



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 11
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE



**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE
DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA DE JULIO A
AGOSTO DE 2006 DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1
EN CAMPECHE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
XÓCHITL DEL CARMEN SALAZAR SOSA



CAMPECHE, CAMPECHE 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.

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE
DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA DE JULIO A
AGOSTO DE 2006 DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1
EN CAMPECHE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

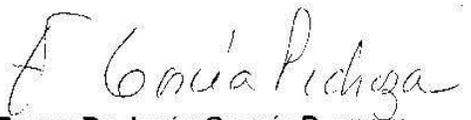
PRESENTA:

XÓCHITL DEL CARMEN SALAZAR SOSA

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE DE
DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA N° 1 EN CAMPECHE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

XÓCHITL DEL CARMEN SALAZAR SOSA

AUTORIZACIONES:

M. EN C. ROXANA DZIB GONZÁLEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
CAMPECHE

M. EN C. ROXANA DZIB GONZÁLEZ
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR

DR (A). MAYDE CARDENAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO INTERNISTA

DR. DOMINGO MEDINA GONGORA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE

2008

INDICE

ANTECEDENTES -----	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	8
JUSTIFICACION -----	9
OBJETIVOS -----	11
METODOLOGIA -----	12
UNIVERSO DE ESTUDIO -----	12
TIEMPO DE ESTUDIO -----	12
CRITERIOS DE SELECCIÓN -----	12
PLAN DE ANÁLISIS -----	13
ASPECTOS ETICOS -----	13
RESULTADOS -----	15
DISCUSION -----	30
CONCLUSION -----	34
BIBLIOGRAFIA -----	35
ANEXOS -----	38

ANTECEDENTES

1. Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud ⁽¹⁾. Se define como Insuficiencia Renal (IR) la pérdida de función de los riñones, independientemente de cuál sea la causa. La IR se clasifica en aguda, subaguda y crónica en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y, sobre todo, en la recuperación o no de la lesión. Mientras que la IR aguda es reversible en la mayoría de los casos, la forma subaguda lo es en menor frecuencia, y la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros ⁽²⁾. La insuficiencia renal crónica se puede producir como complicación de enfermedades metabólicas, hereditarias, congénitas, obstructivas y vasculares. En México las causas más frecuentes de Insuficiencia renal crónica en orden de frecuencia son:

- Nefropatía diabética.
- Glomerulopatías.
- Hipertensión arterial.
- Nefropatía gotosa.
- Enfermedad renal poliquística.
- Nefropatía secundaria a enfermedades sistémicas (L.E.S)
- Infecciones crónicas de vías urinarias ⁽⁶⁾

2. Estadísticas.

De acuerdo a datos recientes, la diabetes mellitus representa la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica en los Estados Unidos de Norteamérica (34.2%), seguida por la hipertensión arterial (29.4%), glomérulo nefritis (14.2%), enfermedad renal poliquística (3.4%) y nefritis túbulo intersticial (3.4%),

desarrollándose en más del 45% de los pacientes con diabetes mellitus ⁽³⁻⁴⁾. En Japón representó el 20.4% de los pacientes en terapia dialítica crónica en el año 1995, con tendencia a aumentar y extrapolando cifras será la causa más importante de insuficiencia renal crónica para inicios de siglo en Japón ⁽⁵⁾.

La frecuencia de nefropatía diabética en México en diabéticos tipo I, a los 20 años de evolución, está entre el 30 y el 40%. En la diabetes tipo II, entre el 20 y el 30% de los pacientes ⁽⁶⁻⁷⁾.

En Campeche la insuficiencia renal crónica es un problema de salud que ocupa el 2º lugar como causa de morbilidad. ⁽⁸⁾

Esta enfermedad es un padecimiento grave que cada año se va incrementando a nivel mundial y en México. Por cada millón de derechohabientes existen mil 300 enfermos con insuficiencia renal que requieren terapia sustitutiva y de ellos solo un 17 por ciento sabe que tiene el padecimiento ⁽⁹⁾.

La nefropatía diabética es una de las enfermedades renales más devastadoras ⁽¹⁰⁾. La enfermedad renal terminal progresa a un ritmo aproximado de 8-9% anualmente, se reporta hasta en el 30% de los pacientes diabéticos ⁽¹¹⁾.

La diabetes representa uno de los principales problemas de salud pública en México. Nuestro país se ubica entre los que mayor número de casos registra en el ámbito mundial. En este sentido, la diabetes mellitus, de acuerdo a las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, tendrá un incremento de la prevalencia en adultos de un 42% en los países desarrollados, que corresponderá de 51 a 72 millones de diabéticos; y de un 170% en países en vías de desarrollo, que ascendería de 84 a 228 millones de diabéticos, sosteniendo que para el año 2025 el 75% de la población de diabéticos en el mundo residirá en algún país en desarrollo ⁽¹²⁾

En México, durante 1995, la diabetes mellitus ocupó el cuarto lugar como causa de mortalidad general, mientras que para el año de 1999, fue la tercera causa de mortalidad en la población en edad reproductiva (15 a 64 años) y también la tercera causa de mortalidad general en toda la población mexicana ⁽¹³⁾.

