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 10

CALIDAD DE VIDA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Bueno	3	10.00
Regular	23	76.67
Malo	4	13.33
Total	30	100.00

PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

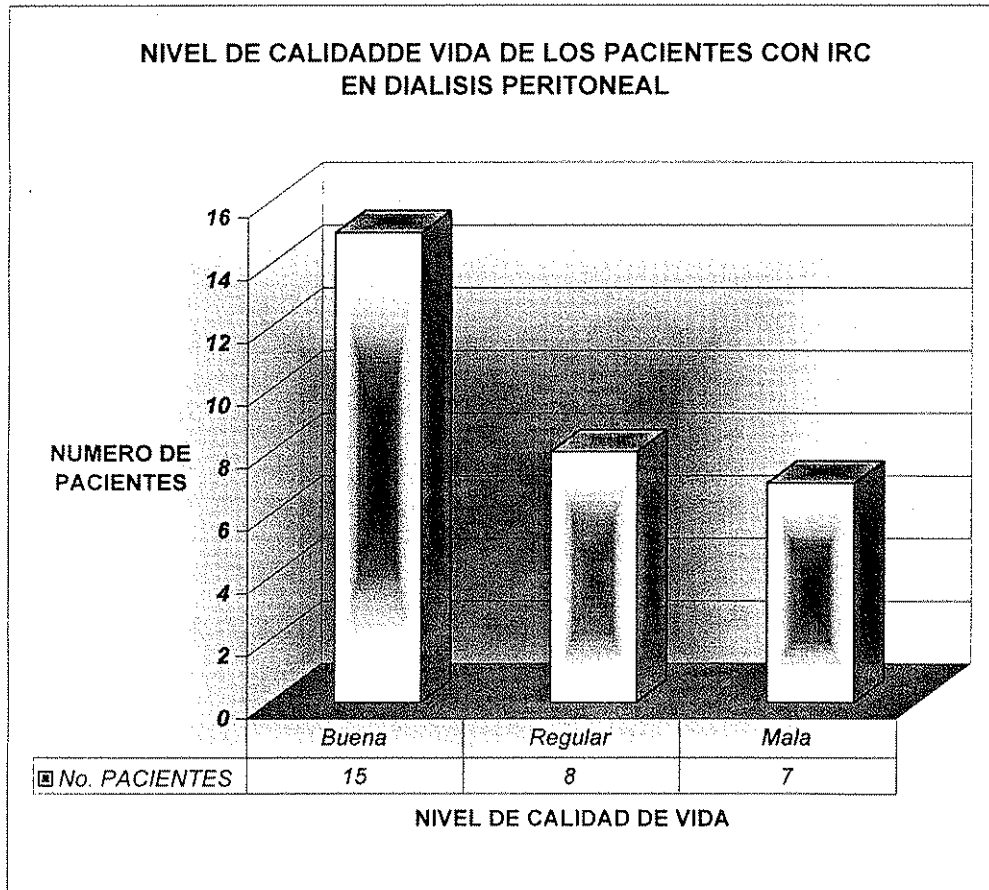


ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN ESCALA DE CALIDAD DE VIDA
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 10



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G

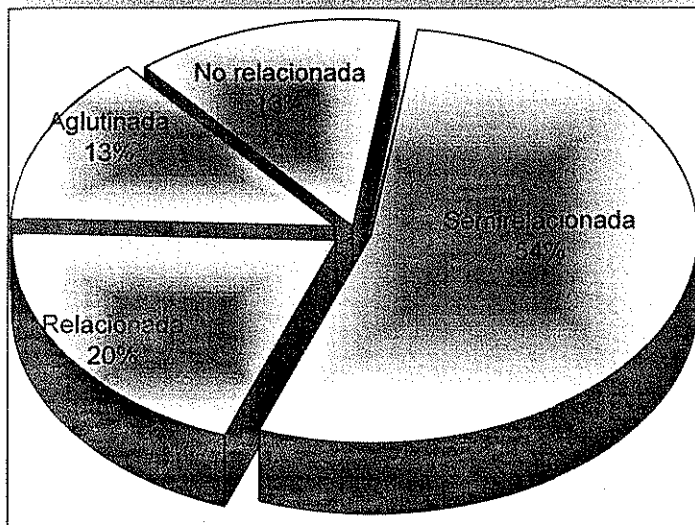
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE COHESION
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 11

GRADO DE COHESIÓN	No. PACIENTES	PORCENTAJE
No relacionada	4	13.33
Semirelacionada	16	53.33
Relacionada	6	20.00
Aglutinada	4	13.33
Total	30	100.00

PORCENTAJE DE COHESION

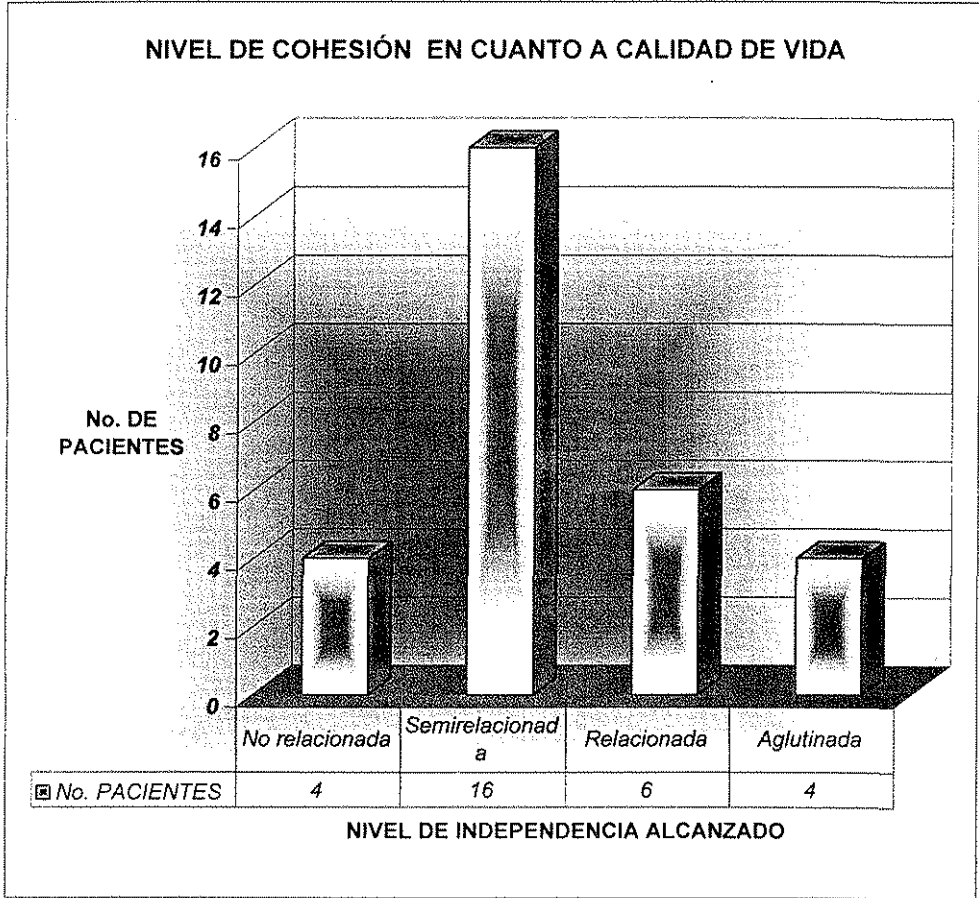


INTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE COHESION
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 11



NTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

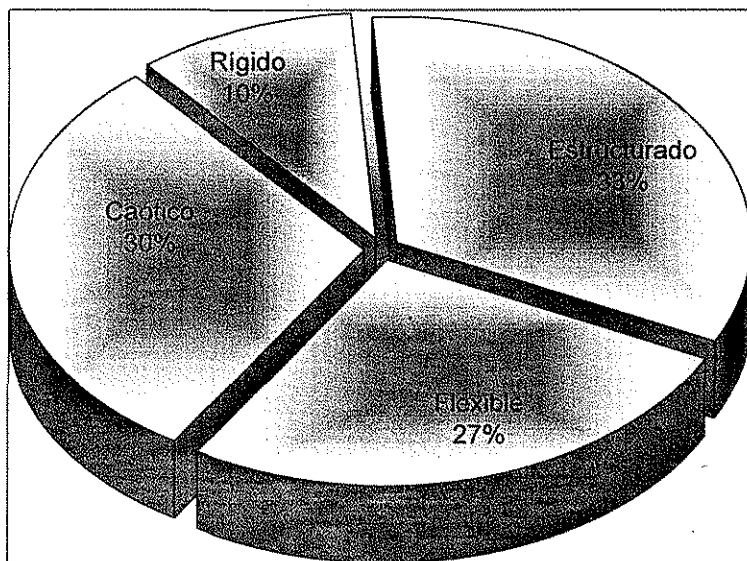
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE ADAPTABILIDAD
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 12

GRADO DE ADAPTABILIDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Rígido	3	10.0
Estructurado	10	33.3
Flexible	8	26.7
Caótico	9	30.0
Total	30	100.0

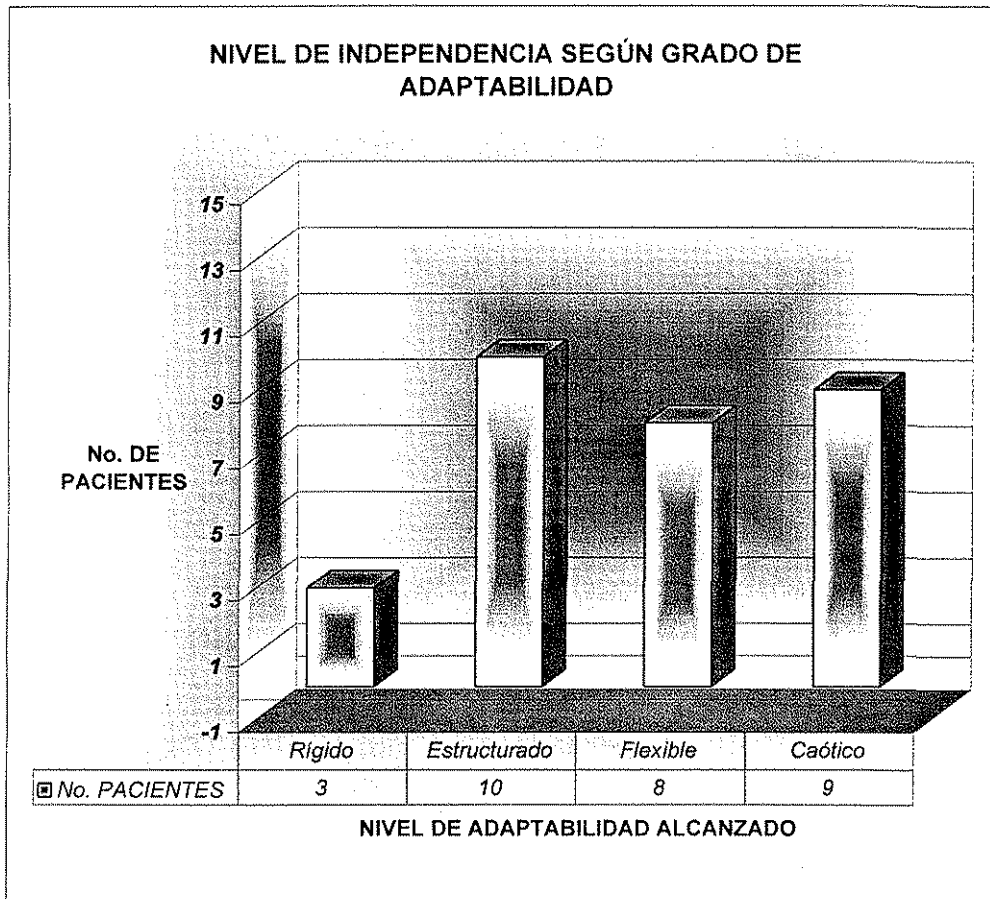
PORCENTAJE DE ADAPTABILIDAD



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

**PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE ADAPTABILIDAD
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 12



NOTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

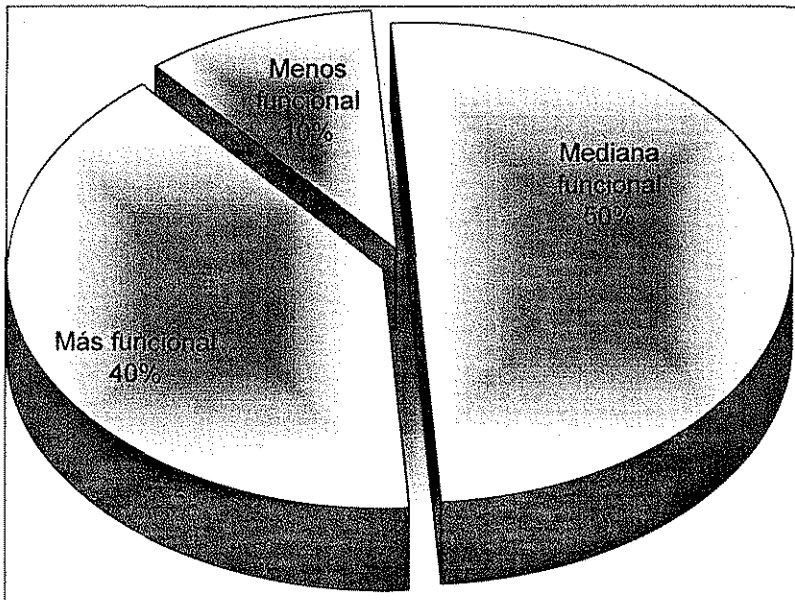
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE FUNCIONALIDAD ACORDE A FACES III
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 13

GRADO DE FUNCIONALIDAD	No: PACINTES	PORCENTAJES
Menos funcional	3	10.00
Mediana funcional	15	50.00
Más funcional	12	40.00
Total	30	100.00

