



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 1 NOROESTE DEL D.F

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

“EL ROSARIO”



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PACIENTE CON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DE LA POBLACION
DERECHOHABIENTE DE LA UMF No. 33”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DR. JOSE CARLOS VALERIO RAMIREZ

**RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

ASESOR:

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR**

MEXICO D.F.

AGOSTO 2008



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitirme cumplir una meta más en mi vida y cuidar de mis seres queridos en los momentos de ausencia.

A Carolina:

Por tu comprensión, ayuda, consejos y tolerancia durante la residencia. Sin tu apoyo no lo habría conseguido.

A Hanny y Maní:

Por ser dos grandes alicientes para cumplir este objetivo y por su comprensión en los momentos que no pude estar a su lado.

A mis amigos

Héctor, Juan Carlos y Alicia, por su apoyo, aliento, confianza, honestidad y lealtad mostradas durante estos 3 años. Mi admiración y respeto para ustedes.

A mis padres:

Por sus valores inculcados y la fe en mí. Gracias de todo corazón. Dios los bendiga y guarde.

A mis profesores:

Por sus enseñanzas, orientación y experiencias vertidas durante la residencia.

Gracias.

INDICE	Página
RESUMEN.....1
INTRODUCCION.....2
ANTECEDENTES.....4
MATERIAL Y METODOS.....18
RESULTADOS.....27
ANALISIS.....46
CONCLUSIONES.....50
BIBLIOGRAFIA.....52
ANEXOS.....55

Valerio Ramírez JC, Morelos Cervantes MC, Funcionalidad familiar del paciente con insuficiencia renal crónica de la población derechohabiente de la UMF No 33. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis, México; Agosto 2008

Objetivos: Determinar la funcionalidad familiar del paciente con insuficiencia renal crónica de la población derechohabiente de la UMF No 33. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, y descriptivo en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de la UMF No 33 del IMSS. El tamaño de la muestra fue de 270 pacientes. Se aplicaron los instrumentos de evaluación FACES III, Apgar Familiar y un cuestionario para identificar las principales características sociodemográficas. **Resultados:** Se obtuvieron 270 encuestas (100%) de las cuales fueron 145 mujeres (54%) y 125 hombres (46%), con una edad media de 52.2, mediana de 57 y moda de 67 años. Predominó el grupo de casados con 164 pacientes (61%), el grupo sin programa de diálisis con 224 pacientes (83%) y en cuanto al ciclo vital familiar, el de etapa de independencia con 120 pacientes (44%). Respecto al FACES III, en Cohesión, se obtuvo una funcionalidad en 206 pacientes (76.3%) y disfuncionalidad en 64 pacientes (23.7%), en Adaptabilidad se obtuvo una funcionalidad en 210 pacientes (77.7%) y disfuncionalidad en 10 pacientes (22.3%), en el Apgar Familiar hubo funcionalidad en 181 pacientes (67%) y disfuncionalidad en 89 pacientes (33%). **Conclusiones:** El equipo de salud debe generar nuevas estrategias para un adecuado funcionamiento familiar y mejor afrontamiento de las crisis familiares ocasionadas por enfermedades crónico-degenerativas.

Palabras claves: insuficiencia renal crónica, funcionalidad familiar, adaptabilidad, cohesión, apgar familiar

INTRODUCCION

La Insuficiencia Renal Crónica (**IRC**) se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular. Generalmente cursa asintomática, hasta que el filtrado glomerular desciende por debajo de 10 ml/min. Entonces, aparecen las complicaciones propias del síndrome urémico, y se manifiesta mediante alteraciones: digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas. Si la función renal no se estabiliza, se produce una enfermedad renal terminal. En México, la IRC, constituye un problema de salud frecuente en la población, que genera un alto costo social y económico. Actualmente existe un incremento de pacientes, se estima que cada año son alrededor de 35 mil en todo el sistema de salud. A pesar de ser una causa importante de morbi-mortalidad, que repercute en el individuo la familia y sociedad, no se cuenta con estadísticas precisas acerca de las causas desencadenantes de insuficiencia renal crónica a nivel nacional, al respecto sólo existen reportes de algunas regiones del país, por lo que es importante contar con estadísticas de dicha enfermedad y que con base en éstas, se lleven a cabo medidas preventivas para evitar su desarrollo.

Las enfermedades crónico-degenerativas, ocasionan grandes cambios en las personas que las padecen. La insuficiencia renal crónica, provoca en México una alta demanda de consulta externa en el primer nivel de atención de la salud al igual que una demanda de tratamiento en el segundo nivel. Esto, provoca deterioro de la calidad de vida en los aspectos emocionales, físicos, sociales, familiares, sexuales y laborales.

En nuestro medio, la detección oportuna de dichas alteraciones deben ser realizadas por el Médico Familiar quien debe de usar todas las herramientas

necesarias para su pronta intervención. La estabilidad y unidad familiar se ve amenazada cuando ésta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son las enfermedades crónicas en este caso la IRC. Cuando la enfermedad se manifiesta en uno de integrantes, la familia requiere una reorganización y ajuste de sus roles en cada uno de sus miembros lo cual repercute en la funcionalidad familiar, esta reorganización sirve para que el enfermo reciba el apoyo físico y emocional que requiere, si este reajuste no es llevado a cabo de una manera adecuada surgen una serie de problemas que pueden llevar a la familia a una disfunción familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónico-degenerativas, ocasionan grandes cambios en las personas que las padecen. La insuficiencia renal crónica, provoca en México una alta demanda de consulta externa en el primer nivel de atención de la salud al igual que una demanda de tratamiento en el segundo nivel. Esto, provoca deterioro y cambios en la funcionalidad familiar así como en los aspectos emocionales, físicos, sociales, sexuales y laborales. En nuestro medio, la detección oportuna de dichas alteraciones deben ser realizadas por el Médico Familiar quien debe de usar todas las herramientas necesarias para su pronta intervención. La estabilidad y unidad familiar se ve amenazada cuando ésta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son las enfermedades crónicas en este caso la IRC.

Es factible de realizar nuestro estudio ya que contamos con familias derechohabientes de la clínica número 33 del IMSS con integrantes que padecen IRC y por otro lado se cuenta con recursos físicos y económicos para realizar el estudio. De acuerdo a las políticas del instituto consideramos que este tema se encuentra dentro de ellas ya que se trata de un problema de salud familiar que tiene relación directa con los médicos de las unidades de primer nivel de atención. Por lo anterior podemos plantear el siguiente problema:

¿Cuál es la funcionalidad familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica de la población derechohabiente de la UMF No 33?

ANTECEDENTES

Insuficiencia renal crónica

El concepto de Suficiencia Renal se aplica cuando los riñones desempeñan el 100% de sus funciones: homeostática, endocrina, excretora y metabólica. En México, la Insuficiencia Renal Crónica, constituye un problema de salud frecuente en la población, que genera un alto costo social y económico. Actualmente existe un incremento de pacientes, se estima que cada año son alrededor de 35000 en todo el sistema de salud. A pesar de ser una causa importante de morbi-mortalidad, que repercuten en el individuo, la familia y sociedad, no se cuenta con estadísticas precisas acerca de las causas desencadenantes de insuficiencia renal crónica a nivel nacional, al respecto sólo existen reportes de unas regiones del país, por lo que es importante contar con estadísticas de dicha enfermedad que con base a éstas, se lleven a cabo medidas preventivas para evitar su desarrollo. (1)

La insuficiencia renal crónica se puede producir como complicación de enfermedades: metabólicas, hereditarias, congénitas, obstructivas y vasculares.

En México las causas de insuficiencia renal crónica en orden de frecuencia son:

Etiología en adultos:

1. Nefropatía diabética.
2. Glomerulopatías.
3. Hipertensión arterial.
4. Neuropatía gotosa.
5. Enfermedad renal poliquística.

6. Neuropatía secundaria a enfermedades sistémicas (lupus eritematoso sistémico).
7. Infección crónica de vías urinarias.

Etiología en niños:

1. Malformaciones congénitas.
2. Glomerulopatías.
3. Enfermedad renal poliquística.

Desde el punto de vista clínico, los factores de riesgo que influyen en la progresión de enfermedades renales son:

- a) Hipertensión arterial.
- b) Proteinuria persistente.
- c) Hiperlipidemia.
- d) Descontrol metabólico.
- e) Procesos obstructivos.
- f) Dieta: hipercalórica, proteica, colesterolémica. (1,4)

La insuficiencia renal crónica (IRC) se puede clasificar en:

1. Fase Temprana: con un porcentaje de FG hasta 30-20 ml/min.
2. Fase Tardía: con un porcentaje de FG de 20-10 ml/min.
3. Fase Terminal: con porcentaje de FG menor de 10 ml/min. (1)
4. La uremia, definida como IRC sintomática se manifiesta en la Fase Tardía y Terminal y pone en peligro la vida del paciente.

La aparición y magnitud del cuadro clínico de la IRC varía mucho de un paciente a otro, según la causa, la masa renal funcionante y la velocidad con que se pierde la función renal.

El objetivo del tratamiento varía en la relación con la fase en que se encuentra el paciente, entre los más importantes están los siguientes:

1. Procurar la máxima calidad de vida del paciente durante todas las etapas de su tratamiento.
2. Retardar la progresión del daño y la insuficiencia renal.
3. Revertir y/o aminorar el síndrome urémico.
4. Evitar y/o corregir las complicaciones consecutivas al tratamiento del síndrome urémico. (1,3)

En el manejo de la IRC se consideran tres modalidades.

1. Terapia nutricional.

El principio de la terapia nutricional consiste en prevenir los síntomas urémicos en el transcurso de la progresión de la enfermedad independientemente de la etiología. El segundo objetivo es conservar la función renal residual y retardar el grado de progresión. Por tal motivo, los requerimientos dietéticos en pacientes con IRC deben ser individualizados de acuerdo al grado de función renal de cada paciente; se requiere un ajuste tanto en las proteínas (por las pérdidas que se producen en el tratamiento dialítico y/o a través de la orina), calorías, lípidos, sodio, potasio y fosfatos, así como de los líquidos dependerá del volumen urinario que tenga el paciente, el cual puede ser alto, normal o nulo. Este tipo de terapia requiere la supervisión de un especialista del servicio de dietética y nutrición.