3. Insuficiencia renal crónica y diálisis.

La evaluación de todo paciente que cursa con insuficiencia renal crónica requiere de una historia clínica completa, exploración física minuciosa, y estudios de laboratorio y gabinete con la finalidad de identificar la causa y severidad de la misma ⁽¹⁴⁾

El objetivo del tratamiento varía en relación con la fase en la que se encuentre el paciente, entre los más importantes están: ⁽¹⁵⁾

- Procurar la máxima calidad de vida del paciente durante todas las etapas de su tratamiento.
- Retardar la progresión del daño y la insuficiencia renal.
- Enviar y/o corregir las complicaciones

Para el manejo de la insuficiencia renal se consideran tres modalidades. ^(16,17)

1. Terapia nutricional.
2. Terapia sustentiva mediante procedimientos de Diálisis peritoneal y Hemodiálisis.
3. Trasplante renal.

Como definición, la diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas. La diálisis peritoneal la podemos dividir en dos grandes grupos: diálisis peritoneal aguda, que se utiliza para solucionar situaciones de urgencia que en principio no tienen riesgo de cronicidad, y diálisis peritoneal crónica. En este último grupo podemos dividir en otros tipos de diálisis, la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) y diálisis peritoneal en ciclo continuo (DPCC)

La diálisis peritoneal ambulatoria continúa, se utiliza en pacientes no hospitalizados, la puede realizar el propio paciente, y tiene una duración de 7 días durante las 24 hrs. consiste en infundir líquido de 3-5 veces al día, y permanecerá en interior de cavidad peritoneal de 6-8 hrs.

Se utilizan bolsas y tubo desechables de cada drenaje, y la infusión y drenado se realizan de forma manual, aprovechando la fuerza de la gravedad ^(18,19)

4. Insuficiencia renal crónica - DMT2 y disfunción familiar.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo ⁽²⁰⁾

Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, 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 que se esperan de ella ^(21,22)

- Equidad generacional: adecuado desempeño de las funciones entre los distintos miembros de la familia.
- Transmisión cultural: aprendizaje del sentido de pertenencia, de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación.
- Socialización y control social: compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente no aceptadas.

En pacientes con insuficiencia renal se ha documentado el valor de este tipo de intervenciones en el periodo previo al trasplante o en la etapa de hemodiálisis.

La diabetes mellitus, por lo tanto, es contemplada como un problema de salud pública, que establece un alto impacto económico y social, que conlleva la disminución en la calidad de vida de los sujetos que la padecen, así como la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial perdidos a consecuencia de las complicaciones crónicas como las nefropatías. ⁽²³⁾

Escobedo de la Peña y Rico Verdín reportan y se considera como causa más frecuente e importante de complicación de la diabetes mellitus a la insuficiencia renal y se reporta en un 16%. Por otra parte, es indudable el hallazgo del impacto social y económico que ocasionan las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus en la población, sobre todo en la población económicamente activa, ya que la mayoría de los casos quien padece de diabetes mellitus es la persona que sostiene económicamente a la familia; conllevando que al no poder desempeñar una actividad remunerada a causa de la invalidez, reduce los ingresos de las familias.

La hiperglicemia sostenida lleva a daño vascular y dentro del mismo al daño renal. La enfermedad renal terminal progresa a un ritmo aproximado de 8-9% anualmente ⁽²⁴⁾.

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 imprescindible ^(25,26)

La aparición y magnitud del cuadro clínico de la Insuficiencia renal crónica varía mucho de un paciente a otro, según la causa, la masa renal funcionante y la velocidad con que se pierde la función renal ⁽²⁷⁾

5. FACES III

FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*) es un instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el *Circumplex Assessment Package* del cual forma parte FACES III. ⁽⁴¹⁾

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, para poder aplicarlo con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento. ^(42,43,44)

El cuestionario cuenta con veinte ítems planteado como aptitudes con una escala de presentación tipo Lickert, diez, para evaluar cohesión familiar y diez para adaptabilidad familiar

La calificación de cohesión familiar es la suma de los ITEMS nones y las clasifica en desprendida (19-34); separadas (35-40); Unidas entre 41 y 45 y enredada 46-50.

La adaptabilidad, se califica, de acuerdo a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares y serán rígida entre 10 y 19 puntos; estructurada entre 20-24; flexibles 25 y 28; y caótica entre 29-50.

La cohesión familiar según el modelo es el vínculo emocional, que tienen los miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia. ⁽¹⁸⁾

La representación grafica del modelo circunflejo abarca únicamente las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, los estudios que se han realizado con base en el modelo circunflejo han demostrado que ha mayor comunicación mayor funcionalidad.

La comunicación familiar debe ser considerada como una dimensión facilitadora en la que solo es posible cuando existe respeto de sus miembros entre si para la escucha atenta, para los comentarios de apoyo, la empatía, habilidades que permitirán mantener una comunicación favorable para la función familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la República Mexicana se reporta de manera anual aproximadamente 5 000 casos de Insuficiencia Renal (IR). En el Estado de Campeche se repite este patrón nacional. En la Ciudad de Campeche se registran aproximadamente 20 nuevos casos por mes de pacientes que cursan con IR, muchos de los cuales evolucionan a un cuadro crónico y tienen la necesidad de ingresar al Programa de Diálisis Peritoneal o de hemodiálisis⁽⁴⁰⁾. En el Hospital General No 1 del IMSS en Campeche los pacientes Diabéticos tipo 2 ocupan el segundo lugar como causa de morbilidad ⁽⁸⁾, así como en el servicio de Diálisis por lo que es de vital importancia conocer el impacto social y familiar que representa el tener un familiar con este padecimiento; por tanto a través de esta investigación pretendemos obtener respuestas de cuál es la frecuencia de disfunción familiar en pacientes mayores de 18^a con Diabetes mellitus tipo 2 en diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital General de Zona 1 en la Ciudad de Campeche, Campeche y a su vez ofrecer alternativas para mejorar en lo posible la Calidad de vida de estos pacientes desde el enfoque de la Medicina Familiar

JUSTIFICACION

La insuficiencia renal en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud.⁽¹⁾

La insuficiencia renal crónica se puede producir como complicación de enfermedades metabólicas, hereditarias, congénitas, obstructivas y vasculares. La diabetes representa uno de los principales problemas de salud pública en México, siendo la causa más común de insuficiencia renal: la Nefropatía diabética, que representa una de las enfermedades renales más devastadoras, la frecuencia en México es de un 20 a 40%.⁽⁶⁻⁷⁾

En el Estado de Campeche la insuficiencia renal crónica es un problema de salud que ocupa el 2º lugar como causa de mortalidad.⁽⁸⁾

Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo.