PORCENTAJE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

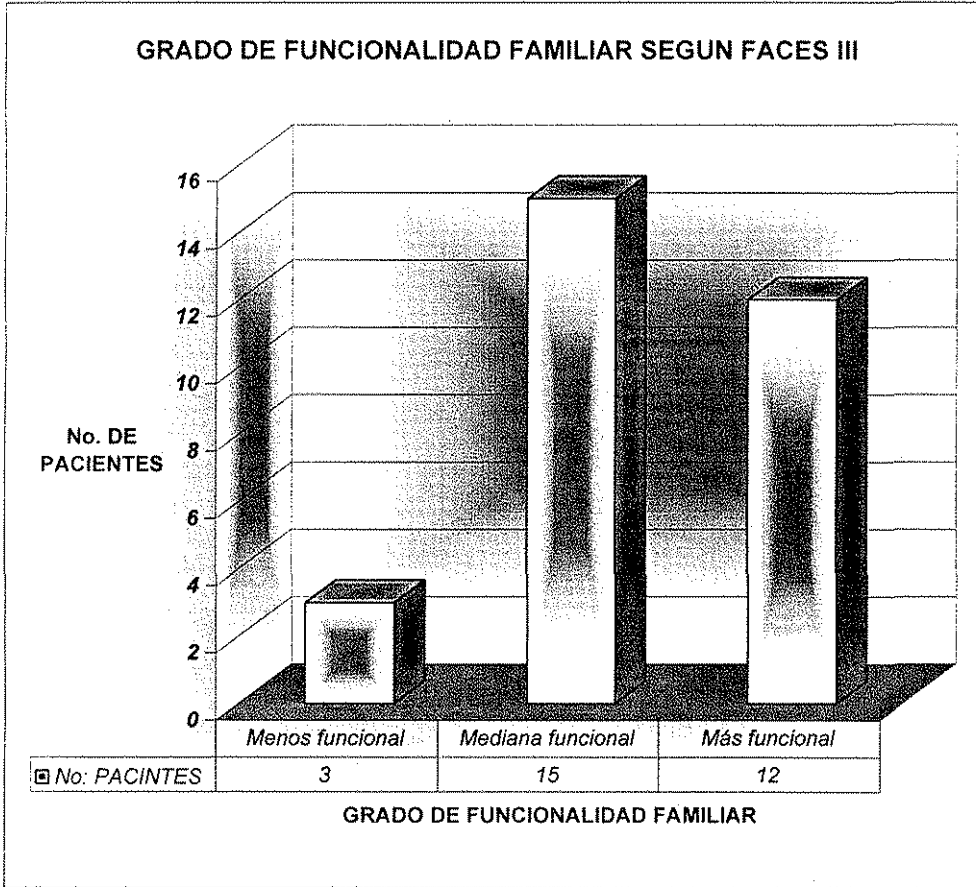


ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE FUNCIONALIDAD ACORDE A FACES III
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 13



NOTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

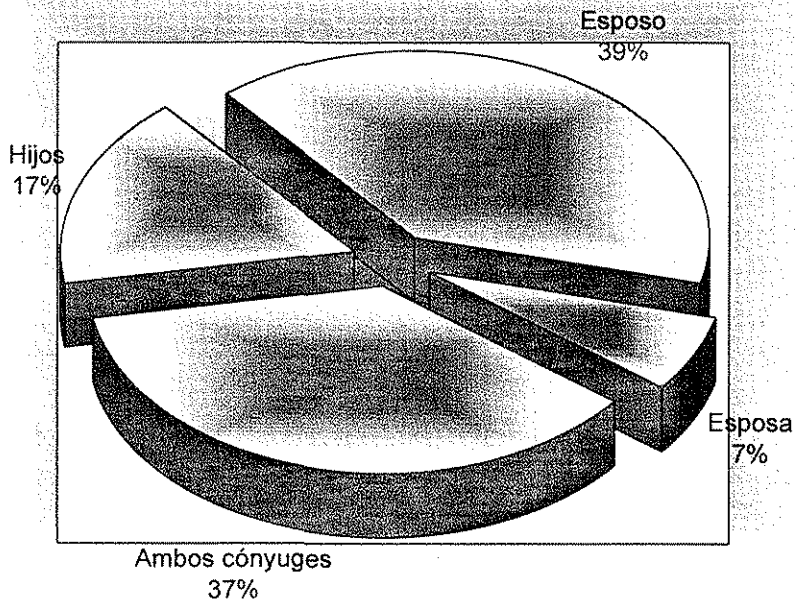
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**PACIENTES CON IRC SEGÚN JERARQUIA
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DE H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 14

JERARQUIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Esposo	12	40.00
Esposa	2	6.67
Ambos cónyuges	11	36.67
Hijos	5	16.67
Total	30	100.00

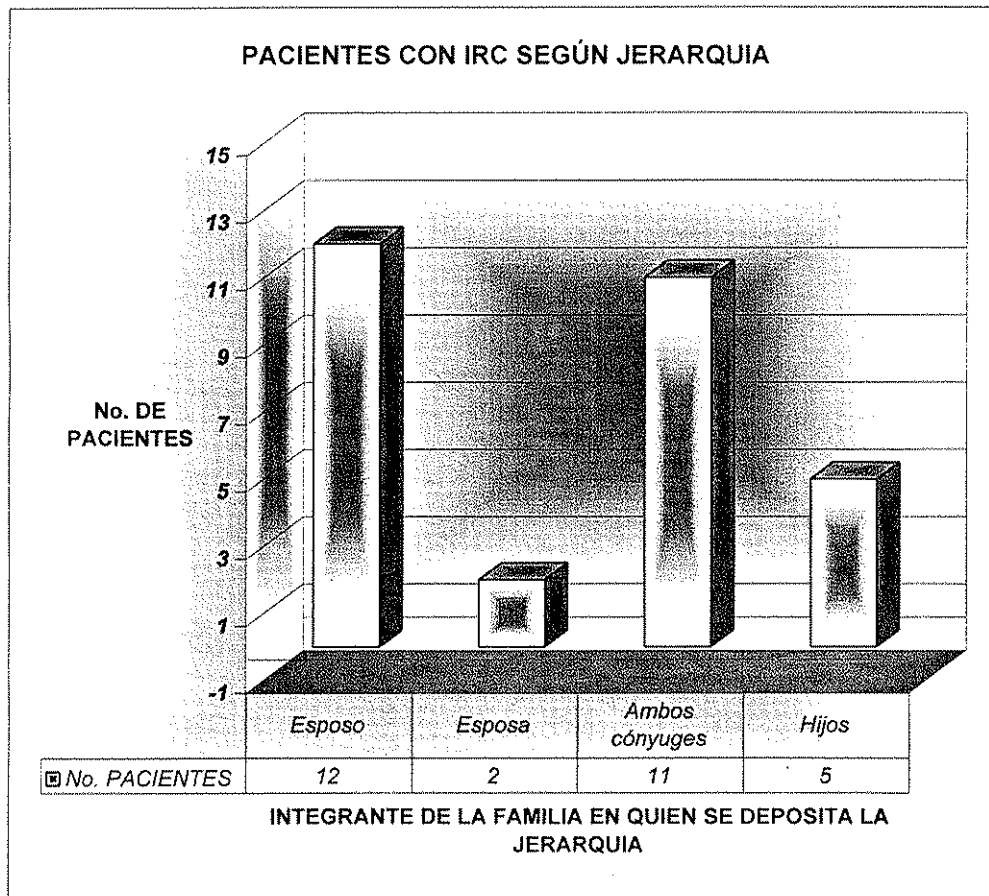
PORCENTAJE DE PACIENTES ACORDE A JERARQUIA



NTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

PACIENTES CON IRC SEGÚN JERARQUIA
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DE H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 14



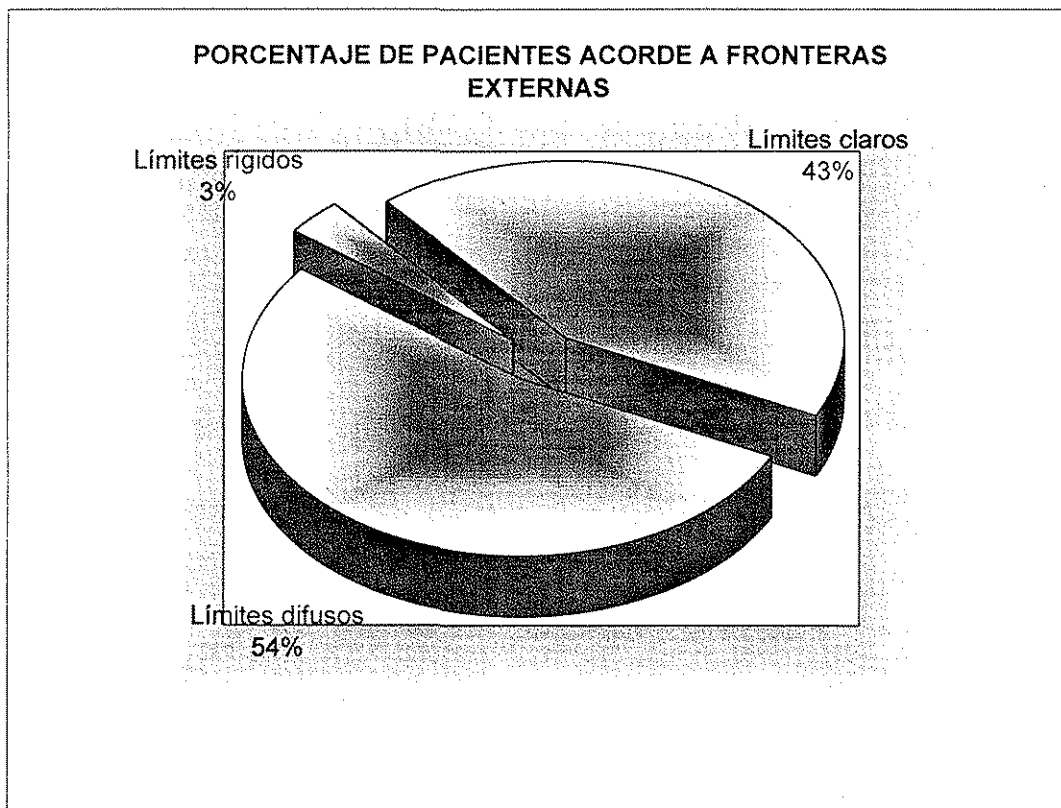
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN FRONTERAS EXTERNAS
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

TABLA 15

FRONTERAS	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Límites claros	13	43.33
Límites difusos	16	53.33
Límites rígidos	1	3.33
Total	30	100.00

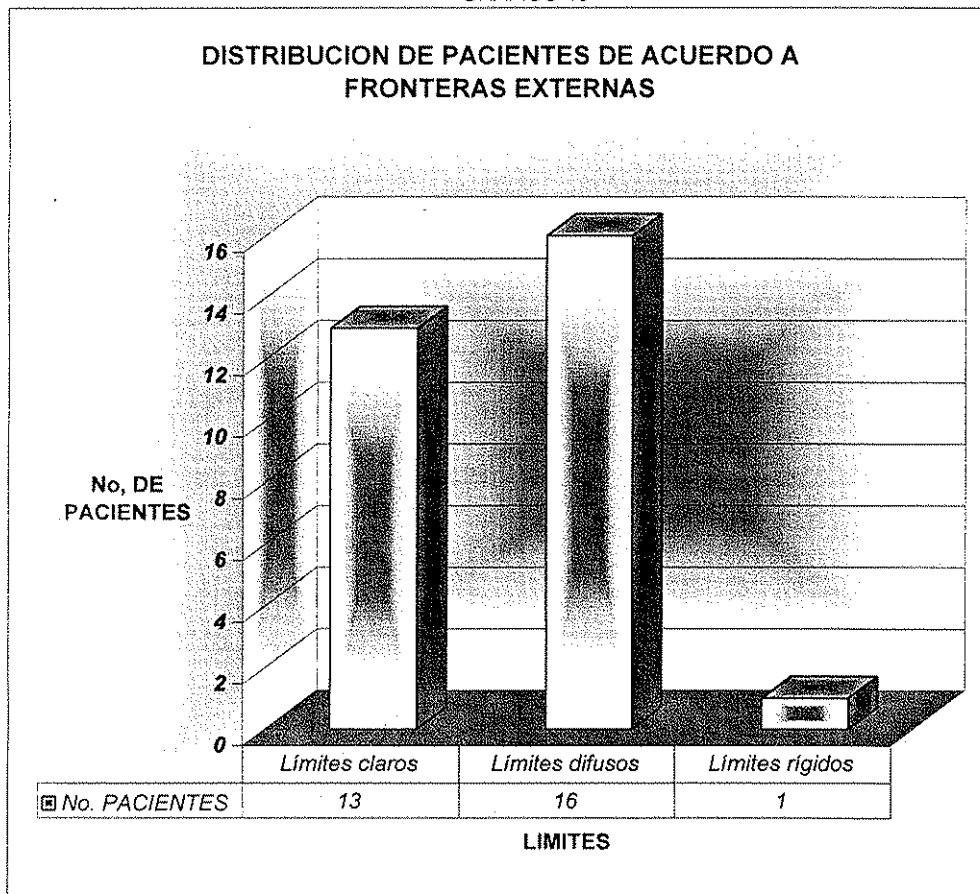


ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PACIENTES CON IRC SEGÚN FRONTERAS EXTERNAS
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 15