2. Terapia mediante procedimientos de diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Cuando el paciente no logra conservar un adecuado control ácido-base, excretar productos tóxicos del organismo, mantener el equilibrio de sodio y líquidos corporales, debe iniciarse el tratamiento dialítico. Ambos

procedimientos están encaminados a ajustar la concentración de solutos en sangre, eliminar las sustancias tóxicas y a remover el exceso de líquidos del organismo. (1, 3, 4)

3. Transplante renal.

Constituye la mejor alternativa de tratamiento para el paciente urémico crónico, y ofrece mejores posibilidades de rehabilitación y calidad de vida. Sin embargo, no a todos los pacientes se les puede realizar el transplante renal, ya que deben someterse a una evaluación rigurosa, sin olvidar que pueden existir problemas de índole inmunológico, infeccioso y de carácter social. Por otro lado, hay que recordar que la donación es voluntaria y altruista, los menores de edad están impedidos y no pueden ser donadores vivos. Actualmente no se cuenta con una adecuada disponibilidad de órganos, debido a la insuficiencia de donadores. (1)

Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. El paciente con insuficiencia renal está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad la cooperación familiar es indispensable. (2)

Las enfermedades del riñón constituyen una de las causas más frecuentes de egreso hospitalario en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A partir de 1982, este grupo de diagnóstico aparece en los primeros 30 motivos y durante 1988 y 1989, ocuparon el 11º y 8º lugares respectivamente. En términos porcentuales su incremento ha sido mayor al 100% en los últimos 8 años. Así mismo en el

egreso hospitalario por defunción renal, ocupó el 6º lugar dentro de los 20 motivos más frecuentes de egreso hospitalario. (3)

En Estados Unidos se considera que existen aproximadamente 20 millones de enfermos. Los recursos son escasos y los costos, elevados: 5.5% del presupuesto de Medicare se destina a 0.8 de la población con insuficiencia renal crónica. El costo de la atención por diálisis peritoneal en el Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa uno de los primeros lugares. En el ISSSTE la insuficiencia renal crónica ocupa el segundo sitio entre los cinco padecimientos que consumen 78% del presupuesto médico de esa institución. En un estudio de la Fundación Mexicana para la salud, el Dr. Julio Frenk clasificó a la insuficiencia renal crónica como la segunda enfermedad que provoca un mayor número de años de vida perdidos. (4)

El tratamiento por diálisis crónica origina un estrés aún en pacientes y familias bien adaptados, para cuya confrontación son esenciales el apoyo médico, técnico, de enfermería y de trabajo social.

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. (5, 6)

La tendencia de la investigación y la intervención en la familia como grupo social se contrapone a una larga tradición epidemiológica, que considera a la familia como factor protector y de apoyo, sin embargo también puede ser considerada como generadora de patología. Por lo que el buen funcionamiento familiar esta relacionado con una conveniente integración de la familia,

adecuada autoestima y sistemas de apoyo social, de igual manera el estrés individual y familiar ejerce efectos perjudiciales a largo plazo, aunque depende la capacidad de adaptación del individuo y la familia contengan; en ello influyen varios aspectos de esta última, desde su estructura y dinámica hasta el entorno de la misma, de esta manera la familia influye fuertemente en la presencia y control de las enfermedades. (7)

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponden realizar a los integrantes de las familias como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales. Esto hace que el grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar sea muy complejo.

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. (8)

Los profesionales deben considerar el funcionamiento familiar desde el punto de vista de la flexibilidad, fortaleza y grado de compromiso que requerirá dar respuesta a una enfermedad.

Los principales modelos sistémicos de funcionalidad familiar incorporan los conceptos de organización, adaptabilidad, cohesión, y estilos de comunicación.

Es importante evaluar todas las áreas básicas del funcionamiento familiar. Como todas las familias tienen áreas de relativa fortaleza y vulnerabilidad, la

calidad de adaptación de una familia a las demandas psicosociales de diferentes enfermedades pueden variar enormemente. Ciertas enfermedades y fases temporales pueden apelar a los puntos fuertes de la familia y otras a sus debilidades. (6)

El ser humano es la unidad biopsicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialéctico entre soma y psiquis. Los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud-enfermedad; como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social. La enfermedad crónica es por definición un padecimiento usualmente lento e irreversible que lleva progresivamente al deterioro y pérdida gradual de las capacidades del individuo.

Es un padecimiento lento e irreversible que deteriora las capacidades del individuo y determina cambios sobre su imagen y relaciones sociales y familiares.

El enfermo portador de IRC experimenta alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares importantes; en el plano psicológico la enfermedad impacta sobre imagen y estima del paciente, quien al verse obligado a depender del cuidado de familiares o personal especializado y haber modificación de su estilo de vida, puede asumir desde una conducta pesimista y fatalista hasta una conducta agresiva o francamente psicopatológica, pasando por períodos de distimia y depresión; condición que tiene una

repercusión importante sobre las relaciones que establece con familiares, compañeros de trabajo y personal de salud.

En el plano familiar la enfermedad crónica genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar. (9)

Las escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III), es la tercera versión de un instrumento para evaluar la cohesión y adaptabilidad en la familia, es un instrumento desarrollado por Olson y col. en 1985. La versión en español de Gómez-Claverina y col. es de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad. Integra dos dimensiones de la funcionalidad familiar, que son: Adaptabilidad, que se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. Y Cohesión, la cual se define como el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí. (10,11)

La adaptabilidad es uno de los requisitos principales para el buen funcionamiento del sistema familiar. La estabilidad y la flexibilidad son necesidades complementarias. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas. Las familias que se encuentran en los extremos de continuo de adaptabilidad tendrán más problemas con cierto tipo de enfermedades. (12)

La cohesión, la otra dimensión central de la organización familiar, ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta

que tendrá la familia frente a la enfermedad. Las familias deben encontrar un equilibrio entre la necesidad de proximidad y conexión y el respeto por la separación y las diferencias individuales.

La evaluación integral de la familia que incluya la etapa del desarrollo en que se encuentra, sus antecedentes patológicos, sus reacciones ante las crisis, el rol del enfermo antes de la aparición de la enfermedad y el paradigma relacionado con el control, conducirá a un tratamiento adecuado de la enfermedad, lo cual es el objetivo de toda práctica terapéutica. (13)

Podemos citar algunos estudios en los cuales se han utilizado instrumentos de evaluación familiar tales como: Evaluación del subsistema conyugal y FACES III, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS de Xalapa, México, durante el periodo marzo 2003 – diciembre 2004. Donde el objetivo era determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de salud familiar, de acuerdo a la tipología familiar 82% fueron integradas, 82% nucleares, 51% tradicionales, 86% urbanas y 75% empleadas. Con respecto a la dinámica familiar el 65% de las familias presentó comunicación directa, el 64% límites claros y el 48% jerarquía recíproca con autoridad. De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, encontramos 52% de parejas funcionales, 39% de parejas moderadamente disfuncionales y 9% de parejas severamente disfuncionales. Los resultados del FACES III, revelaron 43% de familias en rango medio, 41% de familias balanceadas y 16% de familias extremas. La comunicación directa predominó en las familias balanceadas, mientras que enmascarada en las de

rango medio y la desplazada en las extremas ($p= 0.0001$). En cuanto a los límites éstos fueron claros en las familias balanceadas, difusos en las de rango medio y rígidos en las familias extremas ($p = 0.00251$). (14).

Otro estudio donde fue utilizado el Faces III y donde observamos la importancia de la determinación de la funcionalidad familiar: es en un estudio transversal, observacional, en el Instituto Nuevo Amanecer A.B.P. Monterrey, Nuevo León, en los meses de Mayo a Julio de 2001, en donde se estudiaron a 80 familias, cada una de ellas con un miembro con Parálisis Cerebral Infantil. Los resultados encontrados al evaluar las 80 familias son: en su estructura familiar se reportaron 45 (56.3%) como nucleares, 29 (36.3%) extensas, 4 (5%) compuestas y 2 (2.5%) reconstituidas. La etapa del ciclo de vida familiar en el que se encontraban fueron 75 (93.8%) familias en etapa de expansión, 3 (3.8%) en etapa de dispersión y 2 (2.5%) familias en etapa de retiro. En su nivel socioeconómico 54 (67.5 %) de ellas contaban con un nivel medio bajo, 12 (15%) con un nivel socioeconómico bajo, 12(15%) familias con un nivel medio, 1 (1.3%) para nivel socioeconómico medio - alto de igual número para el nivel socioeconómico alto. En cuanto al estado civil de los cónyuges o tutores 61 de las familias (76.3%) eran casados, en unión libre 6 (7.5%), separados en número de 8 (10%), madres solteras 4 (5%) y divorciados 1 (1.3%). Se evaluó también el número de hijos con que contaban cada una de las familias encontrándose que en 26 (32.5%) familias el paciente con Parálisis Cerebral Infantil era el único hijo, 29 (36.3%) contaban con dos hijos, 11 (13.8%) familias con tres hijos, 9 (11.3%) con cuatro hijos, 3 (3.8%) con cinco hijos, 1 (1.3%) con siete hijos, así mismo 1 (1.3%) familia se integraba con 12 hijos.

En cuanto a sus características de cohesión: 13 (16.3%) familias se reportaron como no relacionadas, 27 (33.8%) semirrelacionadas, 21 (26.3) relacionadas y 19 (23.8%) aglutinadas. Siendo funcionales en este rubro 48 (60%) familias y disfuncionales 32 (40%). Resultando con una significancia estadística de $p < 0.05$.