El objetivo del tratamiento varía en relación a la fase en la que se encuentra el paciente. Para el manejo se consideran tres modalidades entre las cuales están la diálisis, que a su vez se divide en diálisis peritoneal cíclica continua y ambulatoria, la cual es realizada por el propio paciente, con una duración de 7 días durante 24 hrs.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Las familias que cuidan a pacientes con diálisis y más si son diálisis prolongadas son vulnerables a constantes crisis emocionales, sociales y médicas, donde su supervivencia y calidad de vida depende de la capacidad de afrontamiento del paciente y del equipo de tratamiento, en muchas ocasiones resultan para el paciente imposible realizar un trabajo regular.

Los pacientes mayores pasan a depender de sus hijos y les resulta imposible vivir solo, con frecuencia se alteran las responsabilidades y tareas de cada

miembro de la familia lo que genera sentimientos de culpa e inutilidad y tensiones.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de disfunción familiar en pacientes mayores de 18ª con Diabetes Mellitus tipo 2 con diálisis peritoneal ambulatoria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el rango de edad en que es más frecuente la disfunción familiar.
2. Conocer la etapa del ciclo vital en que es más frecuente la disfunción familiar.
3. Conocer que tipología familiar es más frecuente en los pacientes con disfunción familiar.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 mayores de 18 años con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis ambulatoria del Hospital General de Zona 1 San Francisco de Campeche, Campeche.

TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula de estimación de proporción esperada del 50% para el evento, (según estudios realizados en México), con un nivel de confianza de 95% (Un alfa 0.0005 y $Z_{\alpha} = 2.33$) y una variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno de $\pm 8\%$ lo que nos da una muestra de 150 pacientes Diabéticos tipo 2 incluidos en el programa de Diálisis peritoneal ambulatoria.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mayores de 18 años
- Ambos sexos
- Con diagnóstico de insuficiencia renal
- Con tratamiento de diálisis ambulatoria
- Tratados en el Hospital General de Zona 1 Campeche
- Portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- En tratamiento con hemodiálisis o diálisis intermedia
- Portadores de Diabetes Mellitus tipo 1.

PLAN DE COLECCIÓN DE INFORMACION

Con previa autorización de la jefatura de enseñanza del HGZ 1, de la jefatura de medicina interna y del médico nefrólogo, se realizará la captación de los pacientes en tratamiento con diálisis ambulatoria que cumplan con los criterios de inclusión, revisando el expediente clínico, se solicitará al paciente a participar en el estudio así como a dos de sus familiares, con firma de consentimiento informado. Se aplicará la encuesta FASES III, se realizará familiograma dinámico y estático de cada paciente. Posteriormente con los datos obtenidos se evaluará la presencia de disfunción familiar y frecuencia de esta.

PLAN DE ANÁLISIS

El análisis será de tipo descriptivo, con uso de frecuencias simples, medidas de tendencia central y desviación estándar.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se llevara a cabo tomando en cuenta las recomendaciones para médicos que realizan investigación en humanos, adoptada en la 18° Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia en el mes de Junio de 1964 y enmendadas por la 48° Asamblea General en Somerset West, Sudáfrica en 1996 y de acuerdo a la ley de salud en México en 1997.

En apego al capítulo 1, fracción V de la ley general de Salud (1987) de investigación.

- Artículo 13: Se respetara la dignidad y bienestar de los participantes, garantizando un anonimato y la libertad de retirarse en el momento deseado
- Artículo 17: Fracción II, investigación de sin riesgo para la integridad física y Psicológica de los participantes, debido a que los datos se recabaran de la aplicación de un instrumento

- Artículo 21: A los sujetos en estudio se les solicitará su participación voluntaria previo informe de los objetivos de estudio, así como los procedimientos a realizarse.

RESULTADOS.

En este estudio se incluyeron un total de 151 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión, estos presentaron una mediana de 56 años ya que se encontraban en un rango de edad de 24 a 77 años.

En lo referente al género, la mayor prevalencia se presentó en el sexo femenino con 87 pacientes (57.6%).

Con relación al tiempo de evolución de diálisis se encontró que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de 2 y 3 años de evolución, representando el 29 % respectivamente (Gráfica 3).

Respecto a las familias según su ciclo vital se encontraron en fase de retiro el 72 % (109 familias). (Tabla 1).

Se observó que la composición familiar más frecuente fue la nuclear con un 69%.(Gráfica 4).