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G

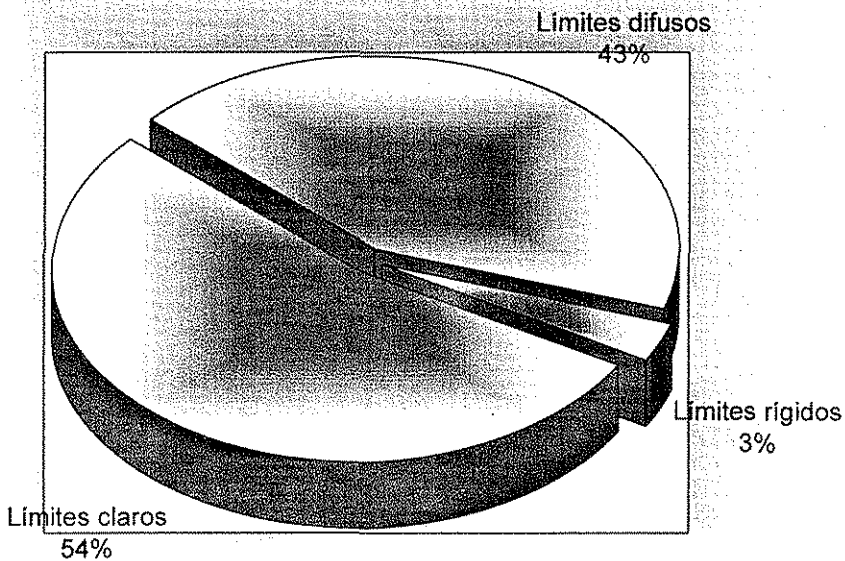
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**PACIENTES CON IRC SEGÚN FRONTERAS INTERNAS
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 16

FRONTERAS	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Límites claros	16	53.33
Límites difusos	13	43.33
Límites rígidos	1	3.33
Total	30	100.00

**PORCENTAJE DE PACIENTES ACORDE A FRONTERAS
INTERNAS**

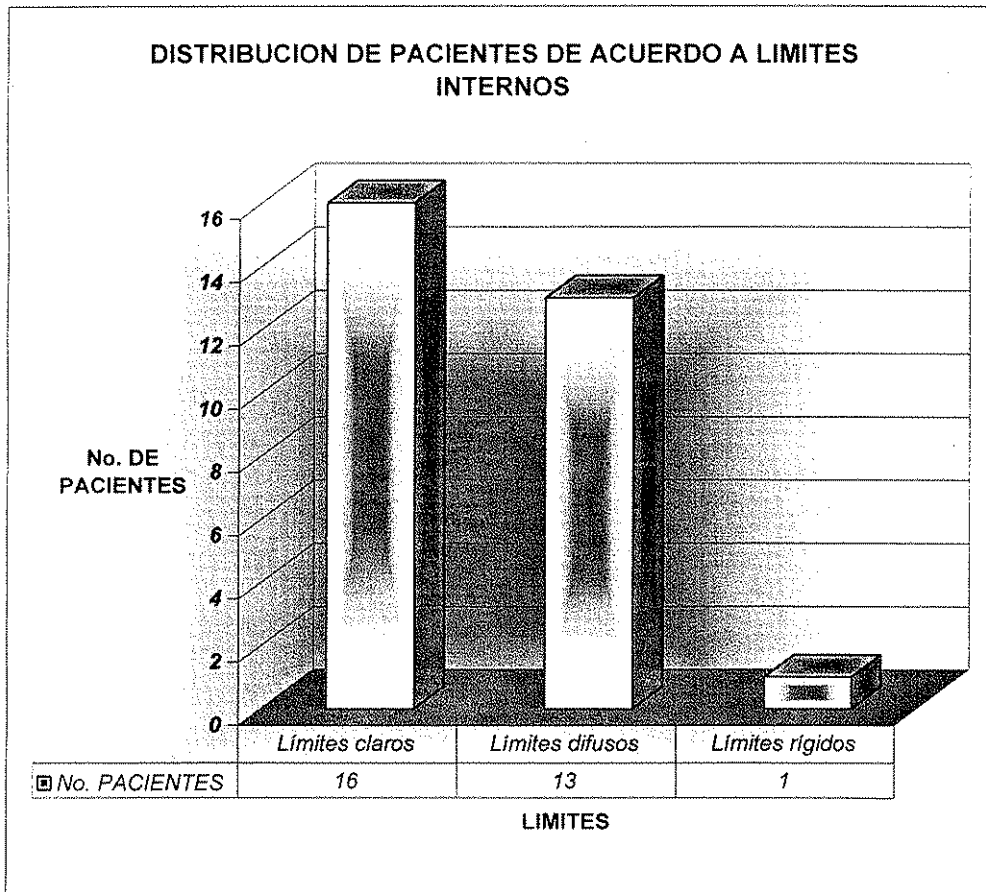


ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PACIENTES CON IRC SEGÚN FRONTERAS INTERNAS
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 16



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G

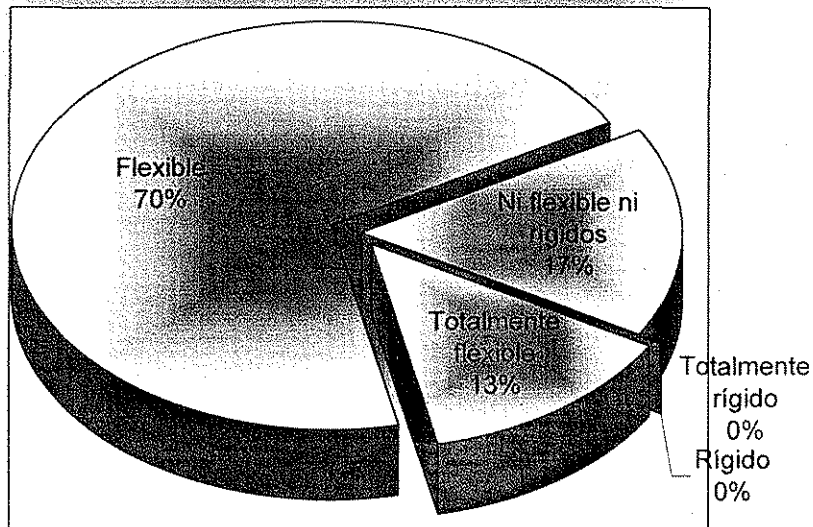
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE FLEXIBILIDAD
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

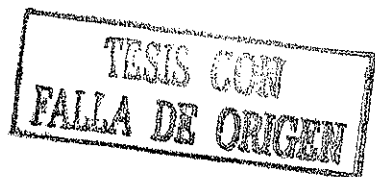
TABLA 17

GRADO DE FLEXIBILIDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
Totalmente flexible	4	13.33
Flexible	21	70.00
Ni flexible ni rígidos	5	16.67
Rígido	0	0.00
Totalmente rígido	0	0.00
Total	30	100.00

**PORCENTAJE DE FLEXIBILIDAD ANTE LA ESTABILIDAD Y EL
CAMBIO**

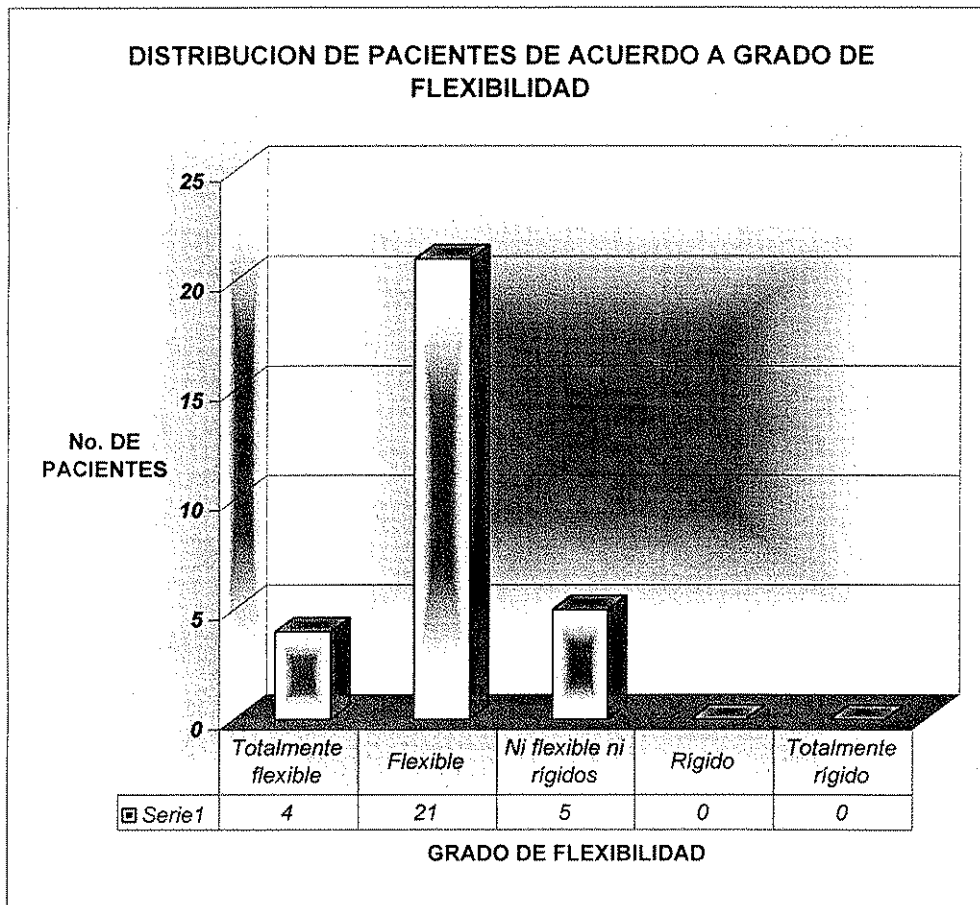


ANTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24



PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE FLEXIBILIDAD
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 17



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G

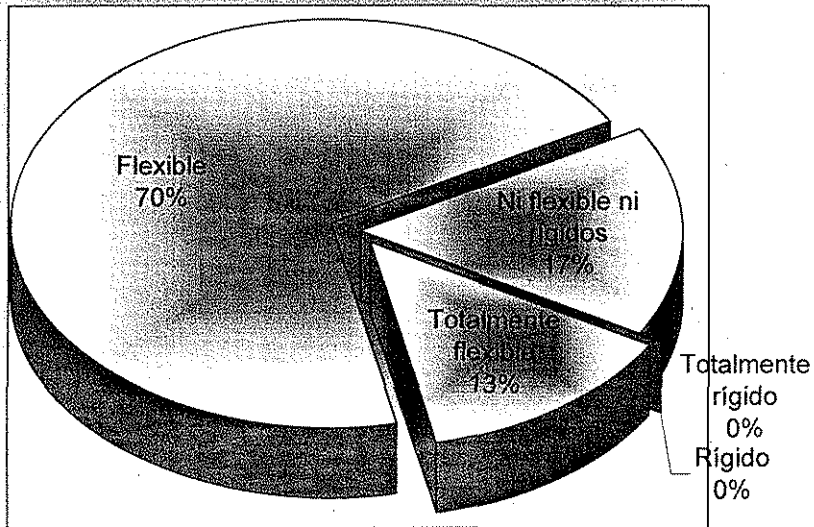
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE FLEXIBILIDAD
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 17

GRADO DE FLEXIBILIDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
Totalmente flexible	4	13.33
Flexible	21	70.00
Ni flexible ni rígid	5	16.67
Rígido	0	0.00
Totalmente rígido	0	0.00
Total	30	100.00

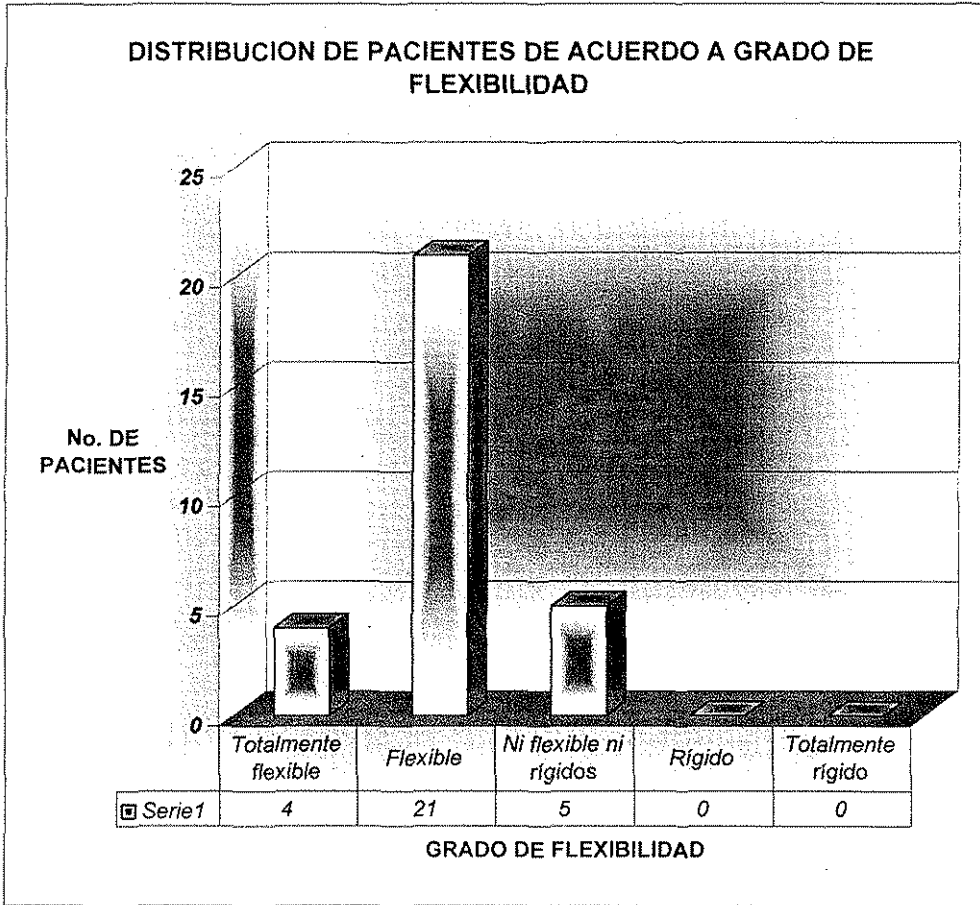
PORCENTAJE DE FLEXIBILIDAD ANTE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO



ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

PACIENTES CON IRC SEGÚN GRADO DE FLEXIBILIDAD
 EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 17



NOTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

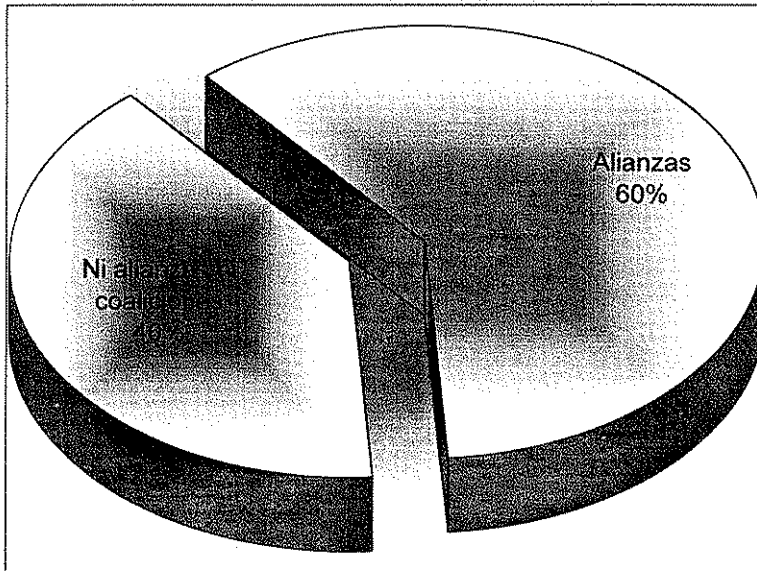
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**PACIENTES CON IRC SEGÚN FORMACION DE ALIANZAS Y COALICIONES
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 18

	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Alianzas	18	60.00
Ni alianzas ni coaliciones	12	40.00
Total	30	100.00

PORCENTAJE DE ALIANZAS Y COALICIONES

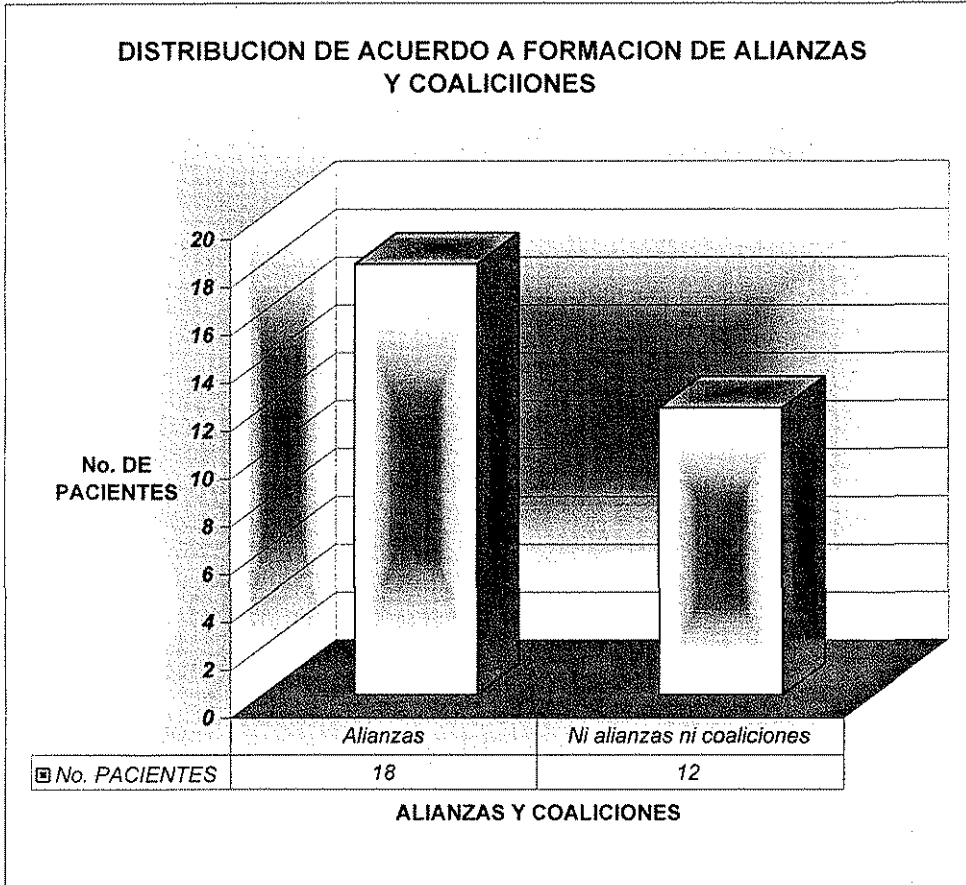


NTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24



PACIENTES CON IRC SEGÚN FORMACION DE ALIANZAS Y COALICIONES
EN LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000

GRAFICO 18



ENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. No. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN DESEMPEÑO EN AVD
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 19

AVD	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA				
	Independencia	Des. Laboral	Des. Social	Des. Fam.	Nec. At'n. Med.
Bueno	22	4	0	9	15
Regular	7	3	10	14	8
Malo	1	23	20	7	7

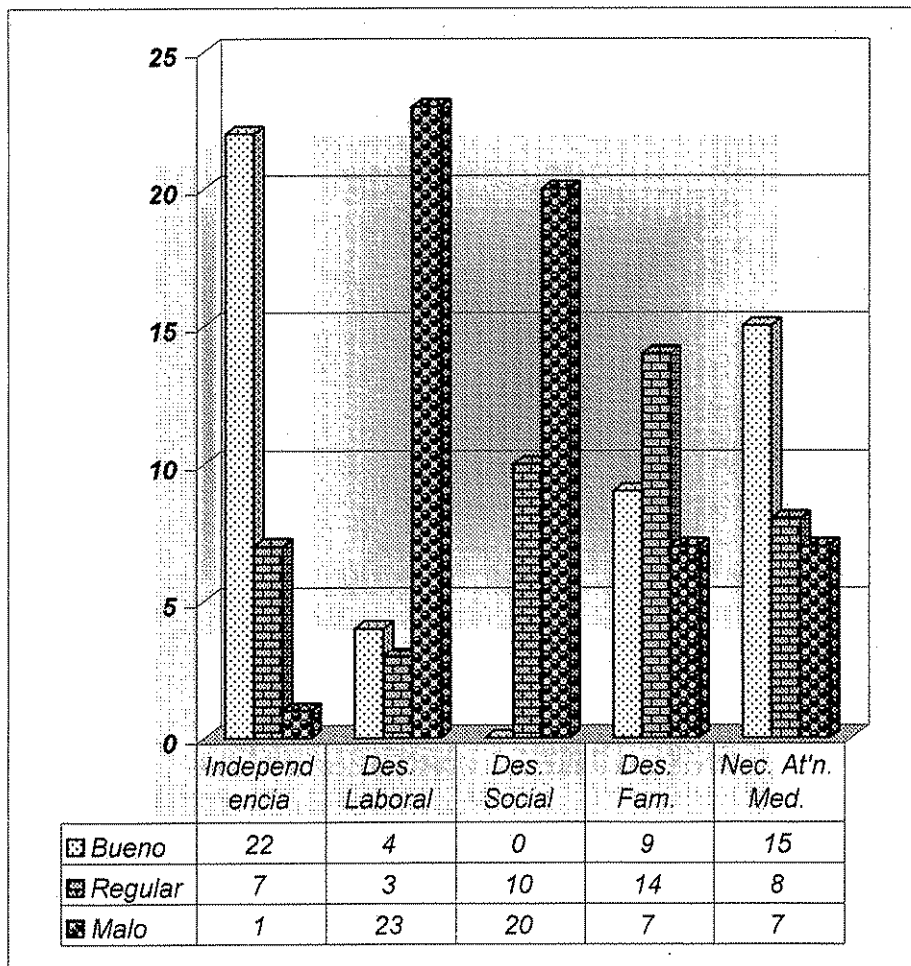
AVD	PORCENTAJES				
	Independencia	Des. Laboral	Des. Social	Des. Fam.	Nec. At'n. Med.
Bueno	73.3	13.3	0.0	30.0	50.0
Regular	23.3	10.0	33.3	46.7	26.7
Malo	3.3	76.7	66.7	23.3	23.3
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN DESEMPEÑO EN AVD
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 19



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H. G. Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 20

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
BUENA	2	1	0
REGULAR	7	13	3
MALA	3	1	0
TOTAL	12	15	3.00

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACORDE A CALIDAD DE VIDA (PORCENTAJES)

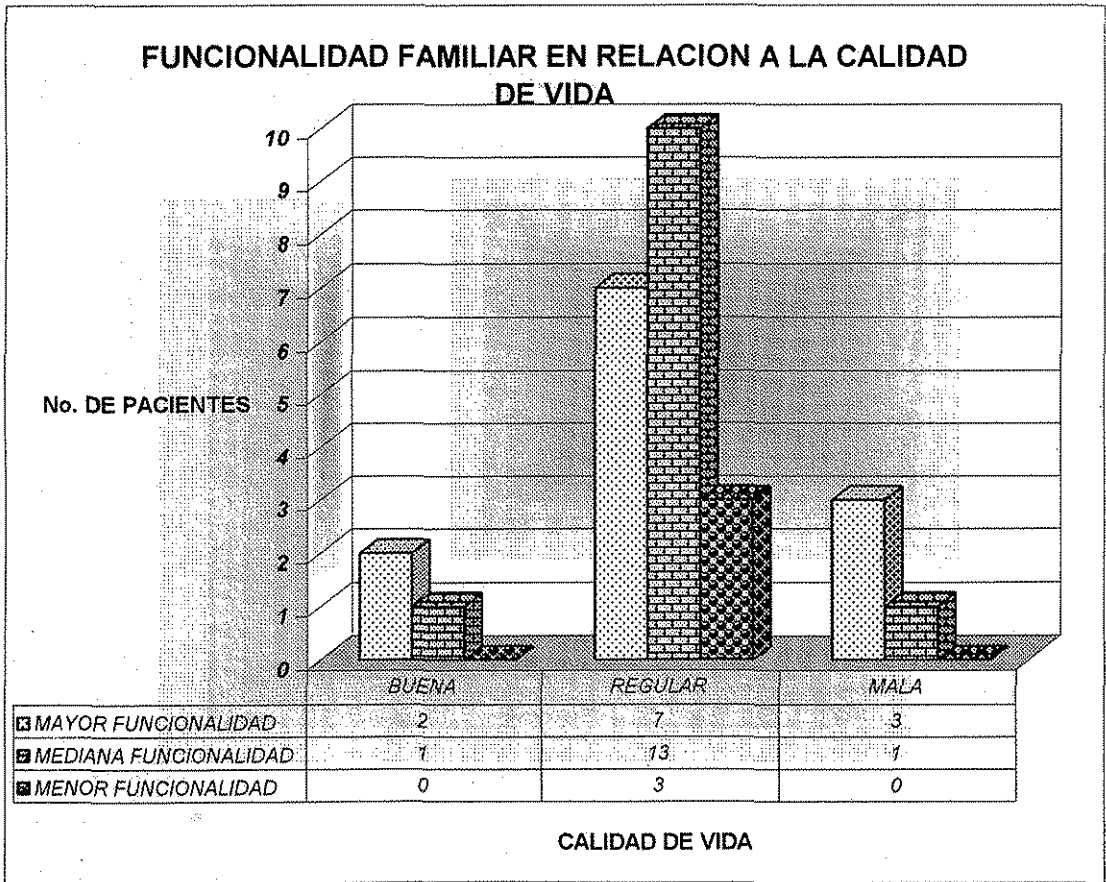
CALIDAD DE VIDA	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
BUENA	6.67	3.33	0
REGULAR	23.33	43.33	10
MALA	10.00	3.33	0
TOTAL	40	50	10

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

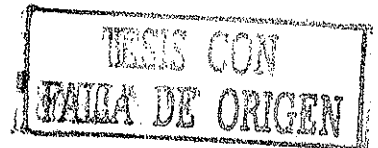
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 20



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN JERARQUIA
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 21
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LA JERARQUIA

JERARQUIA	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
ESPOSO	4	6	2
ESPOSA	0	2	0
AMBOS CONYUGES	6	5	0
HIJOS	2	2	1
TOTAL	12	15	3

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACORDE A JERARQUIA (PORCENTAJES)

JERARQUIA	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
ESPOSO	13.3	20.0	6.7
ESPOSA	0.0	6.7	0.0
AMBOS CONYUGES	20.0	16.7	0.0
HIJOS	6.7	6.7	3.3
TOTAL	40	50	10

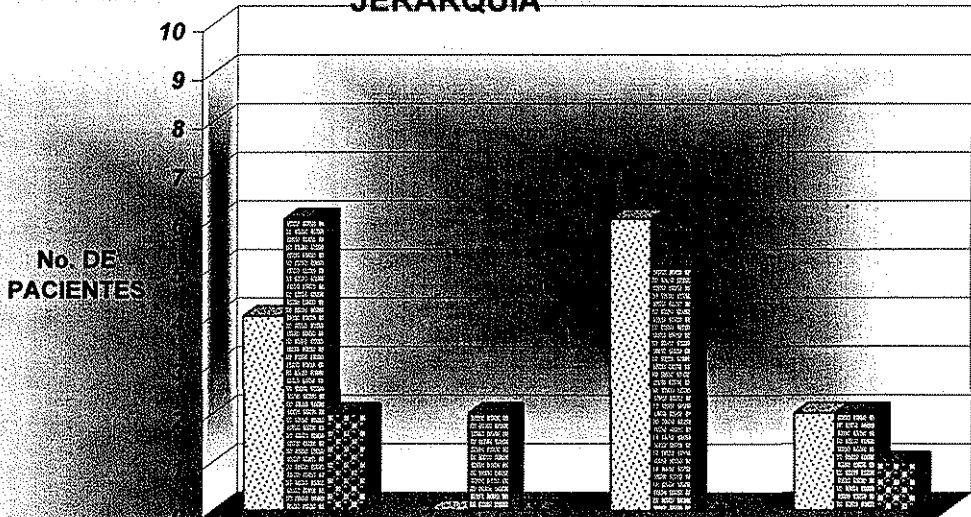
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN JERARQUIA
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE -DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 21