En lo que respecta a su adaptabilidad se encontró que 18 (22.5%) familias eran rígidas, 18 (22.5%) estructuradas, 24 (30%) flexibles y 20 (25%) caóticas. Siendo funcionales 42 (52.5%) familias y disfuncionales a 38 (47.5%). (15)

La escala de Apgar familiar es un instrumento de evaluación familiar que elaboro Smilkstein en 1978 con el propósito de que el medico familiar obtuviera información de sus familias en cuanto a su situación funcional, la cual refleja de qué forma recibe apoyo el paciente por parte de su familia y por lo tanto evalúa el grado de satisfacción familiar y no funcionalidad. (16)

Ejemplos del uso de este instrumento: en la comunidad rural del policlínico docente de San Cristóbal, durante el año 1995 se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, mediante la aplicación de un modelo de encuesta a 70 ancianos, se consideró significativo todo valor asociado a una probabilidad menor que 0,05. Resultó estadísticamente notable la percepción de funcionalidad familiar en los ancianos pertenecientes a familias nucleadas. (17)

Otro estudio realizado aquí en México fue el de determinar el grado de funcionalidad familiar en el caso de adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del Apgar familiar. Se seleccionaron 364 embarazadas, de enero del 2001 a enero del 2002. Se clasificó como familia funcional, disfunción moderada y severa. Disfunción familiar moderada se encontró en un 27%,

severa 6% y normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto. Se concluyó que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. (18)

Un último ejemplo es un estudio transversal descriptivo de la autopercepción de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. El universo de estudio estuvo integrado por población mayor de 15 años residente en el Estado de México, del Hospital General de Zona 53, IMSS, se procedió a incluir a los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica. La muestra quedó integrada por 226 pacientes. Para la medición de la variable funcionalidad de la familia se utilizó el *test* de Holmes el cual mide situaciones de estrés familiar y explora 43 eventos familiares. Para explorar las dimensiones de funcionalidad se fundamentó conceptual y metodológicamente en otro instrumento basado en la calificación de Apgar familiar. La edad de la población estudiada tuvo un rango entre 17 y 83 años, con un promedio de 53 ± 14 ; 52 % de los pacientes estudiados correspondió al sexo masculino. De acuerdo con el tiempo de evolución, 55 % (125 pacientes) tenía menos de un año de evolución posterior al diagnóstico, 30 % (67 pacientes) de uno a tres años y 15 % (34 pacientes) más de tres años. Según sus características sociodemográficas y características de la familia; dos terceras partes de la población tuvieron un bajo nivel escolar, y más de la mitad de los enfermos eran casados y no percibían recursos económicos. En el análisis de la dinámica familiar y satisfacción del paciente con su vida familiar, se encontró

que más de la mitad de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar. Se evaluaron las medias en la variable de estrés familiar y se observó 127.2 ± 39.9 puntos para familias no disfuncionales y 259.7 ± 59.3 puntos para las disfuncionales. Se observó que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutiva de la familia facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia al enfermo. (19)

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y cobran interés factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia afectan de una u otra forma la salud del individuo. La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione positiva o negativamente como unidad. En la dinámica normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos, expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. (7,8)

Se denomina normofuncional a una familia, cuando es capaz de cumplir las tareas (cuidado, afecto, alimentación etc.,) que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Cuando una familia no puede ejercer sus funciones utilizamos el término de disfuncionalidad. Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar

alternativas de conducta, por lo tanto los cambios generan estrés, conflictos y múltiples alteraciones en la dinámica familiar. (13)

La familia disfuncional, en este sentido, sería aquella que ante situaciones que generan estrés, responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites; es notoria su falta de motivación y resistencia a toda posibilidad de cambio. Es preciso diferenciar también la familia funcional de la disfuncional con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales. (14)

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar la funcionalidad familiar del paciente con insuficiencia renal crónica de la población derechohabiente de la UMF No 33.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la funcionalidad familiar en base al tipo de Cohesión del Faces III en los pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33.
2. Determinar la funcionalidad familiar en base al tipo de Adaptabilidad del Faces III en los pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33.
3. Determinar la funcionalidad familiar en base al grado de Satisfacción del Apgar familiar en los pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33.
4. Identificar la etapa del ciclo vital familiar según Geyman, en la que se encuentran los pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33.
5. Identificar las principales características sociodemográficas de los pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33.

MATERIAL Y METODOS

El objetivo principal del estudio fue determinar la funcionalidad familiar del paciente con insuficiencia renal crónica de la población derechohabiente, este estudio fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar No 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Av. Renacimiento y Av. De las culturas, de la Unidad Habitacional "El Rosario". Delegación Azcapotzalco, México, D.F. En el servicio de consulta externa de ambos turnos.

Cuenta con una infraestructura constituida por Dirección, Administración, Jefatura de Departamento Clínico, Jefatura de Enfermería, Jefatura de Asistentes Médicos, Jefatura de Trabajo social, Jefatura de Educación e Investigación, Departamento de Salud en el Trabajo, Archivo Clínico, Departamento de Medicina Preventiva, Servicio de Curaciones, Servicio de Radiología, Laboratorio Clínico, Almacén de Servicios Básicos, Comedor, Departamento de Mantenimiento, CEYE, Módulo de Trabajo Social, Aulas, Auditorio, 27 Consultorios de Medicina Familiar, Consultorio de E.M.I, Consultorios de Servicio Dental, Farmacia y Módulo de Información y Orientación. Además cuenta con varios hospitales de segundo nivel para la atención de los pacientes que requieran de otras especialidades, el H.G.R.Z No 72 es al cual se refiere la mayoría de los pacientes que requieren dichas atenciones; por otro lado el hospital de tercer nivel al cual corresponde la UMF No 33 es al Hospital Centro Médico Nacional "La Raza". Las vías de comunicación con las cuales es el acceso a la clínica son por la Avenida Aquiles Serdán, Las Culturas y Renacimiento, existe además transporte público como microbuses, trolebús, taxis particulares y el metro de la ciudad de México que se encuentra cerca de la unidad.

AREAS DE INFLUENCIA:

SECTOR 1

NAUCALPAN, constituido por las colonias: La Florida, Los Pastores, Diez de Abril, Echegaray, Rincón del Bosque Echegaray, Hacienda de Cristo, Jardines de la Florida, Satélite, Zona Poniente, Santa María Nativitas.

SECTOR 2

TLANEPANTLA, constituido por las colonias: Puente de Vigas, San Pedro Xalpa, Bella Vista, Rancho San José, Vista Hermosa, Industrial Las Armas, Plazas de la Colina, Residencial del Parque, Unidad Habitacional C.R.O.C III, El Rosario Infonavit, Xocoyahualco.

SECTOR 3

DISTRITO FEDERAL, constituido por las colonias: Tierra Nueva, Prados del Rosario, Hacienda del Rosario, Unidad PEMEX Azcapotzalco, Rosario CTM, San Martín Xochináhuac, Unidad Francisco Villa, Rosario INFONAVIT, Unidad Habitacional CROC I y II, Unidad Habitacional Manuel Rivera.

SECTOR 4

DISTRITO FEDERAL, constituido por las colonias: Ahuizotla DF., Providencia, San Pedro Xalpa, Ejido San Pedro Xalpa y Pueblo Santiago Ahuizotla.

El diseño de estudio fue observacional, transversal, descriptivo. Los criterios de inclusión fueron pacientes derechohabientes al IMSS, de ambos géneros, pertenecientes a la UMF No 33 "El Rosario", y que acudieron a consulta con su Médico Familiar con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, no importando si se encontraban en algún programa de diálisis peritoneal, del turno matutino y vespertino. Se tomaron como criterios de exclusión a pacientes no

derechohabientes al IMSS, pertenecientes a otra U.M.F y que no padezcan de insuficiencia renal crónica. Los criterios de eliminación fueron pacientes que no desearon cooperar para la entrevista. La población con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de la UMF 33 es de 543 pacientes, el tamaño de la muestra fue calculada mediante el Programa Stats con un promedio de 270 pacientes, con un intervalo de confianza del 95 % y con un error máximo aceptable del 5 %. Las variables estudiadas fueron:

Funcionalidad familiar, definida como el cumplimiento de las funciones familiares como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones.

Disfuncionalidad familiar, como la colección de fuerzas negativas, que intervienen o influyen en el comportamiento de cada integrante de la familia dando como resultado un mal funcionamiento familiar como unidad, e impidiendo un adecuado desarrollo individual y familiar. Fueron determinadas mediante la calificación dada por los instrumentos de evaluación familiar Faces III y Apgar Familiar.

Cohesión familiar, es el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre si; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. Evaluada a través del instrumento FACES III. Este cuestionario consta de 20 preguntas. Cuenta con una escala que incluye 5 opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, con una puntuación de 1 a 5, respectivamente. La cohesión

se mide mediante la suma del puntaje de las preguntas nones (preguntas 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19), y de acuerdo al puntaje se clasifica como:

- 10 a 14 puntos: No relacionada,
- 35 a 40 puntos: Semirrelacionada,
- 41 a 45 puntos: Relacionada,
- 46 a 50 puntos: Aglutinada.

Consideramos como funcionalidad familiar a la Semirrelacionada y Relacionada. Mientras que, disfuncionalidad familiar a la No Relacionada y Aglutinada.

Adaptabilidad familiar, es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. Se midió mediante la suma del puntaje de las preguntas pares del FACES III (preguntas número 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) y de acuerdo al puntaje se clasificó como:

- 10 a 19 puntos: Rígida,
- 20 a 24 puntos: Estructurada,
- 25 a 28 puntos: Flexible,
- 29 a 50 puntos: Caótica.

Consideramos como funcionalidad familiar a la Estructurada y Flexible. Mientras que disfuncionalidad familiar a la Rígida y Caótica.