Finalmente la disfunción familiar se presentó en un 73.5 % (Gráfica 5)

Del total de familias encuestadas el 73.5% se presentó como disfuncionales observando los siguientes resultados. (Tabla 2 y 3)

Por su ciclo vital en las familias disfuncionales encontramos el mayor porcentaje en la etapa de retiro con 66.7 % (Tabla 4)

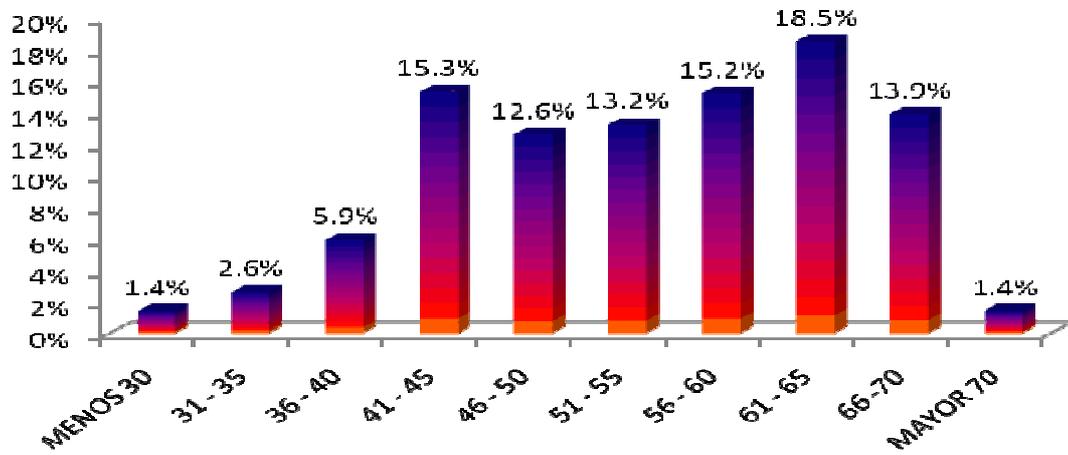
Por su composición familiar predominó la de tipo nuclear con un 60.3 % (Tabla 5)

A diferencia de lo observado con las familias disfuncionales, en las familias funcionales que corresponde a un 26.5% encontramos los siguientes datos (Tabla 6 y 7).

Las familias funcionales por su ciclo vital encontramos el mayor porcentaje en la etapa de retiro con 87.5% (Tabla 8)

Por su composición las familias funcionales predominó la de tipo nuclear con un 92.5 % (Tabla 9)

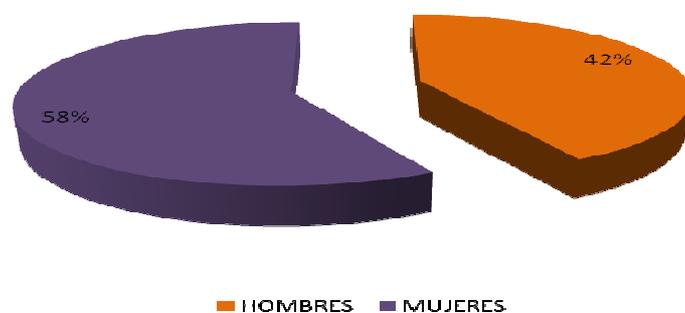
Grafica 1 Disfunción familiar por grupo de edad



Fuente: Expedientes clínicos

Podemos observar que en esta gráfica el rango más frecuente de edad fue de 61 a 65 años con 18.5 %.

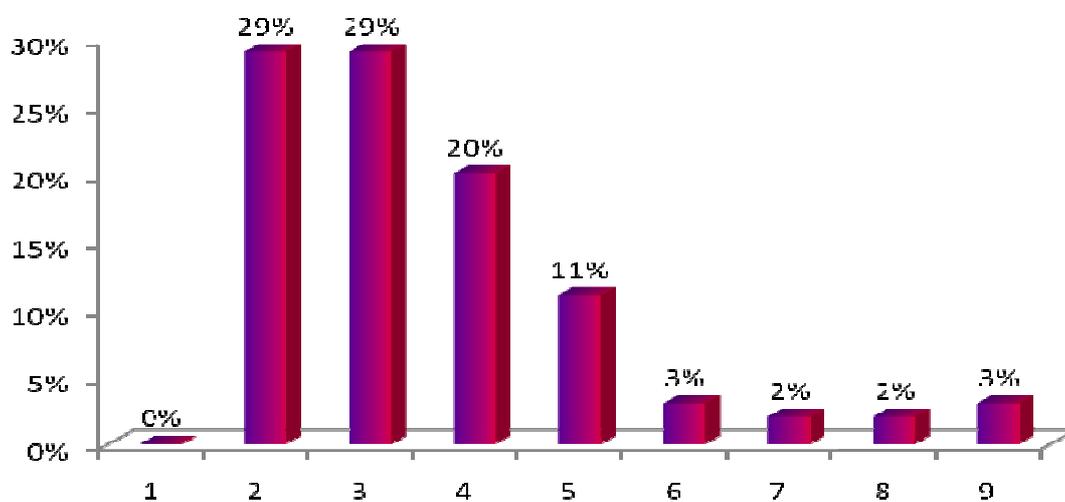
Grafica 2 Prevalencia por género



Fuente: Expedientes clínicos

La mayor prevalencia se presentó en el sexo femenino con 87 pacientes que representan el 58.0 % de los pacientes evaluados.

Grafica 3 Tiempo de evolución de diálisis peritoneal por años



Fuente: Expedientes clínicos

Con relación al tiempo de evolución de diálisis peritoneal se encontró que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de 2 y 3 años, representando el 29 % en cada grupo.