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LA
JERARQUIA**



	ESPOSO	ESPOSA	AMBOS CONYUGES	HIJOS
▨ MAYOR FUNCIONALIDAD	4	0	6	2
▩ MEDIANA FUNCIONALIDAD	6	2	5	2
■ MENOR FUNCIONALIDAD	2	0	0	1

JERARQUIA

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN FRONTERAS EXTERNAS
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

**TABLA 22
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A FRONTERAS EXTERNAS**

LIMITES	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
LIMITES CLAROS	6	4	3
LIMITES DIFUSOS	6	10	0
LIMITES RIGIDOS	0	1	0
TOTAL	12	15	3

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACORDE A LIMITES EXTERNOS (PORCENTAJES)

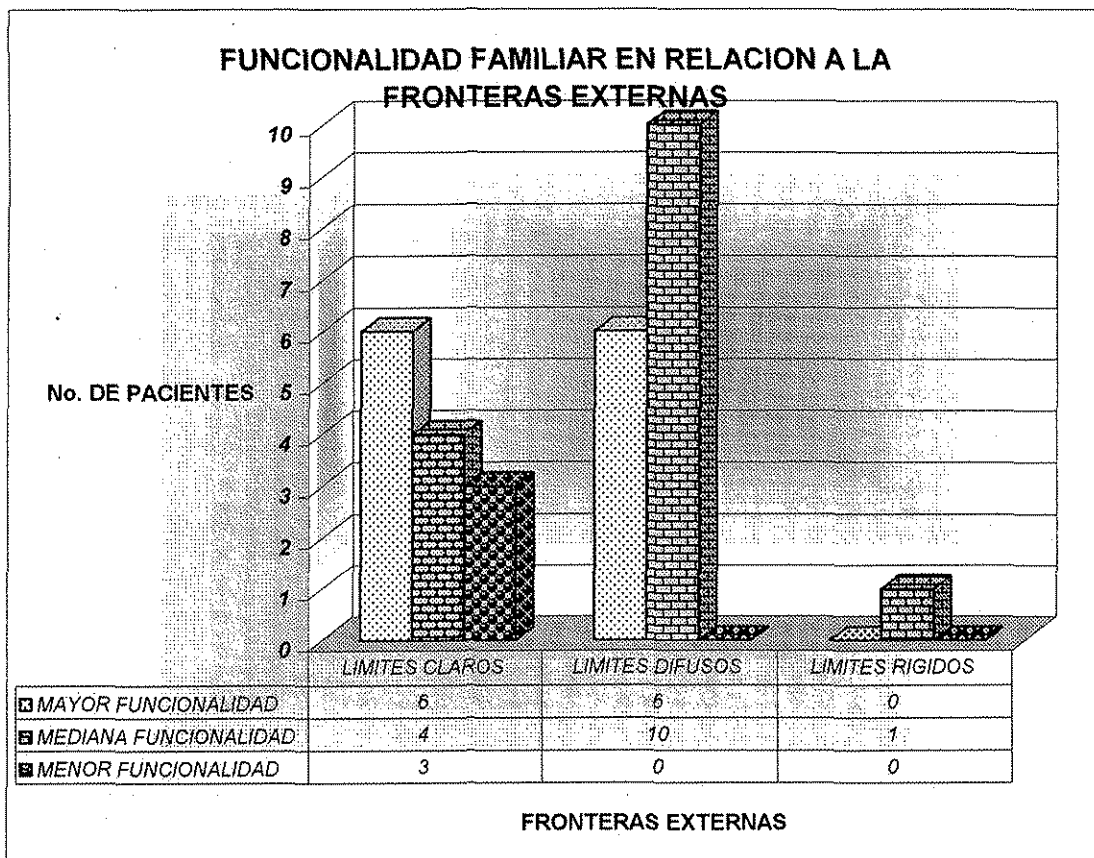
LIMITES	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
LIMITES CLAROS	20.00	13.33	10.00
LIMITES DIFUSOS	20.00	33.33	0.00
LIMITES RIGIDOS	0.00	3.33	0.00
TOTAL	40.0	50.0	10.0

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 2

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN FRONTERAS EXTERNAS
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 22



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN FRONTERAS INTERNAS
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 23
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LA LIMITES INTERNOS

LIMITES	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
LIMITES CLAROS	9	3	0
LIMITES DIFUSOS	7	7	1
LIMITES RIGIDOS	0	3	0
TOTAL	16	13	1

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACORDE A LIMITES INTERNOS (PORCENTAJES)

LIMITES	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
LIMITES CLAROS	30.00	10.00	0.00
LIMITES DIFUSOS	23.33	23.33	3.33
LIMITES RIGIDOS	0.00	10.00	0.00
TOTAL	53.3	43.3	3.3

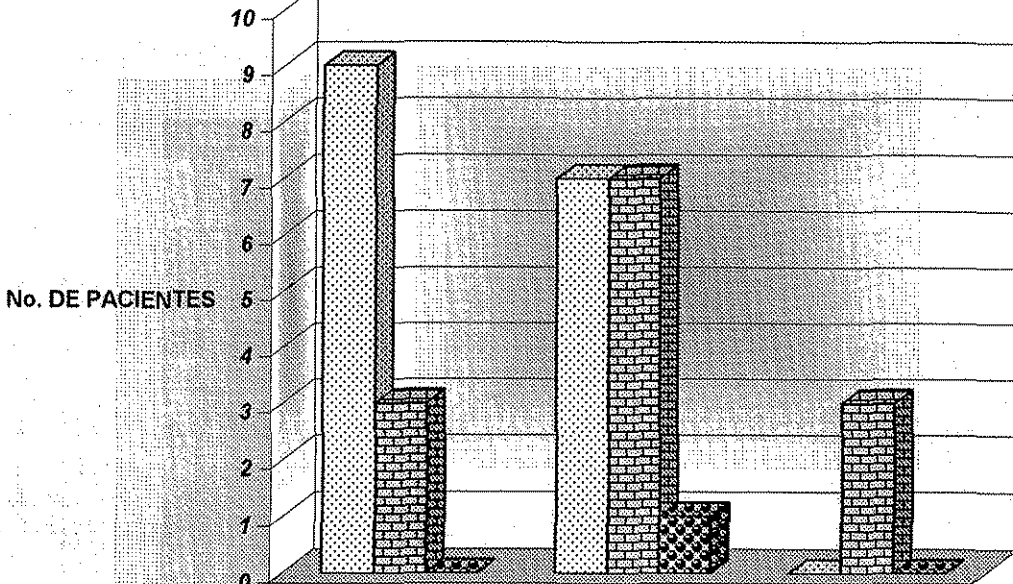
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN FRONTERAS INTERNAS
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 23

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LA S FRONTERAS
INTERNAS**



	LIMITES CLAROS	LIMITES DIFUSOS	LIMITES RIGIDOS
▣ MAYOR FUNCIONALIDAD	9	7	0
▤ MEDIANA FUNCIONALIDAD	3	7	3
▥ MENOR FUNCIONALIDAD	0	1	0

FRONTERAS INTERNAS

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN GRADO DE FLEXIBILIDAD
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 24

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LA GRADO DE FLEXIBILIDAD

FLEXIBILIDAD	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
TOTAL RIGIDO	0	0	0
RIGIDO	0	0	0
NI FLEXIBLE NI RIGIDO	0	5	0
FLEXIBLE	12	8	1
TOTAL FLEXIBLE	0	2	2
TOTAL	12	15	3

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACORDE A GRADO DE FLEXIBILIDAD (PORCENTAJES)

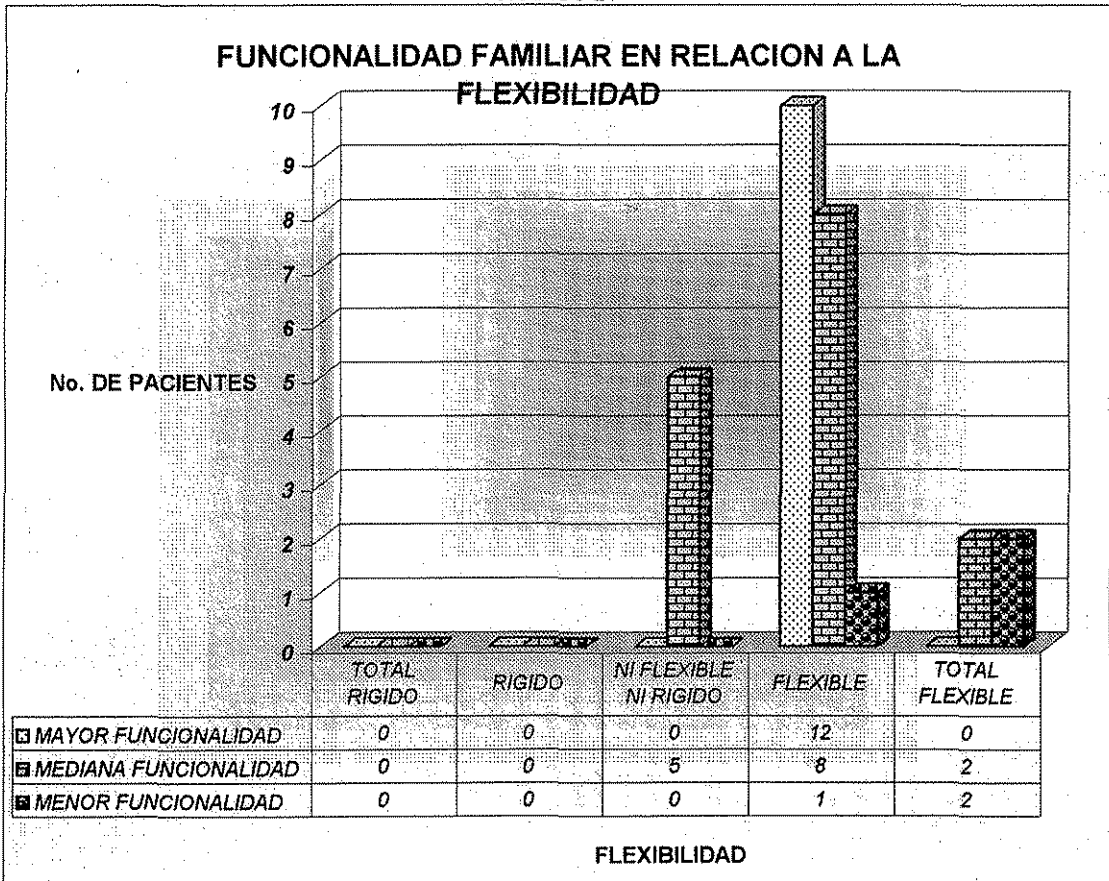
FLEXIBILIDAD	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
TOTAL RIGIDO	0.00	0.00	0.00
RIGIDO	0.00	0.00	0.00
NI FLEXIBLE NI RIGIDO	0.00	16.67	0.00
FLEXIBLE	40.00	26.67	3.33
TOTAL FLEXIBLE	0.00	6.67	6.67
TOTAL	40.0	50.0	10.0

FUENTE: ENCUESTA I REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN GRADO DE FLEXIBILIDAD
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 24



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDA DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN FORMACION DE ALIANZAS Y COALICIONES
DE PACIENTES CON IRC EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

TABLA 25

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A ALIANZAS Y COALICIONES (PORCENTAJES)

CERCANIA vs DISTANCIA	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
CON ALIANZAS	10	7	1
SIN ALIANZAS NI COALICIONES	2	8	2
TOTAL	12	15	3

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACORDE A ALIANZAS Y COALICIONES

CERCANIA vs DISTANCIA	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
CON ALIANZAS	33.33	23.33	3.33
SIN ALIANZAS NI COALICIONES	6.67	26.67	6.67
TOTAL	40.0	50.0	10.0

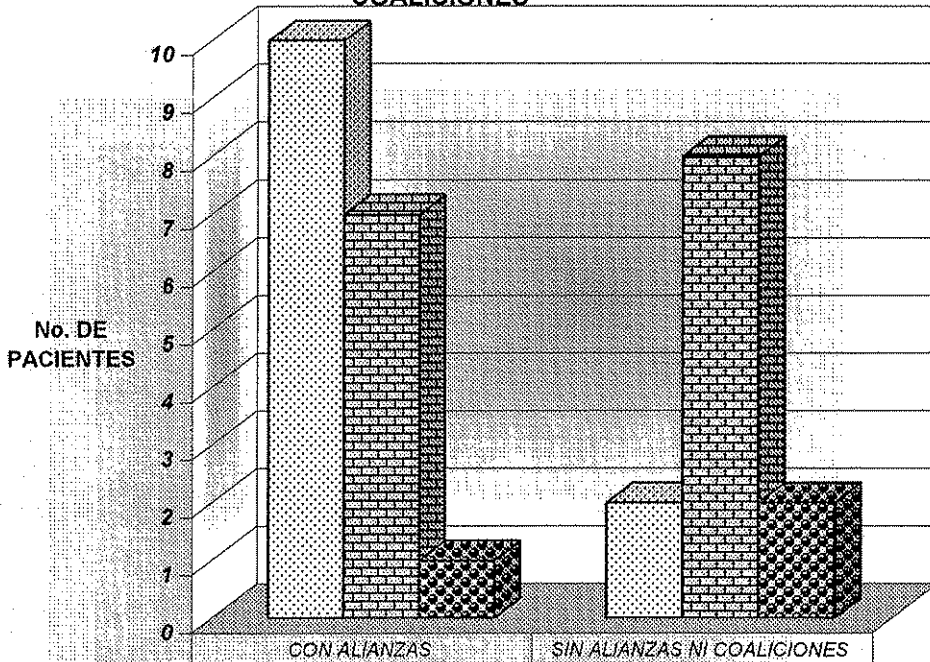
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN FORMACION DE ALIANZAS Y COALICIONES
DE PACIENTES CON IRC VISTOS EN LA UNIDAD DE DIALISIS
DEL H.G.Z. 24 DE OCTUBRE-DICIEMBRE 2000**