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas con y sin hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro, las escalas que emplea este modelo son de tipo ordinal, y la combinación de ambas permite clasificar a las familiar en 16 posibles tipos;

	Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
Flexible	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
Estructurada	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

Se tomaron como funcionalidad familiar:

- Flexiblemente relacionada
- Flexiblemente semirrelacionada
- Estructuralmente relacionada
- Estructuralmente semirrelacionada

Y como disfuncionalidad familiar:

- Caóticamente disgregada
- Caóticamente semirrelacionada
- Caóticamente relacionada
- Caóticamente aglutinada
- Flexiblemente disgregada
- Flexiblemente aglutinada
- Estructuralmente disgregada
- Estructuralmente aglutinada
- Rígidamente disgregada
- Rígidamente semirrelacionada
- Rígidamente relacionada

- Rígidamente aglutinada

Satisfacción familiar, definida como el grado de sensación o sentimiento de placer que tiene un miembro con respecto a su familia. Evaluada mediante el Apgar Familiar, consta de 5 reactivos y con una escala que incluye: casi siempre, algunas veces, casi nunca, con una puntuación respectiva de 2, 1,0. De acuerdo a la puntuación obtenida se pueden hacer las inferencias mostradas:

0-3 puntos: severamente insatisfecho

4-6 puntos: moderadamente satisfecho

7-10 puntos: altamente satisfecho

Se tomó como funcionalidad familiar: Altamente satisfecho; mientras que como disfuncionalidad familiar: Severamente y moderadamente insatisfecho

Etapas del ciclo vital familiar, el curso del desarrollo de la familia pasa por varias etapas de transición predecibles en las que existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. El ciclo vital familiar es un concepto ordenado para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Fue medido en base a la clasificación según Geyman, las cuales son: Fase de Matrimonio, que se inicia con el vínculo matrimonial, y termina con la llegada del primer hijo, Fase de Expansión, la cual es el mayor momento con el cual se integran nuevos miembros a la familia, Fase de Dispersión, que corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia de los hijos, Fase de Independencia, es la

etapa en la cual los hijos de mayor edad generalmente se casan y forman nuevas familias, y Fase de Retiro y Muerte, es la etapa en la cual se deben enfrentar nuevos retos como el desempleo, jubilación, viudez y abandono. Estos datos se recolectaron mediante las preguntas del cuestionario diseñado para la medición de las variables. Escala de medición:

- Fase de Matrimonio
- Fase de Expansión
- Fase de Dispersión
- Fase de Independencia
- Fase de Retiro y Muerte

Otras variables estudiadas fueron las características sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, estado civil y nivel educativo. Para el análisis de los datos recolectados se utilizó el Programa Excel, concentrando los datos en una hoja de cálculo.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 270 encuestas para las variables sociodemográficas así como de los instrumentos FACES III y Apgar Familiar; en pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica de la población derechohabiente de la UMF No 33, en la Ciudad de México, del 1 de Junio al 15 Julio de 2008.

De acuerdo al total de las 270 encuestas (100%), 145 (54%) fueron mujeres y 125 (46%) hombres. (Ver Tabla y Gráfica 1)

Respecto al total de la población estudiada tenemos una edad media de 52.2, una mediana de 57 y una moda de 67 años. En cuanto a los grupos de edad se distribuyeron de la siguiente forma: **menos de 30 años**, 11 pacientes (4%); **de 31-50 años**, 69 pacientes (26%); **de 51-70 años**, 159 pacientes (59%); **más de 71 años**, 31 pacientes (11%). (Ver Tabla y Gráfica 2)

Referente a la ocupación de la población estudiada se distribuyó de la siguiente manera: empleados, 118 pacientes (44%); desempleados, 22 pacientes (8%); comerciantes, 19 pacientes (7%); jubilados, 68 pacientes (25%); otra ocupación (estudiante 10 pacientes vs 33 pacientes dedicados al hogar), 43 pacientes (16%). (Ver Tabla y gráfica 3)

Respecto al estado civil fueron: **solteros**, 27 pacientes (10%), de los cuales 10 tuvieron funcionalidad familiar y 17 con disfuncionalidad; **casados**, 164 pacientes (61%), 130 con funcionalidad y 34 con disfuncionalidad; **viudos**, 14 pacientes (5%), 5 con funcionalidad y 9 con disfuncionalidad; **divorciados**, 19 pacientes (7%), 8 con funcionalidad y 11 con disfuncionalidad; en **unión libre**, 46 pacientes (17%), 36 con funcionalidad y 10 con disfuncionalidad. (Ver Tabla y Gráfica 4)

De acuerdo a la escolaridad de los pacientes fueron: 7 (3%) **analfabetas**; 35 (13%) **primaria completa**; 56 (21%) **secundaria**; 117 (43%) **preparatoria y licenciatura** 55 (20%). (Ver Tabla y Gráfica 5)

En cuanto a si los pacientes se encontraban bajo algún programa de diálisis se distribuyó: **46 pacientes** (17%) **afirmaron encontrarse bajo algún programa de diálisis peritoneal**, de los cuales, 25 pacientes tuvieron funcionalidad familiar y 21 con disfuncionalidad, mientras que **224 pacientes** (83%) **negaron dicho procedimiento**, 176 con funcionalidad familiar y 48 con disfuncionalidad. (Ver Tabla y Gráfica 6)

En cuanto a la clasificación familiar según Geyman se distribuyó de la siguiente manera: 9 pacientes (3%) en **fase de matrimonio**, 7 con funcionalidad y 2 con disfuncionalidad; 10 pacientes (4%) en **fase de expansión**, 9 con funcionalidad y 1 con disfuncionalidad; 46 pacientes (17%) en **fase de dispersión**, 33 con funcionalidad y 13 con disfuncionalidad; 120 pacientes (44%) en **fase de independencia**, 91 con funcionalidad y 29 con disfuncionalidad y 85 pacientes (32%) en **fase de retiro y muerte**, 58 con funcionalidad y 27 con disfuncionalidad. (Ver Tabla y Gráfica 7)

Referente a los resultados del instrumento FACES III en el rubro de adaptabilidad fue: 50 pacientes (18%) **Rígidas**; 108 pacientes (40%) **Estructuradas**; 102 pacientes (38%) **Flexibles**; 10 pacientes (4%) **Caóticas**. (Ver Tabla y Gráfica 8)

En cuanto al segundo rubro del FACES III, Cohesión, se distribuyó como sigue: 37 pacientes (14%) **No relacionadas**, 112 pacientes (41%)

Semirrelacionadas, 94 pacientes (35%) **Relacionadas** y 27 pacientes (10%) **Aglutinadas**. (Ver Tabla y Gráfica 9)

De acuerdo al grado de satisfacción familiar del Apgar Familiar se distribuyó como sigue: 181 pacientes (67%) **Altamente satisfechos**; 68 pacientes (25%) **Moderadamente satisfechos** y 21 pacientes (8%) **Severamente satisfechos**. (Ver Tabla y Gráfica 10)

Respecto a la Funcionalidad Familiar del FACES III fue como sigue: **Estructuralmente Semirrelacionada**, 220 casos; **Estructuralmente Relacionada**, 202 casos; **Flexiblemente Semirrelacionada**, 214 casos y **Flexiblemente Relacionada**, 196 casos. (Ver Tabla y Gráfica 11)

En cuanto a la Disfuncionalidad Familiar en base al FACES III, se distribuyó de la siguiente manera: **Caóticamente Disgregada** (No relacionada), 47 casos; **Caóticamente Semirrelacionada**, 122 casos; **Caóticamente Relacionada**, 104 casos; **Caóticamente Aglutinada**, 37 casos; **Flexiblemente Disgregada**, 139 casos, **Flexiblemente Aglutinada**, 129 casos; **Estructuralmente Disgregada**, 145 casos; **Estructuralmente Aglutinada**, 135 casos; **Rígidamente Disgregada**, 87 casos, **Rígidamente Semirrelacionada**, 162 casos; **Rígidamente Relacionada**, 144 casos y **Rígidamente Aglutinada**, 77 casos. (Ver Tabla y Gráfica 12)

Referente a la interrelación de los casos del Apgar Familiar, los resultados son los siguientes: 181 casos, Funcionalmente Satisfechos y 89 casos, Disfuncionalmente Satisfechos. (Ver Tabla y Gráfica 13)

Finalmente, en cuanto a la interrelación de la suma de los dos instrumentos (FACES III y Apgar Familiar) empleados se observó: una **Funcionalidad**

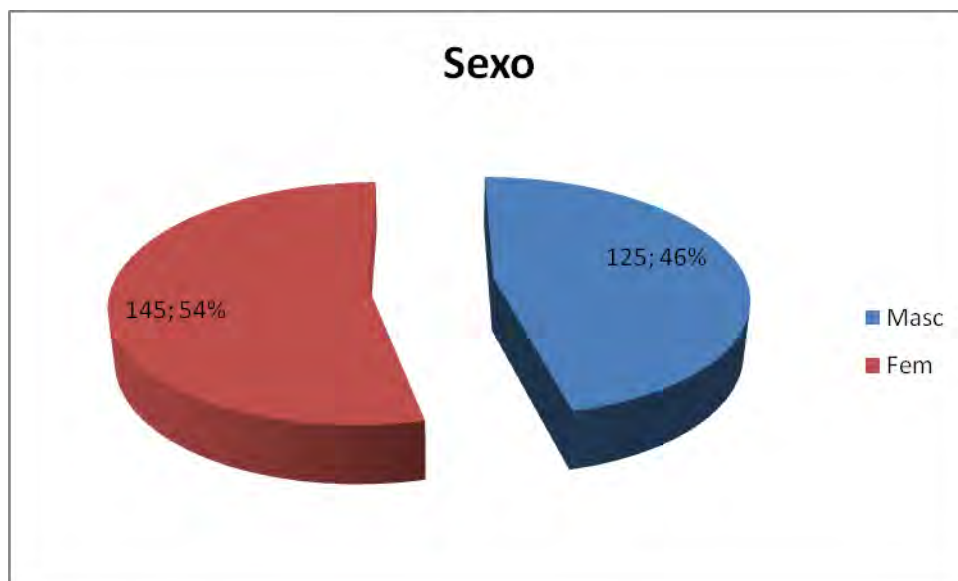
Familiar del 73.70% y una **Disfuncionalidad Familiar del 26.29%**. (Ver Tabla y Gráfica 14)

TABLA 1. DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES ESTUDIADOS

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Masculino	125	46%
Femenino	145	54%
Total	270	100%

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 1. DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES ESTUDIADOS



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

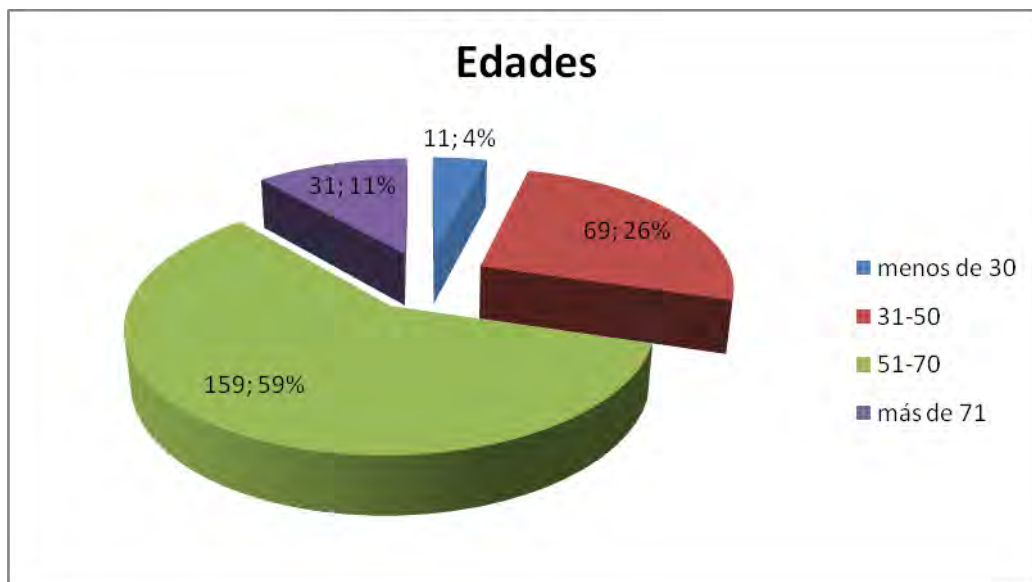
TABLA 2. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD

Rango de edad	Cantidad	Porcentaje
Menos de 30	11	4%
31-50	69	26%
51-70	159	59%
Más de 71	31	11%

Media	Mediana	Moda
52.2	57	67

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD



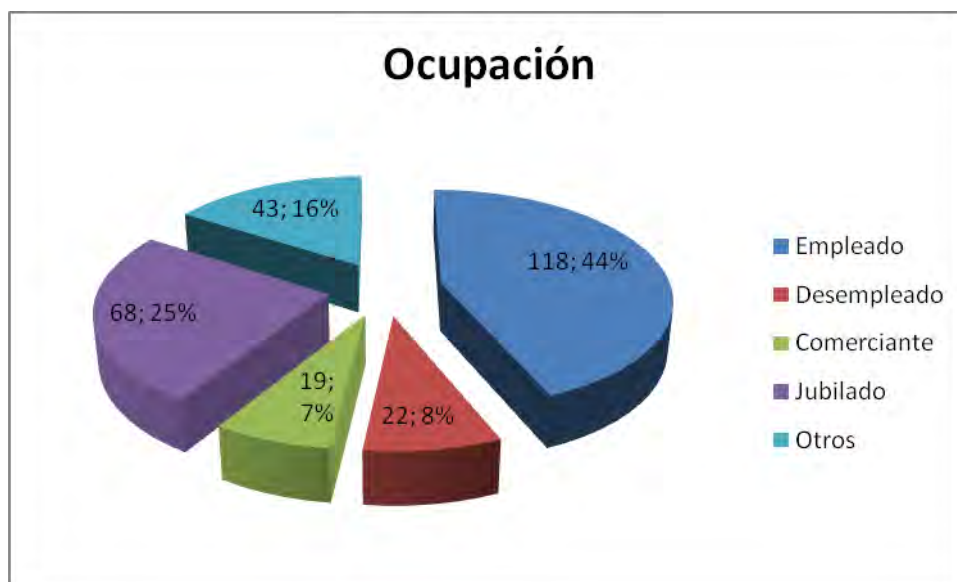
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 3. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SU OCUPACION

Ocupación	Cantidad	Porcentaje
Empleado	118	44%
Desempleado	22	8%
Comerciante	19	7%
Jubilado	68	25%
Otros (estudiante, hogar)	43	16%
Total	270	100%

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 3. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SU OCUPACION



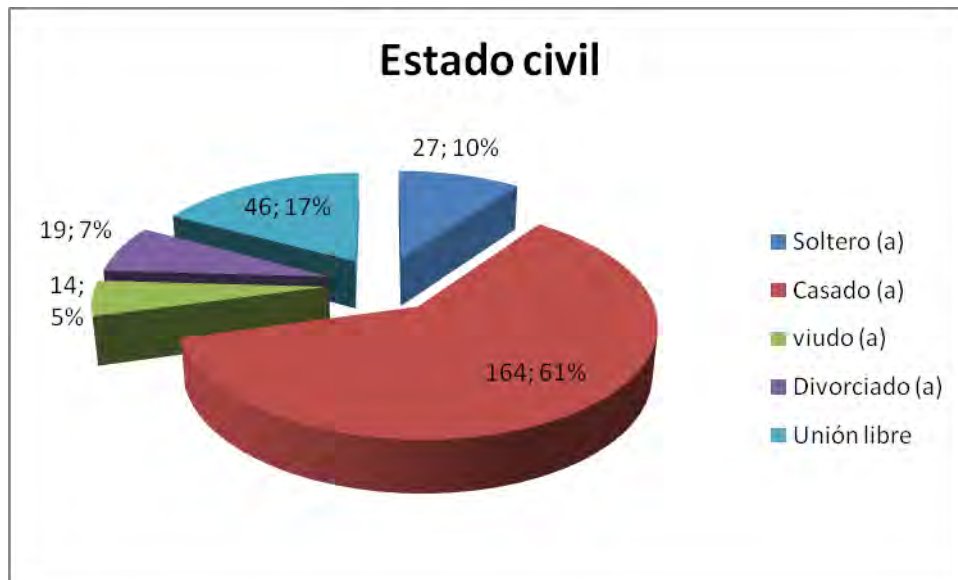
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 4. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SU ESTADO CIVIL

Estado civil	Cantidad	Porcentaje	Funcionalidad	Disfuncionalidad
Soltero	27	10%	10	17
Casado	164	61%	130	34
Viudo	14	5%	5	9
Divorciado	19	7%	8	11
Unión libre	46	17%	36	10
Total	270	100%	189	81

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 4. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SU ESTADO CIVIL



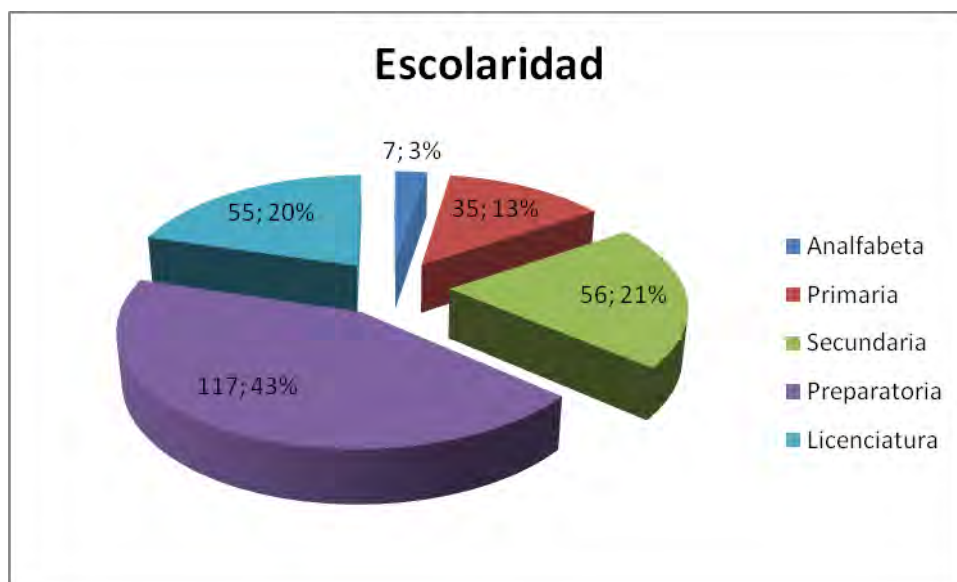
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 5. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SU ESCOLARIDAD

Escolaridad	Cantidad	Porcentaje
Analfabeta	7	3%
Primaria	35	13%
Secundaria	56	21%
Preparatoria	117	43%
Licenciatura	55	20%
Total	270	100%

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 5. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SU ESCOLARIDAD



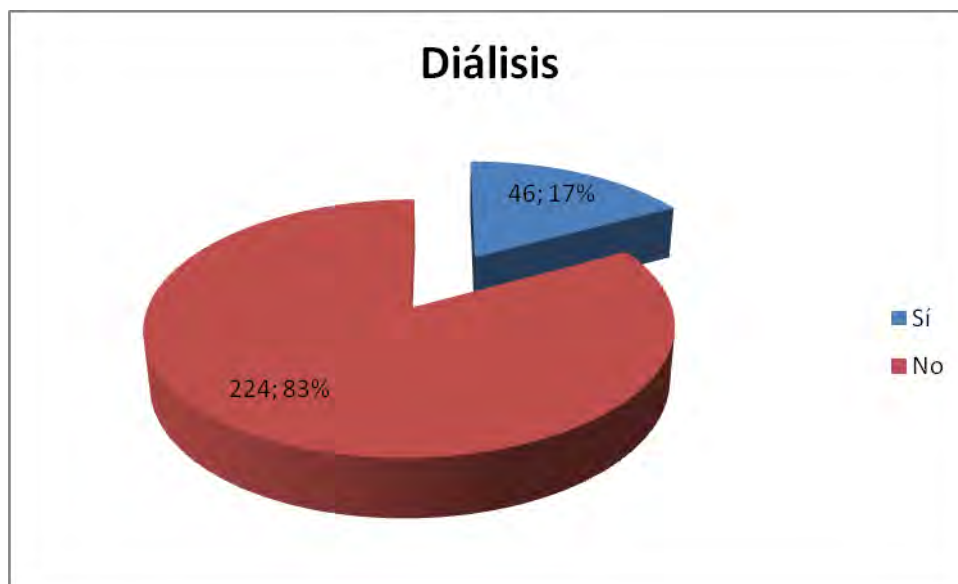
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES RESPECTO A ENCONTRARSE EN ALGÚN PROGRAMA DE DIÁLISIS.

Diálisis	Cantidad	Porcentaje	Funcionalidad	Disfuncionalidad
Sí	46	17%	25	21
No	224	83%	176	48
Total	270	100%	201	69

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES RESPECTO A ENCONTRARSE EN ALGÚN PROGRAMA DE DIÁLISIS.