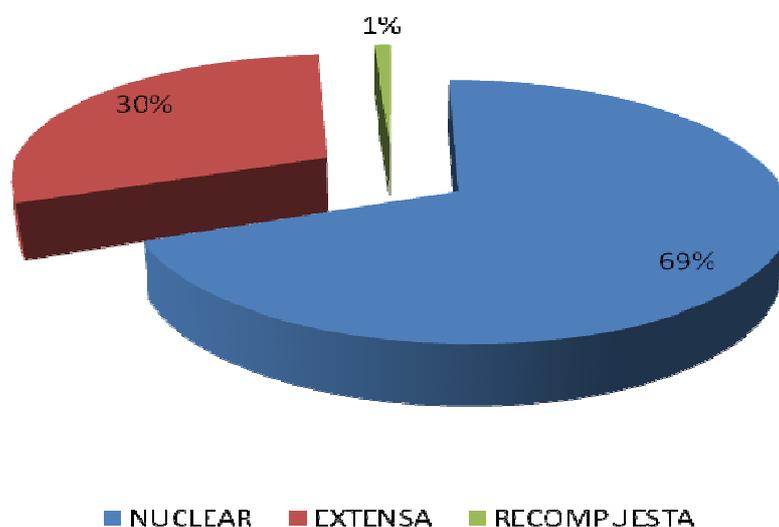
Tabla 1 Etapa del ciclo vital

ETAPAS DEL CICLO VITAL	PORCENTAJE
MATRIMONIO	0%
EXPANSION	0%
DISPERSION	2%
INDEPENDENCIA	26%
RETIRO	72%

Fuente: Expedientes clínicos

Respecto a las familias según su ciclo vital se encontraron en fase de retiro el 72 % (109 familias).

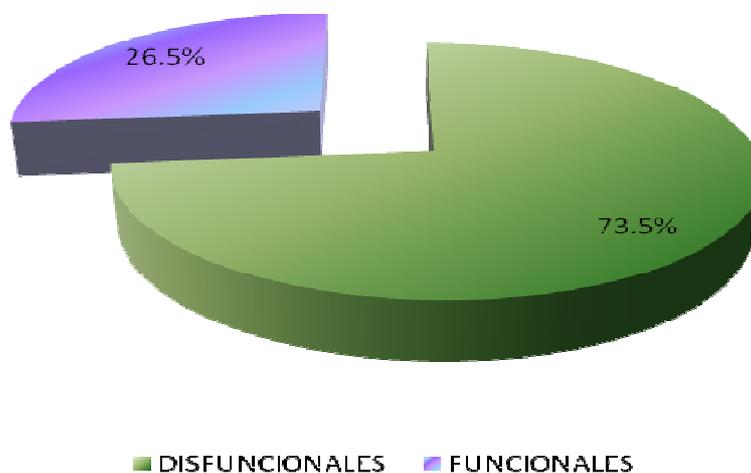
Gráfica 4 Composición familiar



Fuente: Expedientes clínicos

Se observó que la composición familiar más frecuente fue la nuclear con un 69%.

Gráfica 5 Frecuencia de disfunción familiar



Fuente: Expedientes clínicos

Finalmente la disfunción familiar se presento en un 73.5 %

**TABLA 2 Porcentaje de familias disfuncionales (Cohesión) de acuerdo a
FACES III**

FAMILIA DISFUNCIONALES / COHESION		
	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
DESPRENDIDA	61	54.6 %
SEPARADA	44	40 %
UNIDAS	3	2.7%
ENREDADAS	3	2.7 %

Fuente: Expedientes clínicos

Del total de familias encuestadas el 73.5% se presentó como disfuncionales observando los siguientes resultados. (Tabla 2 y 3)

TABLA 3 Porcentaje de familias disfuncionales (Adaptabilidad) de acuerdo a FACES III

FAMILIAS DISFUNCIONALES / ADAPTALIDAD		
	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
RIGIDA	44	40 %
ESTRUCTURADA	5	4.4 %
FLEXIBLE	6	5.4 %
CAOTICA	56	50.2 %

Fuente: Expedientes clínicos

TABLA 4 Ciclo vital en las familias disfuncionales

CICLO VITAL	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
DISPERSION	0	0 %
INDEPENDENCIA	37	33.3 %
RETIRO	74	66.7%

Fuente: Expedientes clínicos

Por su ciclo vital en las familias disfuncionales encontramos el mayor porcentaje en la etapa de retiro con 66.7 % (Tabla 4)

TABLA 5 Porcentaje de Composición familiar en familias disfuncionales

COMPOSICIÓN	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
NUCLEAR	67	60.3 %
EXTENSA	43	38.7 %
RECOMPUESTA	1	1 %

Fuente: Expedientes clínicos

Por su composición familiar predominó la de tipo nuclear con un 60.3 % (Tabla 5)

**TABLA 6 Porcentaje de familias funcionales (Cohesión) de acuerdo a FACES
III**

FAMILIAS FUNCIONALES / COHESION		
	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
DESPRENDIDA	2	5 %
SEPARADA	3	7.5 %
UNIDAS	21	52.5 %
ENREDADAS	14	35 %

Fuente: Expedientes clínicos

A diferencia de lo observado con las familias disfuncionales, en las familias funcionales que corresponde a un 26.5% encontramos los siguientes datos (Tabla 6 y 7).