GRAFICO 25

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A ALIANZAS Y
COALICIONES**



	CON ALIANZAS	SIN ALIANZAS NI COALICIONES
<input type="checkbox"/> MAYOR FUNCIONALIDAD	10	2
<input type="checkbox"/> MEDIANA FUNCIONALIDAD	7	8
<input type="checkbox"/> MENOR FUNCIONALIDAD	1	2

ALIANZAS Y COALICIONES

ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON IRC DE LA UNIDAD DE DIALISIS DEL H.G.Z. 24



ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de la presente investigación nos muestra que en cuanto a los grupos de edad de presentación de la IRC se presenta más frecuentemente entre la 5ª y 6ª década de la vida y menos frecuente entre la 2ª y 3ª décadas de la vida situación que coincide con lo reportado por la literatura de que su presentación es más frecuente en adultos mayores que en los jóvenes (1,2) y lo que es debido a su vez a la etiología que lleva a la producción de daño renal irreversible así como a la etiología dada por las enfermedades crónico-degenerativas con más frecuencia. En cuanto al sexo, no hubo predominio por ninguno de éstos dos ya que se dividieron ambos grupos en un 50% respectivamente, en relación con lo reportado por otros autores se ha observado un discreto predominio por el sexo masculino hasta en un 60%(2), pero es debido básicamente a la etiología de la enfermedad. Finalmente en cuanto a la etiología de la enfermedad encontrada en éste trabajo. se debe principalmente a la diabetes mellitus en un 43.3% seguido de las hipertensión arterial en un 16.6% y de las glomerulonefritis con la misma frecuencia, lo cual concuerda con lo reportado por la literatura en que se encuentran estos tres padecimientos en orden descendente (1,2).

El análisis del nivel de calidad de vida nos mostró que la Actividad de la Vida Diaria (AVD) con mejor desempeño fue la independencia en un 73.3%, seguidos de las necesidades de atención médica con un 50%; en cuanto a las AVD más afectadas son el desempeño laboral en donde hasta un 76.6% de los pacientes tuvieron un mal desempeño, seguido del desempeño social en un 66.6% de los pacientes y finalmente en el desempeño familiar en donde no hubo una diferencia estadísticamente significativa. En base a éstos parámetros, la calificación global de la calidad de vida muestra que la mayoría de los

pacientes, un 76.6% tuvieron una regular calidad de vida, seguidos de una mala calidad de vida en un 13.3% y una buena calidad de vida con sólo un 10% del total, situación que nos ilustra que la calidad de vida de éstos pacientes es en general mala. Estas cifras mencionadas coinciden con lo reportado por la literatura en cuanto a que el desempeño laboral es frecuentemente tan afectado, que llegan al grado de que muchos pacientes abandonen su trabajo a causa de la enfermedad resultando en una peor calidad de vida. Además, se ha observado en estudios realizados en cuanto a calidad de vida que la afección de el área física es menor que la del área psicosocial, lo cual coincide con nuestros resultados en que la menor afección esta dada en la independencia del paciente y la mayor afección esta dado sobre su desempeño social y laboral así como familiar. (24, 32, 36, 37)

En cuanto a la aplicación del FACES III para la valoración de la funcionalidad familiar mediante la cohesión y adaptabilidad, obtuvimos que en cuanto a cohesión se observa que los lazos emocionales entre los integrantes y el individuo se presentan más frecuentemente de tipo semirelacionados en un 53.3% y menos frecuentemente el lado extremo, es decir, el no relacionado y el aglutinado, cuyos resultados no coincidieron con lo reportado por la literatura, en donde se menciona que las familias de pacientes con enfermedades crónicas tienden a aglutinarse y girar en torno al paciente. (7, 9) En el rubro de adaptabilidad se observa que las formas más frecuentes adoptadas por las familias son la estructurada y la flexible en un 33.3% y 26.7% respectivamente así como el núcleo caótico con un 30% y menos frecuente la rigidez en un 10% lo cual coincide con la literatura que reporta que éstas familias tienden a la modificación y adecuación de los roles. (7) Una vez con éstos parámetros la funcionalidad familiar más frecuentemente observada en éstos pacientes es en el grado de mediana funcionalidad seguida de la mayor funcionalidad y en un menor porcentaje una menor funcionalidad, resultados

que encontramos relacionados con reportes publicados acerca de ésta variables, en donde se menciona que cuando existe un miembro de la familia con una enfermedad crónica, ésta repercute directamente sobre la familia y su dinámica familiar, de la cual el paciente forma parte.(7, 8, 9).

En cuanto a la valoración de los mapas familiares y la evaluación de la jerarquía ésta se encuentra depositada más frecuentemente en el esposo hasta en un 40%, los límites externos son más frecuentemente claros y difusos en un 43.3% y 53.3% y los límites internos más frecuentemente son claros y difusos; el grado de flexibilidad más frecuentemente observada fue la flexible en un 70% y los grados extremos totalmente flexible, totalmente rígido y rígido en una menor proporción. De alianzas y coaliciones se observó la formación de alianzas en un 60% y sin alianzas ni coaliciones en un 40%, parámetro no valorable dada la dificultad de los pacientes de expresar claramente la formación o no de éste rubro; cabe mencionar que la formación de éstas alianzas cuando se presentaron, fueron entre subsistema conyugal y fraterno principalmente. Como se puede observar los resultados van acordes a los arrojados por el FACES III en cuanto a que los límites son más frecuentemente claros o difusos y menor frecuente rígidos y la flexibilidad más frecuente el grado flexible. Lo que a su vez coincide con lo reportado en estudios previos acerca del grado de maleabilidad que tienen éstas familias con un miembro con enfermedad crónica así como del grado de límites difusos que éstos llegan a tener en un determinado momento de la evolución de la enfermedad, y la menor frecuencia de límites rígidos tanto internos como externos y los grados extremos de flexibilidad. lo cual nos habla como se menciono anteriormente de la maleabilidad y modificaciones que la familia tiene que realizar en su estructura con el objetivo de tratar de mantenerse en homeostasis.. (7,8,9).

La relación encontrada entre calidad de vida y funcionalidad familiar fue que en

familias con mayor grado de funcionalidad, la calidad de vida fue regular y buena; en los pacientes con mediana funcionalidad familiar la calidad de vida observada fue una regular calidad de vida en un 43.3% y para aquellos con menor funcionalidad familiar se observó solo un 10% de pacientes con regular calidad de vida, analizando éstos resultados mediante la prueba de X^2 nos traduce en una $p < 0.05$, estadísticamente significativa, esto es, que ambas variables se encuentran relacionadas.

En cuanto a la relación entre la funcionalidad familiar y el miembro de la familia en quien esta depositada la jerarquía, tenemos que las familias con mayor grado de funcionalidad son aquellas en las que la jerarquía esta depositada en ambos cónyuges, lo cual se observó en un 20% y menor funcionalidad cuando se deposita en los hijos en un 6.7%; con lo que acorde a la prueba de X^2 nos muestra una $p < 0.05$, estadísticamente significativa.

En cuanto a la relación entre funcionalidad familiar y fronteras externas se observó que las familias son más funcionales cuando los límites se ubican entre claros y difusos en un 13 y 20% respectivamente, relación que nos lleva según la X^2 a una $p < 0.05$, estadísticamente significativa.

En lo que respecta a la relación entre funcionalidad familiar y límites internos se encontró mayor funcionalidad en límites claros y difusos en un 30 y 23.3% respectivamente y en un 0% con límites rígidos, así mismo se observó que a menor funcionalidad los límites son más difusos; relación que acorde a la prueba estadística de X^2 muestra una $p < 0.05$, estadísticamente significativo.

Para la relación entre funcionalidad familiar y grado de flexibilidad se observó que en familias con mayor grado de funcionalidad el grado de flexibilidad más frecuentemente observado fue el flexible en un 40%, para mediana

funcionalidad inflexible ni rígido en un 16.7; encontrando según la X^2 una $p < 0.05$, estadísticamente significativa.

Finalmente para la relación observada entre la funcionalidad familiar y la formación de alianzas y coaliciones, se observó que en aquellos pacientes con mayor funcionalidad las alianzas se observaron en un 33.3%, mediana funcionalidad, las alianzas en un 23.3% y menor funcionalidad y alianzas en un 3.3%; relación explicada a través de la prueba estadística de X^2 , que muestra una $p < 0.05$, estadísticamente significativo, esto es, que las variables mencionadas se encuentran relacionadas.

CONCLUSIONES

El presente estudio realizado en el H.G.Z. No. 24 del IMSS se llevó a cabo en la unidad de diálisis, en el periodo comprendido de octubre a diciembre del año 2000, en donde se realizaron encuestas a 30 pacientes con IRC en manejo sustitutivo con diálisis peritoneal intermitente y el cual nos permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- La edad de los pacientes que se encuentran en manejo con diálisis peritoneal secundario a IRC es más frecuente entre la 5ª. Y 6ª. décadas de la vida y menos frecuente en la 2ª. Y 3ª. décadas de la vida. No existió diferencia significativa entre sexos, siendo del 50% para cada uno de éstos; Y en cuanto a la etiología de la insuficiencia renal crónica, se debió en orden descendente de frecuencias a diabetes mellitus, hipertensión arterial y glomerulonefritis, lo cual explica a su vez el rango de edad de presentación y sexo; cabe resaltar que la etiología principal esta dada básicamente por las enfermedades crónicas degenerativas en adultos mayores y en enfermedades infecciosas en jóvenes.
- En cuanto a la calidad de vida, se observó que en la mayor parte de los pacientes tienen una regular calidad de vida, seguidos de una mala calidad de vida y finalmente en una menor proporción una buena calidad de vida. Las actividades de la vida diaria más afectadas son el desempeño laboral y social, seguidos de el familiar y con un mejor desempeño las necesidades de atención médica y la independencia. Para la funcionalidad familiar, se observó que la mayoría de los pacientes tienen una mediana funcionalidad familiar, seguida de una mayor funcionalidad y en mínima proporción una menor funcionalidad familiar. Una vez relacionadas éstas variables se encontró que a mayor funcionalidad un grado regular de calidad de vida y una buena calidad

de vida, encontrándose más frecuentemente la asociación entre mayor funcionalidad y regular calidad de vida, lo cual fue estadísticamente significativo.

- El análisis de los mapas familiares nos permiten concluir por rubros, que cuando la jerarquía se encuentra depositada en ambos cónyuges, la familia es más funcional; en cuanto a los límites externos cuando éstos son claros y difusos, hay una mejor funcionalidad; con los límites internos sucede de igual manera; en cuanto al grado de flexibilidad, cuando las familias se encuentran en un grado intermedio de flexibilidad son más funcionales y finalmente en cuanto a alianzas, cuando éstas son funcionales el grado de funcionalidad familiar es mejor; relación que estadísticamente fue significativa.
- Lo anterior nos permite concluir que la funcionalidad familiar se encuentra en relación directa con el nivel de calidad de vida, así como que cuando la jerarquía es compartida, los límites claros, el grado de flexibilidad flexible y maleable y las alianzas son funcionales, el nivel de funcionalidad familiar es mayor, variables relacionadas y mostradas estadísticamente significativas para todas las analizadas, lo cual nos da la pauta para que en un futuro se sistematice la evaluación de los mapas familiares en primer lugar y nos sea de utilidad en la consulta cotidiana del Médico Familiar. Además con lo observado en éste trabajo de investigación, acerca de las alteraciones por las que atraviesa el paciente con enfermedad crónica así como su familia, se propongan más adelante en otros estudios, alternativas de solución tanto a nivel individual como grupal.



COMENTARIO

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad crónica e irreversible que trae consigo una serie de alteraciones en toda la economía y tiene un curso inexorable hacia la IRC terminal. La IRC como enfermedad crónica una vez instalada y con todas sus alteraciones subsecuentes, requiere de manejo sustitutivo con diálisis peritoneal, lo cual crea en el paciente una dependencia externa que por ende afecta su calidad de vida de forma importante y dado que el paciente forma parte de un núcleo familiar es comprensible entender que la dinámica familiar del mismo se vea alterada. Por otra parte, representa un problema de salud pública tanto por sus repercusiones a nivel médico como económico.

De ésta forma, la IRC produce alteraciones en la calidad de vida de quien la padece tanto por sus manifestaciones como por la dependencia que crea en el paciente dado el manejo sustitutivo que requiere y que además y secundariamente a la alteración en la vida de quien la padece produce una alteración de todo el sistema familiar del cual el individuo forma parte.

La edad de presentación de la IRC se presenta en adultos mayores principalmente, y con menor frecuencia en adultos jóvenes y es debida básicamente en el primero de los grupos a las enfermedades crónico-degenerativas y en el segundo grupo a las enfermedades infecciosas renales. No existe diferencia significativa entre sexos y en cuanto a la etiología son en orden de frecuencia la diabetes mellitus, hipertensión arterial y glomerulonefritis. Lo cual resulta de suma importancia conocer ya que éstas son patologías muy comunes en la consulta cotidiana de los Médicos tanto de primero como de segundo nivel de atención y enfatizando que es sobre la

evitación de los factores que llevan a la progresión de la IRC en donde debería de ubicarse el principal papel que debe desempeñar el Médico en éstos niveles de atención sobre los que hay que actuar, para tratar y utilizar todas las medidas que se encuentren a nuestro alcance para retardar y si es posible evitar la progresión hacia la IRC terminal.