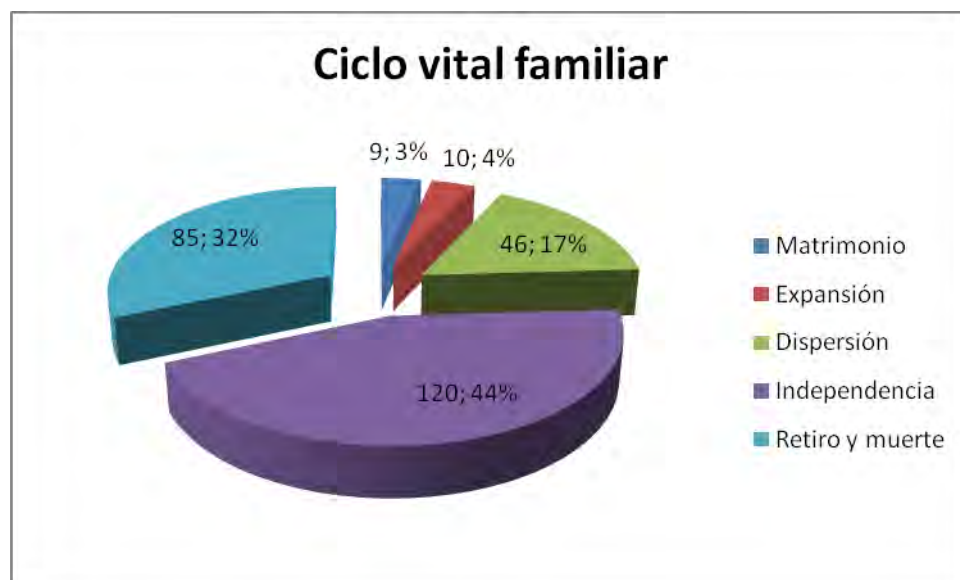
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR CICLO VITAL FAMILIAR (GEYMAN)

Ciclo vital familiar	Cantidad	Porcentaje	Funcionalidad	Disfuncionalidad
Matrimonio	9	3%	7	2
Expansión	10	4%	9	1
Dispersión	46	17%	33	13
Independencia	120	44%	91	29
Retiro y muerte	85	32%	58	27
Total	270	100%	198	72

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 7. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR CICLO VITAL FAMILIAR (GEYMAN)



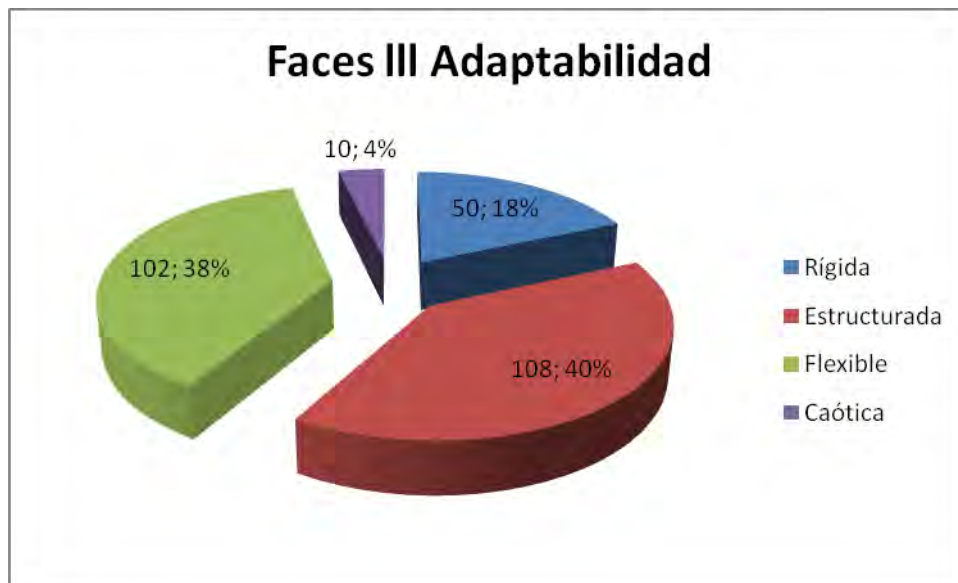
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 8. DISTRIBUCION POR ADAPTABILIDAD DEL FACES III

FACES III Adaptabilidad	Cantidad	Porcentaje
Rígida	50	18%
Estructurada	108	40%
Flexible	102	38%
Caótica	10	4%
Total	270	100%

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 8. DISTRIBUCION POR ADAPTABILIDAD DEL FACES III



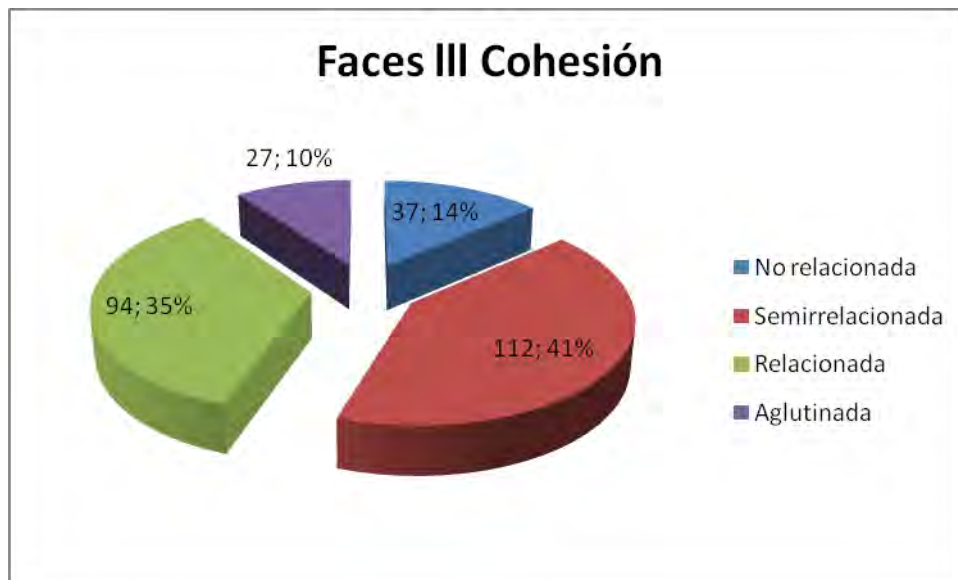
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 9. DISTRIBUCION POR COHESION DEL FACES III

FACES III Cohesión	Cantidad	Porcentaje
No relacionada	37	14%
Semirrelacionada	112	41%
Relacionada	94	35%
Aglutinada	27	10%
Total	270	100%

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 9. DISTRIBUCION POR COHESION DEL FACES III



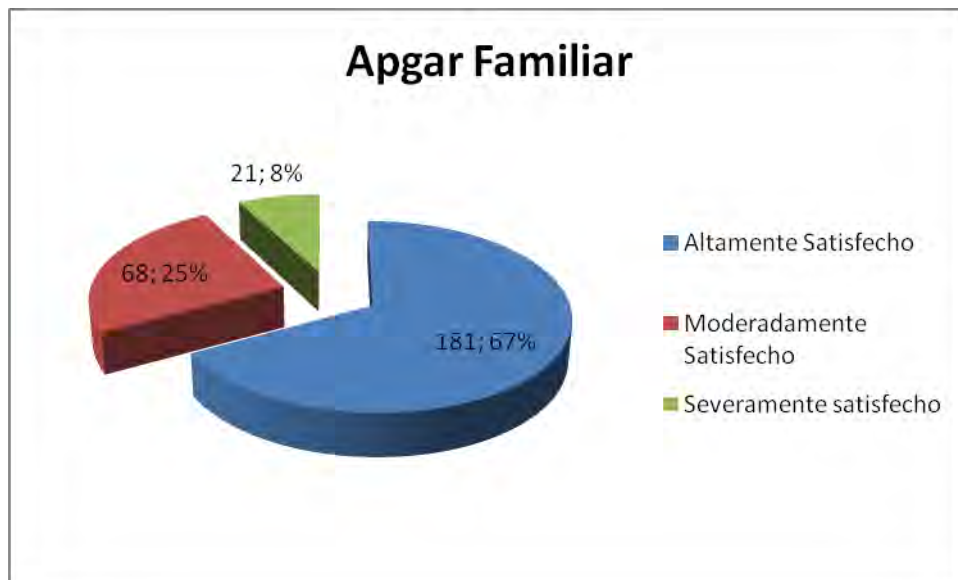
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 10. GRADO DE SATISFACCION SEGÚN EL APGAR FAMILIAR

Apgar Familiar	Cantidad	Porcentaje
Altamente satisfecho	181	67%
Moderadamente satisfecho	68	25%
Severamente insatisfecho	21	8%
Total	270	100%

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 10. GRADO DE SATISFACCION SEGÚN EL APGAR FAMILIAR



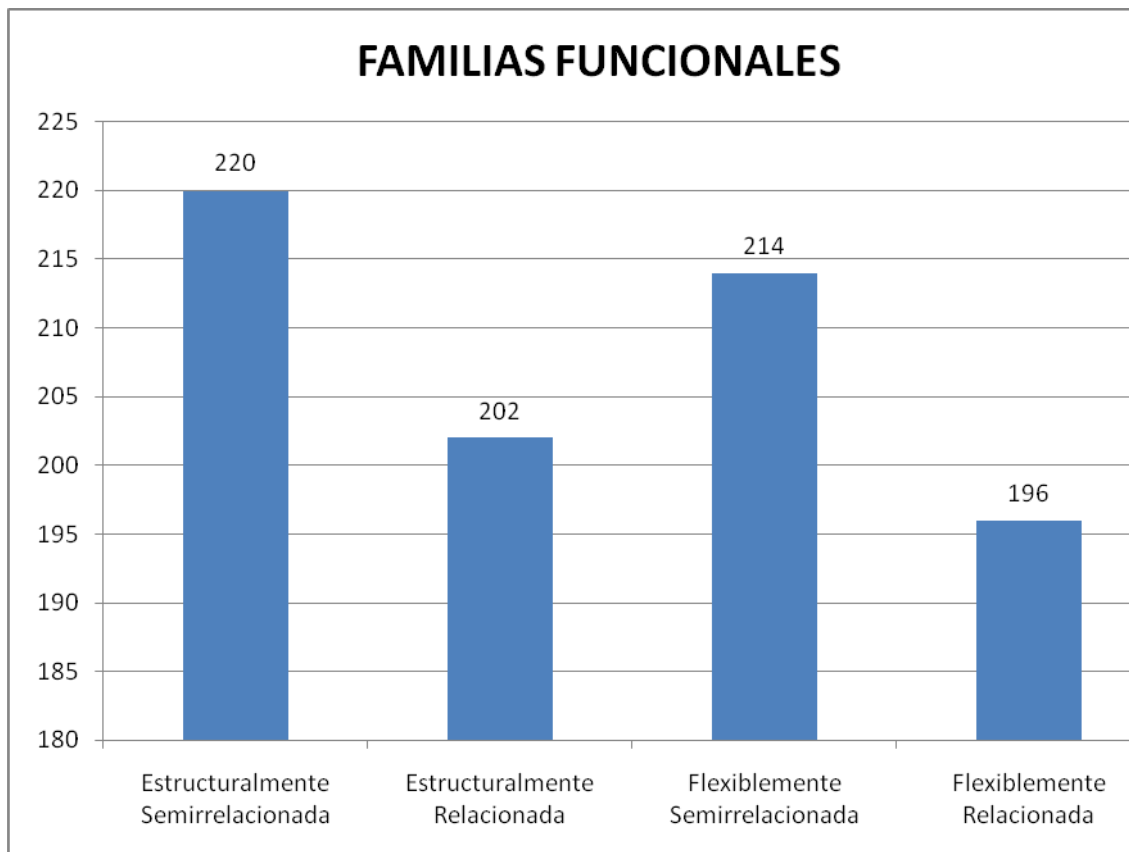
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 11. DISTRIBUCION DE CASOS POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Funcionalidad Familiar	Cantidad
Estructuralmente Semirrelacionada	220
Estructuralmente Relacionada	202
Flexiblemente Semirrelacionada	214
Flexiblemente Relacionada	196