**TABLA 7 Porcentaje de familias funcionales (Adaptabilidad) de acuerdo a
FACES III**

FAMILIAS FUNCIONALES / ADAPTALIDAD		
	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
RIGIDA	5	12.5 %
ESTRUCTURADA	22	55 %
FLEXIBLE	11	27.5 %
CAOTICA	2	5 %

Fuente: Expedientes clínicos

TABLA 8 Porcentaje de ciclo vital en familias funcionales

CICLO VITAL	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
DISPERSION	2	5 %
INDEPENDENCIA	3	7.5 %
RETIRO	35	87.5 %

Fuente: Expedientes clínicos

Las familias funcionales por su ciclo vital encontramos el mayor porcentaje en la etapa de retiro con 87.5% (Tabla 8)

TABLA 9 Porcentaje de composición familiar en familias funcionales

COMPOSICIÓN	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
NUCLEAR	37	92.5 %
EXTENSA	3	7.5 %
RECOMPUESTA	0	0 %

Fuente: Expedientes clínicos

Por su composición las familias funcionales predominó la de tipo nuclear con un 92.5 % (Tabla 9)

DISCUSION

El contacto con una enfermedad crónica y sus angustiantes consecuencias para el paciente y su familia en muchas ocasiones crean alteraciones en la funcionalidad habitual de esta familia. Dentro de estas enfermedades se encontraría el paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.

Estos pacientes tienen una vivencia singular de la enfermedad, vivencia que dependerá de su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno familiar. Sin embargo, a medida que transcurre el tratamiento, los sentimientos de desesperanza, invalidez y angustia que surgen van siendo comunes a todos los pacientes.

La calidad de vida que logre será resultado, además de la adecuación médica de su diálisis, de su proceso de adaptación psicológica y de su red interpersonal: familia, equipo asistencial e inserción social ⁽³⁰⁾.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá en una forma u otra mientras exista nuestra especie. La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la funcionalidad familiar ⁽³¹⁾

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa ⁽³²⁾.

Cabe mencionar que el soporte familiar juega un papel importante en la mejoría clínica y en la menor incidencia de las hospitalizaciones o complicaciones, tal como ha sido reflejado en estudios realizados a pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 o insuficiencia renal. ⁽³³⁾

El estudio permitió describir las características de la familia del paciente con insuficiencia renal crónica y hacer una reflexión acerca de su patología social.

Se encontró que el rango de edad predominante fue de 61 – 65 años con un porcentaje de 18.4% lo cual está dentro del rango de edad descrito por Sandoval-Jurado, et al. El cual realiza un estudio transversal a pacientes mayores de 18ª incluidos en el programa de diálisis peritoneal ambulatoria que reporta un rango de edad semejante. ⁽³⁴⁾

Así mismo se observó Imperando el sexo femenino con 57.61% lo cual difiere de varios autores como Rodríguez y cols. El cual realiza un estudio con 22 pacientes incluidos en el programa de diálisis ambulatoria reportando el género predominante como el masculino con un 57% ⁽³⁵⁾.

Sin embargo este comportamiento aún no se encuentra bien determinado, se sugiere que pudiera estar en relación a cuestiones de género, que hacen al hombre más susceptible a otras condiciones de riesgo que producen daño renal, tal es el caso del alcoholismo En nuestro estado probablemente se deba que impere el sexo femenino ya que son las que más acuden a la consulta, y los varones son más renuentes a realizarlo.

Sin embargo por su composición según el mismo autor son de tipo nuclear que en este estudio se asemeja con un porcentaje de 68.2% al igual que Azcarate y col. Los cuales al realizar su estudio en la Ciudad de México reportan 74% de familias nucleares ⁽³⁶⁾.

De la misma forma las familias evaluadas están en fase de retiro en un 72.6% de tipo nuclear con un 69%. Se menciona que debido a los cambios sociales y familiares de pasar de ser familias extensas a nucleares crea sensación de soledad, aislamiento, con menor acercamiento o dependencia entre sus miembros, así como menor intercambio de apoyo entre la red de parentesco, que disminuye el apego al tratamiento de diálisis en forma adecuada creando mayores complicaciones medicas con más cambios en el funcionamiento familiar; en contraste, la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua. ⁽³⁷⁾

Respecto al FACES III observamos una disfunción familiar predominante en familias de acuerdo a su ciclo vital en etapa de retiro, recordando ya por el solo hecho de estar en esta etapa crea ya conflictos debido a que se sienten inútiles por no tener trabajo, o no poder realizar las actividades cotidianas y si se agrega una enfermedad crónica se agrava más la situación, lo que se pudo observar es que los familiares sienten que es una carga el tener que dedicarle tiempo a los pacientes, ya que tienen estructurada una familia fuera de sus familias de origen y dificulta tener que dejar su hogar, trabajo para acompañar al paciente a las consultas, o a visitas al hospital, habitualmente están pendientes de los pacientes o cooperan durante el primer año de tratamiento en este estudio los pacientes tenían de dos a tres años en tratamiento de diálisis con 44 pacientes, que corresponde según Rodríguez,- Aponte en un estudio realizado en Colombia a 156 pacientes en tratamiento con diálisis con un promedio de este de 42 meses. ⁽³⁸⁾

Generalmente el familiar que apoya a los pacientes es la misma pareja, los cuales en varias ocasiones por los efectos propios de la edad dificulta que se realice de manera adecuada el tratamiento, ya que olvidan la ingesta de medicamentos, citas medica o la forma adecuada de realizar la diálisis, el otro familiar que apoya es el hijo (a) menor, y cuando se trata de familias en las que aun tiene un dependiente económico directo, existen conflictos económicos ya que hay un aumento de los gastos extra generados por su propia patología como pueden ser:

Dieta alimenticia, tratamiento de fármacos, desplazamientos a tratamiento, no pudiendo mantener el nivel de ingresos y generando la aparición de una serie de desequilibrios.⁽³⁹⁾

CONCLUSION

El presente estudio nos permite concluir que los pacientes femeninos en el rango de edad entre 61 a 65 años diabético tipo 2 incluidos en el programa de Diálisis del Hospital General de Zona 1 en la Ciudad de Campeche, Campeche, presentan disfunción familiar, y de acuerdo al FACES III observamos dicha disfunción familiar predominante en familias de acuerdo a su ciclo vital en etapa de retiro y nuclear según su composición.