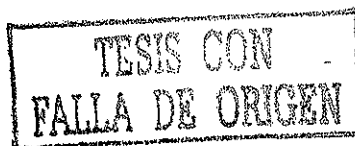
Como se a mencionado en párrafos anteriores, una enfermedad que es crónica, que requiere de manejo sustitutivo y en la que la muerte no es un proceso que ocurra en forma temprana, resulta de trascendental importancia la investigación de la calidad de vida que va a tener ese paciente, ya con las manifestaciones de la enfermedad tiene para encontrarse en mal estado y que aunado a lo anterior el paciente tenga que verse sometido a un manejo sustitutivo de tipo invasivo y que crea dependencia externa, es sencillo comprender la repercusión que existe sobre el paciente; lo cual viene a justificar como en éste y otros estudios reportados nos damos cuenta de que la calidad de vida es en general mala, ya que sólo un 10% de éste grupo de pacientes tuvo una buena calidad de vida y que de éstos dominios de la calidad de vida, los más afectados en los pacientes son el desempeño laboral y social seguido del desempeño familiar y menos afectadas las necesidades de atención médica y la independenciam del paciente., lo cual deriva directamente de la repercusión que tiene la enfermedad básicamente sobre el área psicosocial y no tanto sobre el área física.

Cabe mencionar que además y acorde al enfoque sistémico, es de esperarse que la dinámica familiar del paciente de la cual él forma parte, se vea afectada debido a la presencia del mismo, y en éste estudio se nos muestra como la dinámica familiar es principalmente una mediana funcionalidad y sólo en un pequeño porcentaje -10%- es mala funcionalidad, Además observamos como en cuanto a la cohesión y adaptabilidad éstas se

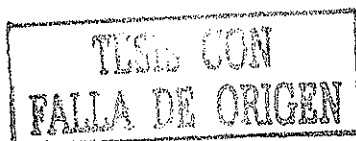
encuentran generalmente en lo semirelacionado para la primera y flexible para la segunda, encontrando los grado extremos en una menor proporción.

Finalmente la utilización de los mapas familiares para la valoración de la dinámica familiar mostró mucha relación comparada con el FACES III; de ésta manera nos permite establecer el presente estudio que cuando la jerarquía se encuentra depositada en ambos cónyuges la funcionalidad es mayor y cuando se encuentra en los hijos, la familia es menos funcional. En lo que respecta a las fronteras, para las externas existe una mayor funcionalidad familiar cuando éstas son claras y difusas y de la misma manera para los límites internos. Cuando se valoró la dinámica familiar y el grado de flexibilidad en las familias con los mapas familiares, se observó que las familias son más funcionales cuando ese grado de flexibilidad es flexible y menos funcional cuando se ubica en los grados extremos de flexibilidad. Finalmente en cuanto a la formación de alianzas y coaliciones, aunque éste punto fue muy subjetivo ya que para los pacientes fue un tanto difícil hablar acerca de éste parámetro, se encontraron que aún a pesar de lo ya mencionado que cuando existen alianzas la funcionalidad familiar es mayor que cuando no existen ni éstas ni coaliciones.

Estos parámetros y la relación con la funcionalidad familiar que fue valorada por el FACES III que es un instrumento validado, nos permite proponer las bases para la realización y sistematización del uso de los mapas familiares en cuanto a la valoración de la dinámica familiar y su interpretación por cada una de las variables estudiadas, ya que una vez observado en que casos la funcionalidad es mayor, permite proponer mediante éstos punto un nuevo instrumento que nos ayude en el desempeño diario del Médico Familiar y a la vez es una herramienta que utilizada nos facilita la tarea correctora en nuestro papel como psicoeducadores.



El presente estudio de investigación resulta de suma importancia, ya que nos arroja resultados en los cuales existe mucho que hacer, ya que se deben de tomar medidas para trabajar con éstos pacientes y no sólo sobre ellos, sino también con sus familias, como ya lo mencioné desde que se detecte la primera afección de daño renal y una vez instalado el mismo y todo con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida del paciente ya que como se mencionó que en éste tipo de enfermedades la calidad de vida se afecta en la mayoría de los pacientes y se espera que una vez desempeñado un papel para la mejora de la calidad de vida del paciente, se espere tener un mejor desempeño familiar, con lo cual queda abierta la propuesta tanto para la sistematización de los mapas familiares como una herramienta de trabajo, como para las propuestas de mejora acerca de la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes.



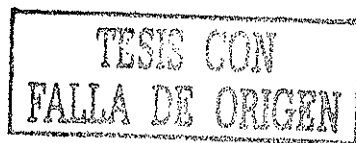
RESUMEN

El presente es un estudio de tipo prospectivo, observacional y transversal, realizado en el H.G.Z. 24 del IMSS del periodo comprendido de octubre-diciembre del año 2000 en la Unidad de diálisis del mismo, con el objetivo de identificar la calidad de vida y dinámica familiar de los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal intermitente.

Se realizaron encuestas para la valoración de la calidad de vida a través de un instrumento que constó de 25 ítems y en donde se evaluaron 5 dominios de las actividades de la vida diaria, además se aplicaron dos instrumentos para la evaluación de la dinámica familiar, uno de ellos fue el FACES III la cual se conforma de 20 ítems que recogieron la percepción acerca de la cohesión y adaptabilidad de la familia, un 2º. Instrumento utilizado para éste análisis fue una encuesta para mapas familiares que constó de 25 ítems y que valoró los 5 parámetros propuestos para la valoración de los mapas familiares propuesto por Velasco

La prueba estadística utilizada fue la de comparación de grupos X^2 en donde todos aquellos resultados con un valor de $p < 0.05$ se consideraron como significativos.

Los resultados mostraron que la edad de éstos pacientes fue más frecuente en la 5ª y 6ª. Décadas de la vida, sin diferencia en cuanto a sexo, con etiología principalmente dada por las enfermedades crónico-degenerativas. La calidad de vida de los pacientes se ubica principalmente con un nivel de desempeño regular y malo y el grado de funcionalidad familiar es en la mayor parte de los



pacientes con una mediana funcionalidad familiar, por otra parte en cuanto a la valoración de mapas familiares, se observó que la jerarquía compartida fue la más funcional, los límites tanto internos como externos cuando con claros son más funcionales, el grado de flexibilidad es más funcional cuando más flexible es la familia y la formación de alianzas cuando son funcionales permiten una mayor funcionalidad familiar.

De éste estudio se concluye que el grado de funcionalidad familia se relaciono directamente con el nivel de calidad de vida, además el grado de funcionalidad familiar se encuentra en íntima relación con lo propuesto con los mapas familiares en cuanto a jerarquía, límites externos, límites internos, flexibilidad y alianzas y coaliciones, ya que entre más funcionales son éstos mayor relación encontrada con el nivel de funcionalidad familiar acorde al FACES III.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Perrin E. Y Gerrity S. Desarrollo de los niños con enfermedades crónicas, Clínicas Médicas de Norteamérica, México, 1988, pp 87.
- 2.- Wilson J., Braunwald E., Isselbacher K.J., et. al., Harrison Principios de Medicina Interna, Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 12a. Ed., México, 1991, pp 2556.
- 3.- Mac Gregor G. J. La Insuficiencia Renal Crónica, Actualidades en Medicina Interna, México D.F., No. 3, 1999, pp 21.
- 4.- <http://www.friat.es/> Insuficiencia Renal. Información general sobre la insuficiencia renal. 1998. pp 8.
- 5.- Ramos Rangel M.A., Torres Zamora M., Experiencia de 9 años (1983-1991) con el tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en pacientes con IRC, Rev Mex Nefrología, Vol. 12, No. 2, 1992, pp. 43-54.
- 6.-Torres Zamora M. Progresión de la Insuficiencia Renal Crónica. Rev mex de Nefrología, Vol. 16, No. 2, 1995, pp 65-72.
- 7.- Otero F:C:, Santoyo R.V., Schettino M.M., et al, Análisis, costo efectividad de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis, Dirección de prestaciones médicas, Departamento de nefrología, Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS, Universidad de York, Inglaterra, 1999, pp 55.
- 8.- Selgas R., Tratamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal, MEDICINE, 4ª. Ed. Julio, 1995, pp 22-37.
- 9.- García Peña Ma. Del C., Reyes Morales H., Garduño Espinoza J., et al, La calidad de vida del paciente diabético tipo 2 y factores relacionados. Rev Med IMSS, México, 1995, 33:293-298.
- 10.- Arias Gómez J., Hernández Hernández D., Benítez Aranda H., et al. Un instrumento para medir la calidad de vida por medio del desempeño diario en pacientes pediátricos con leucemia. Gac Med Méx, Vol 32, No. 1, pp 19-27.
- 11.- <http://www.infodoctor.org/respirar/edo.htm>. ¿Qué es la calidad de vida? Agosto del 2000, pp 4.

12. Cardiel Ríos M., La Medición de la calidad de vida, Temas de medicina Interna, epidemiología clínica, sociación de Medicina Interna A.C. Vol II, No. 2, 1994, pp 189-199.
- 13.- Irigoyen Coria A., Gómez C. F., Hernández Ramírez C., et al., Diagnóstico Familiar, Ed. Medicina Familiar Mexicana, 5ª. Ed, México, 1996, pp. 99.
- 14.- Lara Muñóz M. Del C., Ponce de León S., De la Fuente J. R., Conceptualización y medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer, Rev Invest Clín 1995, 47:312-27.
- 15.- <http://www.aulamédica.es/nefrología/nefro2-00-org7e.htm/>. Rebollo P. Y Bobes J., González M., et al. Factores asociados a la calidad d e vida relacionada con la salud de los pacientes en terapia renal sustitutiva, Vol. XX, No. 2, 2000 pp 14.
- 16.- Kalman T. P., Wilson P.P., Kalman C:M: Psychiatruc morbidity in long-term renal transplant recipients and patients undergoing hemodialysis, JAMA, 250 (1): 55-58, 1993.
- 17.- Ohkubo M., The quality of life after kidney transplantation in Japan, results stroma nation nilde questionnaire transplant proc, 1995, 27 (19): 1452-1457.
- 18.- Blum G. B., Gordillo P. G., Problemático psicosocial del niño con enfermedad crónica, Bol Med Hosp. Infant Méx, mayo 1989, 46(5):352-359.
- 19.- <http://www.geocites.com/hiponiqueo/family.htm/> Herrera Avila A. La familia Unidadde análisis, Diciembre 2000, pp 12.
- 20.- <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/osornio.htm/> Osornio Castillo L., Estructura y dinámica familiar de adolescentes del sexo femenino con intento de suicidio. Junio-julio 2000. pp 10.
- 21.- <http://memberstripod.cl/libertadasistida/parry01.htm> Parry Mobarec E. Factores psicosociales concurrentes en los resultados de la atención a jóvenes en un programa de rehabilitación en el medio libre, Dic 2000, pp 15.
- 22.- Velazco de Torres M. L. Mapas Familiares: su utilización en el diagnóstico y formulación de hipótesis terapéuticas. La psicología social en México, Vol. VII, 1998, pp 234-242.



23.- Minuchin Salvador, Fischman H., Técnicas de terapia familiar, Ed. Paidós, México, 1991, pp 286.

“A N E X O S”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
DELEGACION 01 NOROESTE
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

ENCUESTA PARA LA VALORACION DE MAPAS FAMILIARES

EDAD : _____ SEXO : MASC ____ FEM ____

CAUSA DE SU ENFERMEDAD: _____

LUGAR QUE OCUPA EN SU FAMILIA: _____

INDICACIONES: Indique con una cruz la respuesta que considere más apropiada a la pregunta planteada.