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 11. DISTRIBUCION DE CASOS POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR



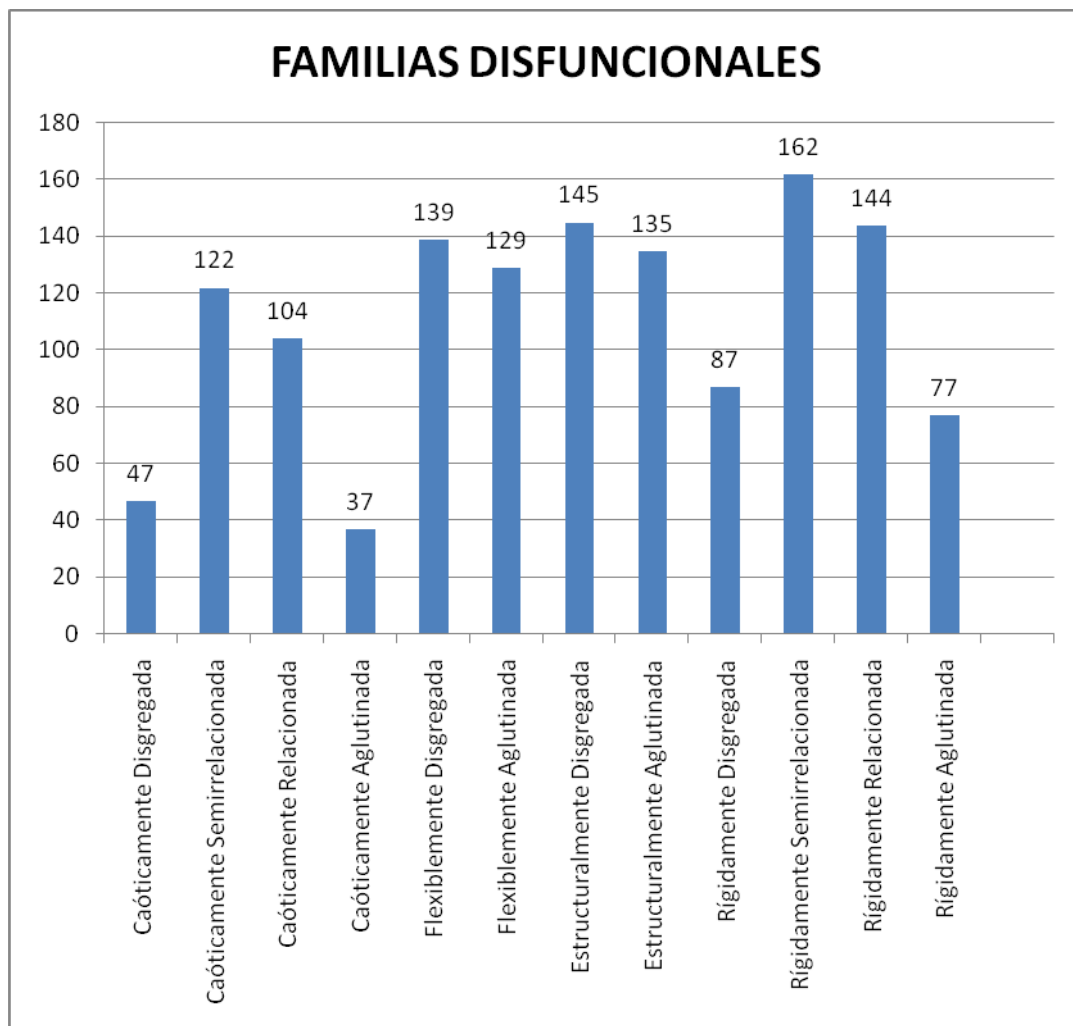
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 12. DISTRIBUCION DE CASOS POR DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Disfuncionalidad Familiar	Cantidad
Caóticamente Disgregada	47
Caóticamente Semirrelacionada	122
Caóticamente Relacionada	104
Caóticamente Aglutinada	37
Flexiblemente Disgregada	139
Flexiblemente Aglutinada	129
Estructuralmente Disgregada	145
Estructuralmente Aglutinada	135
Rígidamente Disgregada	87
Rígidamente Semirrelacionada	162
Rígidamente Relacionada	144
Rígidamente Aglutinada	77

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 12. DISTRIBUCION DE CASOS POR DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR



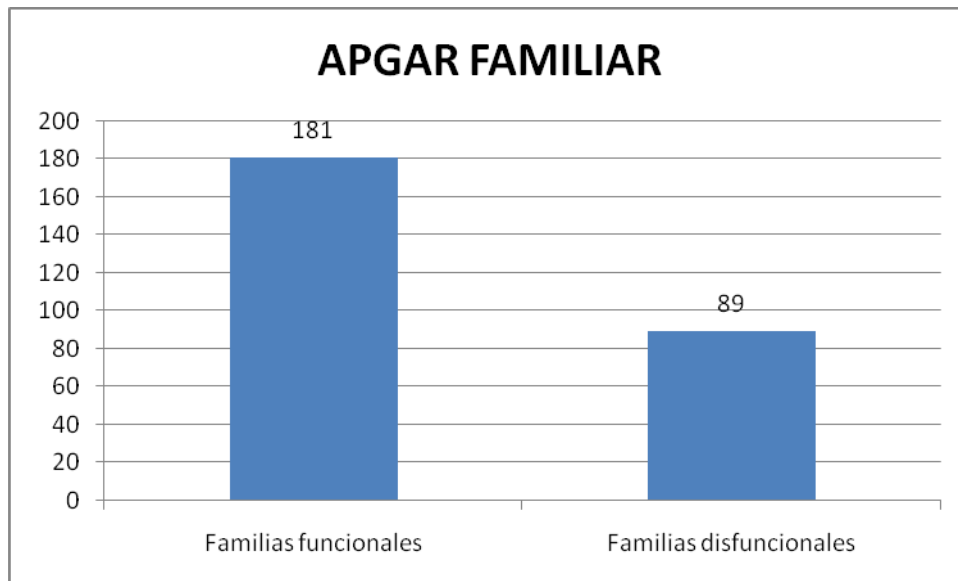
Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 13. DISTRIBUCION DE CASOS POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR FAMILIAR)

Funcionalidad Familiar	Cantidad
Familias funcionalmente satisfechas	181
Familias disfuncionalmente satisfechas	89

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 13. DISTRIBUCION DE CASOS POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR FAMILIAR)



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

TABLA 14. FRECUENCIA DE FUNCION FAMILIAR EN PACIENTES DE GRUPO DE ESTUDIO

Función Familiar	Porcentaje
FUNCIONALIDAD	73.79%
DISFUNCIONALIDAD	26.29%

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

GRAFICA 14. FRECUENCIA DE FUNCION FAMILIAR EN PACIENTES DE GRUPO DE ESTUDIO



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF No 33, IMSS. 2008

ANALISIS DE DATOS

En este estudio, de una muestra de 270 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica se encontró que el 74% son integrantes de una familia funcional, de los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: familia estructuralmente semirrelacionada (220 casos), flexiblemente semirrelacionada (214 casos), estructuralmente relacionada (202 casos) y flexiblemente relacionada (196 casos). Este tipo de resultados adquieren una gran significancia porque representan un mayor grado de adaptabilidad y cohesión ante las diferentes crisis que pueden suscitarse en las diferentes etapas del ciclo vital familiar. El 26% de la población estudiada pertenecen a familias disfuncionales, de las cuales se clasificaron de la siguiente forma: rígidamente semirrelacionada (162 casos), estructuralmente disgregada (145 casos), rígidamente relacionada (144 casos), flexiblemente disgregada (139 casos), estructuralmente aglutinada (135 casos), flexiblemente aglutinada (129 casos), caóticamente semirrelacionada (122 casos), caóticamente relacionada (104 casos), rígidamente disgregada (87 casos), rígidamente aglutinada (77 casos), caóticamente disgregada (47 casos) y caóticamente aglutinada (37 casos) lo cual nos sugiere un alto grado de dificultad para adaptabilidad y cohesión en el ciclo vital familiar. Respecto al sexo predominante fue el femenino (54%) en comparación al masculino (46%); en la distribución por grupo de edad predominó en personas con edades aún económicamente activas pero en proceso de jubilación (51-70 años, 59%), siguiendo en orden el de 31-50 años (26%), más de 71 años (11%) y menos de 30 años (4%). El tipo de ocupación de la población estudiada va acorde con la clasificación por grupo de edad, la ocupación fue como sigue: empleada (44%), jubilada (25%), estudiante u hogar