Es importante recalcar que nuestros resultados difieren en cuanto al sexo de los pacientes que presentan mayor disfuncionalidad en el rango de edad estudiado, una de las posibles causas en nuestro estado es que las mujeres son las que más acuden a la consulta, y los varones son más renuentes a realizarlo.

Por otro lado es importante determinar si nuestros resultados tienen una relación de causa o efecto y son condicionados por la falta de atención personalizada a la familia y al paciente propiamente dicho, por lo anterior es necesario realizar estudios de correlación, que permitan demostrar que el padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras de la función familiar. ⁽³⁶⁾

El paciente renal no se le puede abordar aisladamente sin la inclusión de la familia como estrategia terapéutica; dado que situaciones como el abandono familiar y la falta de contención puede condicionar la no realización de acciones terapéuticas dirigidas a ellos. Es necesario que la familia tenga un espacio psicológico, frente al diagnóstico de una enfermedad orgánica para poder elaborar mecanismos de adaptación respecto a la enfermedad, al sufrimiento y a los duelos, confrontándose con su propia mortalidad. ⁽³⁰⁾

BIBLIOGRAFIA

- 1 Secretaría de salud. Encuesta Nacional de Enfermedades crónicas. México: SSA; 200.pp. 19 – 24.
- 2) Burgess E: Conservative treatment to show deterioration of renal functions: Evidence-based recommendations. *Kidney Int* 55. Suppl.70: S17-S25, 2000.
- 3) Torales Sicardo F., García Velazco L . (junio 2000) Insuficiencia Renal Crónica. *Práctica Médica Efectiva*, vol. 2 No 6.
- 4) Weis MF. Rodby RA, Justice AC, Hricik DDE and the Colaborative Study Group: Free pentosidine and neopterin as markers of proghression rate in diabetix nephopathy, *Kidney int.* 2000; 54: 193-202.
- 5) Hering BJ, Suterland Der: The future of islet and pancreatic transplantation. *Diabetes* 2000 (1): 18.
- 6)Ritz E, Reinhold Orth S Nephopathy in patients with type 2 diabetes Mellitas. *N Engl J Med* 1999;341(15):1127-1133
- 7) Cusumano AM, Di Gioia C, Hermida O, Lavorato C (2005) Latin American Registry of Dialysis and Renal Transplantation. *Kidney Int Suppl.* 97, 46-52
- 8) García Solis E., Saravia Tuz V., Ehuan Haas, L. (1999) Detección de anticuerpos irregulares fuera del sistema ABO en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Mexicana de Patología Clínica.* 46, 43, 44
- 9) Amato Martínez D, (2001) Prevalencia de insuficiencia renal en la población derechohabiente, Unidad de Investigación Médica de enfermedades nefrológicas del centro Medico Nacional Siglo XXI.
- 10) Becker BN, Pintar T, Becker YT, Odorico JC: The survival Benedit of simultaneus Kidney – pancreas transplantation. 2000; 31 st Annual Meeting and Scientific Exposition, American Society of Nephrology, October 25 – 28 Philadelphia.
- 11) Ismail N, Becker Bn: Treatment options and strategies in Uremia: Current trends and future directions. *Sem Nephrol* 1994; 14(3): 282 – 299.
- 12) Kikawua R, Kida Y, Janeda M: Nefropathy in type diabetes/epidemiological issues as viewed from Japan *Nephrol Dial Transplant* 2000; 13:2743 – 2745.
- 13) The expert Committee on Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: Follow – up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 26: 3160 – 3167, 2003.
- 14) MaC Gregor G.JM. Insuficiencia Renal Crónica. *Méd. Int.Mex.* 2000; (3): 20 – 22.
- 15) Consesus: Morbidity and mortality of renal Dialysis: Na NIH Consensus Conference Stantement. *Ann intern Méd*, 2000, 12 (1): 62 – 70.
- 16) Ritz E, Reinhold Orth S. Neprhopathy in patients wit type 2 Diabetes Mellitus, *N Engl J Méd* 2000; 34 (15): 1127 – 1133.
- 17) Rahman M, Smith MC. Chronic renal insufficiency: a diagnostic na therapeutic approach. *Arch Intern Med.* 2000; 158 (6): 1743 – 1752.
- 18) López Herce J, Calvo C, Lorente MJ, Baltodano A. manual de cuidado Intensivo 2°ed. Ed. Publimed 2004.