A) CLARIDAD EN LA JERARQUIA FAMILIAR:

1. ¿QUIÉN CONSIDERA USTED QUE MANDA EN SU CASA?
ESPOSO ____ ESPOSA ____ AMBOS ____ HIJOS ____ OTRO ____
2. ¿QUIÉN ES EL PROVEEDOR ECONOMICO EN SU FAMILIA?
ESPOSO ____ ESPOSA ____ AMBOS ____ HIJOS ____ OTRO ____
3. ¿QUIÉN OTORGA LOS PERMISOS Y LAS DISCIPLINAS EN SU FAMILIA?
ESPOSO ____ ESPOSA ____ AMBOS ____ HIJOS ____ OTRO ____
4. EN TU FAMILIA ¿TODOS TIENEN LA MISMA OPORTUNIDAD DE OPINAR?
SÍ _____ NO _____
5. ¿QUIEN IMPLANTA LAS SANCIONES EN SU FAMILIA?
ESPOSO ____ ESPOSA ____ AMBOS ____ HIJOS ____ OTRO ____

B) CLARIDAD EN LAS FRONTERAS ENTRE FAMILIA Y CONTEXTO EXTERNO:

1. ¿CON QUE FRECUENCIA TU FAMILIA VISITA O ES VISITADA POR FAMILIARES?
SIEMPRE ____ CASI SIEMPRE ____ ALGUNAS VECES ____ CASI NUNCA ____ NUNCA ____
2. ¿CON QUE RECUENCIA LA FAMILIA VISITA LUGARES RECREATIVOS, CULTURALES, RELIGIOSOS, ACUDE A FIESTAS, ETC?
SIEMPRE ____ CASI SIEMPRE ____ ALGUNAS VECES ____ CASI NUNCA ____ NUNCA ____
3. ¿EN LA COLONIA DONDE VIVES SON CONOCIDOS Y RESPETADOS POR SUS VECINOS?
SIEMPRE ____ CASI SIEMPRE ____ ALGUNAS VECES ____ CASI NUNCA ____ NUNCA ____
4. ¿INVIERTEN PARTE DE SU TIEMPO PARA ACUDIR A EL TRABAJO Y/O ESCUELA?
SIEMPRE ____ CASI SIEMPRE ____ ALGUNAS VECES ____ CASI NUNCA ____ NUNCA ____
5. ¿NECESITA TU FAMILIA DE AYUDA EXTERIOR PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE LO INVOLUCRAN EN PROBLEMAS DE SU COMUNIDAD?
SIEMPRE ____ CASI SIEMPRE ____ ALGUNAS VECES ____ CASI NUNCA ____ NUNCA ____

99



C) CLARIDAD DE FRONTERA ENTRE SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS:

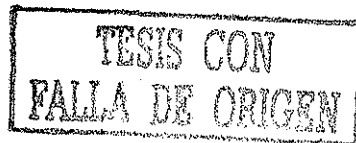
1. EN TU RELACION DE PAREJA ¿SE DAN LA OPORTUNIDAD DE REAIZAR SUS SUEÑOS O METAS PERSONALES?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
2. INTERVIENEN LOS HIJOS CUANDO LA PAREJA SE PELEA O DISCUTE:
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
3. ALGUNO DE LOS PADRES INTERVIENEN Y TRATA DE RESOLVER ALGUNO DE LOS PROBLEMAS QUE HAY ENTRE LOS HIJOS:
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
4. ¿LA RELACION ENTRE SUS HIJOS ES DE IGUALDAD Y RESPETO ENTRE ELLOS?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
5. PARTICIPAN LOS ABUELOS EN LAS DESICIONES DE LA FAMILIA:
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

D) EQUILIBRIO ENTRE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO (FLEXIBILIDAD):

1. LA COMUNICACIÓN EN TU FAMILIA ES CLARA Y DIRECTA:
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
2. SI ALGUIEN EN TU FAMILIA NO ASUME SU RESPONSABILIDAD ¿ALGUIEN LO HACE POR ELLA?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
3. CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE PROBLEMAS ¿LO COMENTA CON LOS DEMÁS?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
4. EXISTE DISPOSICION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA EXPERIMENTAR NUEVOS ROLES (POR EJEMPLO QUE LA MADRE TOMA EL LUGAR DEL PADRE EN CASO NECESARIO):
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____
5. ANTE UN PROBLEMA DE LA FAMILIA ¿SE TOMAN EN CUENTA TODAS LAS OPINIONES DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA PARA ENCONTRAR UNA SOLUCIÓN?
SIEMPRE _____ CASI SIEMPRE _____ ALGUNAS VECES _____ CASI NUNCA _____ NUNCA _____

E) CERCANIA CONTRA DISTANCIA (ALIANZAS Y COALICIONES) :

1. ¿EXISTEN EN LA FAMILIA ALGUNOS MIEMBROS QUE PARECEN ESTAR TAN CERCANOS QUE EL RESTO SE SIENTA FUERA DE LA FAMILIA?
SI _____ NO _____
2. ¿CUÁNDO SE UNEN DOS O MAS INTEGRANTES DE LA FAMILIA LO HACEN PARA AYUDAR A ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA MISMA?
SI _____ NO _____ QUIENES SE UNEN _____
3. ¿CUÁNDO SE UNEN DOS O MAS INTEGRANTES DE LA FAMILIA LO HACEN PARA PERJUDICAR A OTRO DE LS MISMA FAMILIA?
SI _____ NO _____ QUIENES SE UNEN _____
4. ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA SE HA VISTO FAVORECIDO POR LA UNION DE DOS O MAS MIEMBROS DE LA FAMILIA:
SI _____ NO _____ QUIEN _____
5. ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA SE HA VISTO PERJUDICADO POR LA UNION DE DOS O MAS MIEMBROS DE LA FAMILIA:
SI _____ NO _____ QUIEN _____



EVALUACIÓN DE LOS MAPAS FAMILIARES

A) CLARIDAD EN LA JERARQUIA FAMILIAR:

1. La jerarquía es compartida entre los esposos.
2. La jerarquía se encuentra depositada en un miembro de la familia:
Cónyuge _____ Hijos _____ Otros _____

B) CLARIDAD EN LAS FRONTERAS ENTRE FAMILIA Y CONTEXTO EXTERNO:

1. Límites Rígidos.....0-10
2. Límites Difusos.....11-17
3. Límites Claros.....18-25

C) CLARIDAD DE FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS E INDIVIDUOS:

1. Límites Rígidos.....0-10
2. Límites Difusos.....11-17
3. Límites Claros.....18-25

D) EQUILIBRIO ENTRE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO:

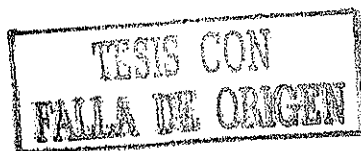
1. Totalmente Rígida.....1-5
2. Rígida.....6-10
3. Ni Flexible Ni Rígida.....11-15
4. Flexible.....16-20
5. Totalmente Flexible.....21-25

E) CERCANIA CONTRA DISTANCIA (ALIANZAS Y COALICIONES)

1. Existes Alianzas y Coaliciones: Si _____ No _____

3. ¿Quiénes se unen? Y ¿A favor o contra quien?

Subsistema conyugal _____ Hijos _____
Madre o Padre-Hijos _____ Cónyuge o Hijos _____
Hermano-Hermano _____ Hijo o Cónyuge _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
DELEGACION 01 NOROESTE
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

INSTRUMENTO PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA.

INSTRUCCIONES: Por favor lea detenidamente las preguntas que se le realizan y marque con una "X" en el paréntesis la alternativa que más se acerque a su opinión.

I. INDEPENDENCIA:

1. CUANDO USTED SE BAÑA LO HACE:

- a) Solo (3)
- b) Con ayuda de alguna persona (2)
- c) Alguien lo baña (1)

2. CUANDO USTED SE VISTE LO HACE:

- a) Solo (3)
- b) Con ayuda de alguna persona (2)
- c) Alguien lo baña (1)

3. CON RESPECTO A SU ARREGLO PERSONAL COMO PEINARSE, ELEGIR ROPA, ETC, UD:

- a) Lo hace al levantarse (3)
- b) Sólo si va a salir de su casa (2)
- c) No lo realiza (1)

4. SU DESEO DE COMER (APETITO) EN USTED ES:

- a) Bueno (3)
- b) Regular (2)
- c) Malo (1)

II. DESEMPEÑO EN SU NUCLEO FAMILIAR:

5. LAS RELACIONES DE CONVIVENCIA CON SU PAREJA SON:

- a) Han mejorado en los últimos meses (3)
- b) No se han modificado (2)
- c) Se han deteriorado (1)
- d) No tiene pareja (0)

6. LA RELACION DE AFECTO, COMUNICACIÓN, Y FORMA DE LLEVARSE CON SUS HIJOS :

- a) Han mejorado (3)
- b) No se han modificado (2)
- c) Se han deteriorado (1)
- d) No tiene hijos (0)

7. CUMPLE EN SU HOGAR CON LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDEN:

- a) Si las cumple (3)
- b) Se le tiene que estar diciendo para que lo haga (2)
- c) No tiene obligaciones asignadas (1)
- d) No realiza sus obligaciones (0)



8. LA ACTIVIDAD SEXUAL CON SU PAREJA ES:

- a) Ha mejorado (3)
- b) No se ha modificado en relación con antes de su enfermedad (2)
- c) Se han deteriorado (1)
- d) No tiene pareja (0)

III. DESEMPEÑO LABORAL:

9. DURANTE EL ÚLTIMO MES LA ASISTENCIA LABORAL:

- a) No ha faltado a su trabajo (3)
- b) Ha faltado de 2 a 6 veces en una semana (2)
- c) Ha faltado más de 7 ocasiones (1)
- d) No trabaja (0)

10. SU DESEMPEÑO LABORAL:

- a) Ha mejorado (3)
- b) No se ha modificado (2)
- c) Ha disminuido (1)

11. CON RELACION A SUS DEBERES Y OBLIGACIONES DENTRO DE DONDE TRABAJA:

- a) Han mejorado (3)
- b) No se han modificado (2)
- c) Se ha deteriorado en su cumplimiento (1)

12. HA CAMBIADO USTED DE TRABAJO:

- a) Nunca (3)
- b) Algunas veces (2)
- c) Muchas veces (1)

IV. DESEMPEÑO SOCIAL:

13. ANTES DE SABERSE CON ENFERMEDAD RENAL Y DE ENCONTRARSE EN DIALISIS, REALIZABA ACTIVIDADES FISICAS Y DEPORTIVAS:

- a) Siempre (3)
- b) Ocasionalmente (2)
- c) Nunca (1)

14. POSTERIOR A SU ENFERMEDAD Y SU MANEJO CON DIALISIS, SUS ACTIVIDADES FISICAS Y DEPORTIVAS:

- a) Han mejorado (3)
- b) No se han modificado (2)
- c) Se han restringido en forma importante hasta casi imposibilitarlo (1)

15. LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO LO DEDICA A:

- a) Actividades laborales (3)
- b) Actividades en el hogar o su casa (2)
- c) Otras actividades, Como cuáles _____ (1)

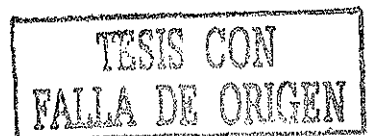
16. LAS ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPA CON AMISTADES Y VECINOS:

- a) Han mejorado (3)
- b) No se han modificado (2)
- c) Se han deteriorado (1)

17. USTED ACUDE A EVENTOS SOCIALES COMO FIESTAS, REUNIONES, ETC:

- a) Más que antes (3)
- b) Igual que antes (2)
- c) No acude aún que sea invitado. (1)

103



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. NECESIDAD DE ATENCION MEDICA:

18. LA ATENCION DE SU ENFERMEDAD DURANTE LOS ULTIMOS 2 MESES HA REQUERIDO DE:

- a) Acudir a consulta con previa cita (3)
- b) Acudir sólo en caso de que se sienta enfermo (2)
- c) Acudir frecuentemente a Urgencias u hospitalizacion (1)

19. CON RESPECTO A LAS MOLESTIAS QUE USTED TIENE DEBIDO ALTRATAMIENTO CON DIALISIS USTED:

- a) No se queja (3)
- b) Se queja en forma rara y esporádica (sólo de vez en cuando)(2)
- c) Se queja diario (1)

20. ESTAS MOLESTIAS MODIFICAN SUS ACTIVIDADES DIARIAS:

- a) No las ha modificado (3)
- b) Las modifica poco (2)
- c) Las modifica mucho (1)

21. CON RESPECTO A SU SALUD, USTED SIENTE ACTUALMENTE QUE SE ENCUENTRA:

- a) Bien (3)
- b) Regular (2)
- c) Mal (1)

22. SU MEDICO FAMILIAR LE COMENTA CON RESPECTO A SU ENFERMEDAD QUE SE ENCUENTRA CON ESTADO DE SALUD:

- a) Bueno (3)
- b) Regular (2)
- c) Malo (1)

23. LOS MEDICAMENTOS QUE USTED TOMA PARA CONTROLAR SU ENFERMEDAD LOS TOMA:

- a) Siempre (3)
- b) Cuando se acuerda (2)
- c) Cuando se siente mal (1)

24. DESDE HACE CUANTO TIEMPO LE DIJEROS QUE PADECIA DE ENFERMEDAD RENAL Y QUE REQUERIA TRATAMIENTO CON DIALISIS:

- a) Menos de 6 meses (3)
- b) Más de 1 año (2)
- c) Más de 5 años (1)

25. AGREGA A SUS COMIDAS SAL O MAS AGUA DE LA QUE TIENE INDICADO TOMAR

- a) Nunca (3)
- b) Sólo en ocasiones (2)
- c) Siempre ya que no lleva bien mi dieta (1)

104

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN E LA CALIDAD DE VIDA

I. INDEPENDENCIA:

Mal Desempeño.....3-6 puntos.
Regular Desempeño.....7-9 puntos.
Buen Desempeño.....10-12 puntos.

II. DESEMPEÑO EN EL NÚCLEO FAMILIAR:

Mal Desempeño.....0-4 puntos.
Regular Desempeño.....5-8 puntos.
Buen Desempeño.....9-12 puntos.

III. DESEMPEÑO LABORAL:

Mal Desempeño.....3-6 puntos.
Regular Desempeño.....7-9 puntos.
Buen Desempeño.....10-12 puntos.

IV. DESEMPEÑO SOCIAL:

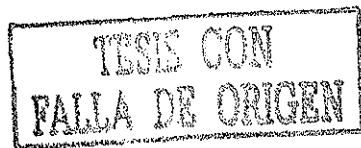
Mal Desempeño.....5-8 puntos.
Regular Desempeño.....9-12 puntos.
Buen Desempeño.....13-15 puntos.

V. NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA:

Mal Desempeño.....7-13 puntos.
Regular Desempeño.....14-18 puntos.
Buen Desempeño.....19-24 puntos.

- ESCALA DE EVALUACIÓN GLOBAL PARA CALIDAD DE VIDA:
- | | | |
|----------------|--------|-------------------------|
| ➤ 25-37 PUNTOS | —————▶ | MALA CALIDAD DE VIDA |
| ➤ 38-56 PUNTOS | —————▶ | REGULAR CALIDAD DE VIDA |
| ➤ 57-75 PUNTOS | —————▶ | BUENA CALIDAD DE VIDA |

108



ADAPTABILIDAD

Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Origina 16 combinaciones

Las mas funcionales:

Mejor cohesión y mejor adaptabilidad

Las de mediana funcionales:

Mejor cohesión y extrema adaptabilidad

Extrema cohesión y mejor adaptabilidad

Las menor funcionales:

Extrema cohesión y extrema adaptabilidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

107