(16%), desempleado (8%) y comerciante (7%). Respecto a su estado civil, la gran mayoría de estos pacientes se encuentra con su pareja, casados (61%), en unión libre (17%), solteros (10%), divorciados (7%) y viudos (5%). La población predominó con un nivel de estudios medio y medio superior: preparatoria (43%), secundaria (21%), licenciatura (20%), primaria (13%) y analfabeta (3%), estos resultados no adquieren una gran relevancia para determinar la funcionalidad familiar, ya que, la forma de expresarse positiva o negativamente de cada uno de los pacientes hacia sus familiares no está estrictamente relacionada con el nivel académico. La gran mayoría de los pacientes encuestados no se encontraron en algún programa de diálisis, cabe mencionar que la gran población de pacientes bajo dicho procedimiento se encuentran en un segundo nivel de atención y muy pocos acuden a la unidad de medicina familiar, sin embargo, por la evolución propia de la enfermedad es conveniente reconocer que sometiendo a un paciente a procedimientos invasivos, complicaciones del mismo o consecuencias que puedan provocar la hospitalización del paciente va a generar crisis familiares que a su vez provocarán cambios adaptativos, en este estudio, se observó que el 83% (224 pacientes) no se realiza diálisis mostrando una funcionalidad familiar en 176 pacientes y una disfuncionalidad en 48 pacientes; mientras que en el grupo que sí se realiza diálisis, 17% (46 pacientes), 25 de ellos mostraron funcionalidad familiar y 21 pacientes con disfuncionalidad, sería conveniente un seguimiento o realización de un nuevo estudio a aquellos pacientes que son sometidos a este tipo de tratamiento a fin de valorar el grado de funcionalidad familiar aunado a un programa de diálisis peritoneal. La etapa del ciclo vital familiar fue determinante para confrontarlo con el nivel de funcionalidad, dichas etapas fue

como sigue: independencia (44%), funcionalidad en 91 pacientes y 29 con disfuncionalidad; retiro y muerte (32%), 58 pacientes con funcionalidad y 27 con disfuncionalidad; dispersión (17%), 33 con funcionalidad y 13 con disfuncionalidad; expansión (4%), 9 con funcionalidad y 1 con disfuncionalidad y la etapa de matrimonio (9%), 7 pacientes con funcionalidad y 2 con disfuncionalidad. En dichas etapas se observó que predominó la funcionalidad familiar, sin embargo, se mostró un incremento de la disfuncionalidad en la etapa de independencia así como en la etapa de retiro y muerte, esto, muy posiblemente a la falta de apoyo familiar o de redes sociales, así como por el hecho de que en ambas etapas el paciente se encuentra sin hijos por la propia independencia de los mismos así como por el enfrentamiento ante su propio retiro laboral, su jubilación o la muerte del cónyuge. En las etapas de matrimonio, dispersión y expansión predominó la funcionalidad familiar, aún a pesar de las propias crisis normativas de cada una de estas etapas, ajustes y reajustes económicos, sexuales y de roles.

Podemos inferir que la presión ejercida por un padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras de la función familiar, mismas que producirán cambios adaptativos en el paciente y su familia. El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.

Como ya se mencionó anteriormente, la funcionalidad familiar (76.3%) y la disfuncionalidad (23.7%), fueron determinadas por la interrelación de nuestros dos instrumentos de evaluación familiar.

CONCLUSIONES

Se identificó en nuestra población que no estar bajo algún programa de diálisis peritoneal, el estado civil de casado y la etapa del ciclo vital familiar tuvieron un papel importante para una adecuada funcionalidad familiar. Todo padecimiento crónico lleva consigo crisis familiares las cuales será de tipo adaptativo, sin embargo, es en este tipo de situaciones en los que el Médico Familiar puede evaluar, prevenir, asesorar acerca del grado de adaptabilidad, cohesibilidad y satisfacción familiar de cada uno de los integrantes del núcleo y propiamente del enfermo crónico provocando con ello una mejor perspectiva de la enfermedad y una mejor forma de afrontar los cambios que genera, en este caso, la insuficiencia renal crónica. En nuestro medio se disponen de diversos instrumentos para valorar la funcionalidad familiar, es importante conocerlos y determinar el tipo de instrumento correcto en base a lo que se desea investigar de la familia. Hasta la fecha se siguen realizando estudios en los que se pretende identificar el tipo o grado de funcionalidad-disfuncionalidad familiar con el fin de llevar a un correcto control de la enfermedad en turno así como de un correcto avance en las diferentes etapas del ciclo vital familiar; es importante profundizar y dar seguimiento a cada uno de los trabajos realizados, ya que, en muchos de ellos se ha encontrado una gran problemática dentro de los núcleos familiares llevando así a una disfuncionalidad importante. La familia sigue siendo el mejor apoyo a los pacientes portadores de enfermedades crónico-degenerativas como la IRC, es por ello que una adecuada funcionalidad familiar representa una mejor calidad de vida y un mejor pronóstico para los integrantes del núcleo familiar. Requerimos seguir realizando investigación en medicina familiar, pues es un elemento clave para

proporcionar servicios de salud encaminados a prevenir la enfermedad, prolongar la vida y reducir la carga de enfermedades crónicas para la sociedad. Los padecimientos crónicos requieren una especial atención dentro de las funciones educativas de los miembros del equipo, que incluye a médicos familiares, enfermeras, nutriólogos y trabajadores sociales. El médico familiar debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud generando nuevas estrategias para un adecuado funcionamiento familiar y mejor afrontamiento a las diversas crisis familiares por una enfermedad crónico-degenerativa.

BIBLIOGRAFIA

1. Torales F, García L. Insuficiencia renal crónica en México. *Práctica Médica Efectiva*. Vol. 2, No 6, junio 2000
2. Rodríguez G, Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (2): 97-102
3. Mendoza M. Alteraciones más frecuentes en la dinámica familiar de pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, pertenecientes a la U.M.F 33 "El Rosario" Tesis T322, 1999. Febrero
4. Treviño-Becerra A. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cir Ciruj* 2004; 72: 3-4
5. Atencio B, Nucette E, Colina J, Sumalave H, Gómez F, Hinestroza D. Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*. Vol. 50, No 10, 2004
6. Méndez-López DM, Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Pérez-López JH, Navarrete-Escobar A, Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (4): 281-284
7. Huerta-González JL, *Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. EDIT Alfil, 1ª Ed., 2005
8. *Elementos esenciales de la medicina familiar. Conceptos básicos para el estudio de la familia. Código de bioética en medicina familiar.*

9. García E, Barrio P, Pérez J. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Archivos en Medicina Familiar Vol.8 (2) 97-102
10. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJF, Irigoyen-Coria AE, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibáñez S, Hernández-Gómez A, "et al", Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). Aten Primaria 1999; 23: 479-484
11. Hoffman L, Paris S, Hall E. Psicología del desarrollo: hoy. 6º Ed. Madrid McGraw-Hill Interamericana, 1995
12. Rolland J; Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Edit. Gedisa, España, 2000
13. Velásquez ML; Manejo del enfermo crónico y su familia (Sistemas, historia y creencias), Edit. Manual Moderno, México, 2001.
14. Mendoza L, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H, Pérez C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar, 2006, Vol.8 (1) 27-32
15. Ramírez C, Méndez E, Barrón F, Riquelme H, Cantú R. Funcionalidad Familiar y enfermedad crónica Infantil. Tesis del Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario, 2001
16. Avalos CM. Instrumentos de evaluación familiar. XIX Congreso Nacional y 1er Congreso Estatal de Medicina Familiar. Villahermosa Tabasco, México. 15,16 y 17 de Junio 2006

17. Díaz O, Soler M, García M. El Apgar familiar en ancianos conviventes.
Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(6):548-53
18. Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la paciente embarazada. Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004
19. Rodríguez G, Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DE LA POBLACION DERECHOHABIENTE DE LA UMF 33”** registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC

El objetivo del estudio es: determinar la relación de la funcionalidad familiar del paciente con insuficiencia renal crónica de la Unidad de Medicina Familiar No 33 del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador buscar en el expediente electrónico y expediente tradicional la información acerca de mi diagnóstico y evolución de la insuficiencia renal crónica así como la aplicación de encuestas para determinar las principales características sociodemográficas y etapa del ciclo vital familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer el grado de conocimiento de los médicos familiares acerca de la funcionalidad familiar, en los pacientes con insuficiencia renal crónica y la manera que lo aplica en su práctica clínica diaria. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del Paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigo

Testigo

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 1 y 2 NOROESTE DEL D.F.

JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Instrucciones: Lea atentamente las siguientes preguntas. Anote los datos que se le piden y tache la respuesta más adecuada de acuerdo a su situación actual:

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino _____

Ocupación:

Empleado: _____

Desempleado: _____

Comerciante: _____

Jubilado: _____

Otro (especifique): _____

Estado civil:

Soltero (a): _____

Casado (a): _____

Viudo (a): _____

Divorciado (a): _____

Unión libre: _____

Escolaridad:

Analfabeta: _____

Sabe leer y escribir: _____

Primaria terminada: _____

Secundaria terminada: _____

Bachillerato terminado: _____

Licenciatura terminada: _____

¿Se encuentra en algún programa de diálisis? Si _____ No _____

¿Tiene hijos? Si _____ No _____

¿Qué edad tiene el hijo mayor? _____ ¿Qué se encuentra estudiando? _____

¿Su hijo mayor es casado o vive en unión libre? Si _____ No _____

¿Además de usted, quién más vive en la casa bajo el mismo techo?

- a) Mi pareja _____
- b) Mi pareja y mis hijos _____
- c) Mis hijos y yo _____
- d) Mi pareja, hijos y otro familiar _____
- e) Mi pareja, hijos y otra persona _____
- f) Con otros familiares _____

FACES III

1.NUNCA 2.CASI NUNCA 3.ALGUNAS VECES 4.CASI SIEMPRE 5.SIEMPRE					
	1	2	3	4	5
1. Los miembros de su familia se dan apoyo entre sí					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13. En cuento se toma una decisión importante toda la familia está presente					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con los otros para tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Suma de números nones _____

Suma de números pares _____

A continuación, por favor, lea cuidadosamente cada oración y marque con una **X** la respuesta que piense se da más en su casa. Ejemplo.

En mi familia hay la confianza para decirnos cuánto nos queremos

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
		X		

APGAR FAMILIAR

Descripción	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema			
Estoy satisfecho del modo que mi familia discute un tema de interés y comparte conmigo la solución de problemas.			
Mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida			
Estoy satisfecho con el modo que mi familia me expresa amor y respeta mis sentimientos de enojo, pena o afecto.			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo estamos juntos			