- 19) Montenegro J, Olivares J, Dialisis peritoneal en la insuficiencia renal crónica en: Llach, Valderabano eds. Insuficiencia renal crónica: Diálisis y Transplante Renal. Ed Norma, Madrid 2001.
- 20) Roger Gr. The effect of family composition, health, and social support linkages on mortality. *J. Health Soc Behav* 2002; 37: 326 – 338.
- 21) Stochowiak J, Galvin KM, Brommel BJ, Family communication, cohesion and change. USA: Scott foresman and Co: 2002 p. 175 – 193.
- 22) Pérez – Adan J. Salud social y función familiar humana 2001; 1: 19 – 26.
- 23) Moran PJ, Chritesen AJ, Ehlers SL, Bertolatus JA Family environment, intrusive ideation, and adjustment among transplant candidates. *Ann Behav Med*. 2002; 21 (4) 311 – 316.
- 24) Kuri Morales p, Vargas Cortés M, Zárate Hernán M, Juárez Vergara P(2001) La diabetes en México. Investigación y Desarrollo p. 7- 8.
- 25) Bury M. The sociology of chronic illness. A review of research and prospects. *Sociol Health Illness* 1991; 13(4):451-458.
- 26) Hennen BK. Conducta ante la enfermedad. En: Shires DB, Hennen K, editores Medicina Familiar. México: McGraw-Hill; 1983 p 35-3927
- 27) Programa para la detección y tratamiento temprano del paciente con insuficiencia renal crónica. Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de Atención Médica. 1999.
- 28) Rahman M, Smith MC. Chronic renal insufficiency: a diagnostic. *Arch Intern Med*. 1998; 158 ;(6):1743-1152.
- 29) Olson DH Circumplex model: validation studies *Faces III. Family Process* 25, 337 – 351. 1986.
- 30) Enrique Vonokur y Demis bueno. Instituto de urología. *Rev. Nefrol. Dial y Transpa.*, numero 56 Marzo – Junio 2002. pag 11-14.
- 31) Santos Gómez Navarro, Genaro Sanchez Torres y col. Sexualidad en la pareja y funcionalidad familiar. Tesis medico familiar, Colima. Febrero 2005.
- 32) José L. Rangel, L Valerio. Funcionalidad familiar. *Rev. Fc Med UNAM Vol 47 Numero 1 Enero – Febrero 2004.*
- 33) Méndez-López Dulce María, Gómez-López Victor Manuel. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Revista Médica IMSS* 2004, 42:281-284.
- 34) *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (2): 105-109 Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Luís Sandoval – Jurado, et al.
- 35) Rodríguez AG, Rodríguez AF, Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev. Med. IMSS* 2004; 42(2): 97-102.
- 36) Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz- Pérez JR, Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria Vol 8 (2) 97-102. 2006.
- 37) José Mauricio Ocampo, Nhora Romero. Prevalencia de la disfunción familiar en adultos mayores. Vol 37 numero 2(Supli), 2006 (Abril – Junio).

- 38) <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/diciembre-2005/013.pdf>
recuperado el 23 de enero de 2006
- 39) <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/roci-orubio.PDF> I coste de la vida y los gastos que genera la propia enfermedad.
- 40) www.conacyt.mx/Fondos/Mixtos/Campeche/2006
- 41) www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm/21/originalesbreves.html
- 42) Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, Fernández-Ortega MA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*). Arch Med Fam 1999;1(3):73-79.
- 43) Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibañez S, Hernández-Gómez A, Montesinos-Guerrero MR, Hernández-Soto MC. Análisis de la Confiabilidad de FACES III versión en español. Aten Primaria 1999; 23(8):479-484.
- 44) Ponce Rosas ER, Gómez- Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibañez S. Validez de Constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002; 30(10): 624-630.

ANEXO 1 FACES III

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

1	2	3	4	5
Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

COHESION	AMPLITUD DE CLASE
DESPRENDIDA	19 - 34
SEPARADAS	35 - 40
UNIDAS	41 - 45
ENREDADA	46 - 50

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
RIGIDA	10 – 19
ESTRUCTURADA	20 - 24
FLEXIBLE	25 – 28
CAOTICA	29 – 50

El cuestionario cuenta con veinte ítems planteado como aptitudes con una escala de presentación tipo Lickert, diez, para evaluar cohesión familiar y diez para adaptabilidad familiar

La calificación de cohesión familiar es la suma de los ITEMS noes y las clasifica en desprendida (19-34); separadas (35-40); Unidas entre 41 y 45 y enredada 46-50.

La adaptabilidad, se calificara, de acuerdo a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares y serán rígida entre 10 y 19 puntos; estructurada entre 20-24; flexibles 25y 28; y caótica entre 29-50.

La cohesión familiar según el modelo es el vínculo emocional, que tienen los miembros de la familia y el nivel de autonomía individual que una persona experimenta en el ámbito de su propia familia¹⁸

La representación grafica del modelo circunflejo abarca únicamente las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, los estudios que se han realizado con base en el modelo circunflejo han demostrado que ha mayor comunicación mayor funcionalidad.

La comunicación familiar debe ser considerada como una dimensión facilitadora en la que solo es posible cuando existe respeto de sus miembros entre si para la escucha atenta, para los comentarios de apoyo, la empatía, habilidades que permitirán mantener una comunicación favorable para la función familiar.

ANEXO 2

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación

Titulado: Frecuencia de Disfunción familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, incluidos en el programa de diálisis peritoneal ambulatoria.

Registrado ante el comité local de investigación medica con el número _____ El objetivo de este estudio es _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo. 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 del instituto.

El investigador principal me a dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

.....
Nombre y firma del paciente

.....
Nombre del investigador principal

.....
Testigo

.....
Testigo

ANEXO 3

EDAD	< 30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	>70
SEXO	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F
TIEMPO DE DMT2	< 1 AÑO	1	2	3	4	5	>5			
TIEMPO DE DIALISIS										
POR COMPOSICION	NUCLEAR	EXTENSA	COMPUESTA	RECOMPUESTA						
CICLO VITAL	MATRIMONIO	EXPANSION	DISPERSION	INDEPENDENCIA	RETIRO					