



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 DE MEDICINA FAMILIAR NO.75
MORELIA, MICHOACÁN.



EL PACIENTE RENAL Y SU FAMILIA: AUTOEVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LORENA BELEM BAHENA GONZÁLEZ.

Morelia, Michoacán.

Enero 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.

Doy gracias a Dios por haber permitido finalizar una de mis anheladas y más grandes metas.

A mis maestros Dr. Octavio Carranza y la Dra. Ma. de los Ángeles Rentarías, por su enseñanza y consejos que me hicieron reflexionar como profesional y persona, por la amistad que siempre me brindaron .

A mi esposo por su gran apoyo y estímulo que me dio día a día para culminar.

A mis padres que siempre estuvieron también con consejos y a mi mamá que sin ella no hubiera logrado este logro al cuidarme a mi pequeña hija Fernandita.

A mis compañeros y amigos que me brindaron su gran apoyo, amistad y también enseñanza con sus consejos, gracias Dulce, Alfonso, pablo, Gustavo, Hugo.

Con admiración, respeto y cariño.

Lorena Belem Bahena González

I N D I C E

1.- INTRODUCCIÓN.....	8
2.- MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 La Familia con Enfermedad Crónica.....	10
2.2 La Familia y la Insuficiencia Renal.....	19
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
4.- JUSTIFICACIÓN.....	32
5.- OBJETIVO.....	33
6.-HIPÓTESIS.....	34
7.- METODOLOGÍA.....	35
8.- RESULTADOS.....	44
9.- GRAFICAS Y TABLAS.....	46
10.- DISCUSIÓN.....	53
11.- CONCLUSIONES.....	55
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	56
13.- ANEXOS.....	60

1.- INTRODUCCION

La insuficiencia renal ha representado un problema de salud con demanda creciente condicionando la intervención múltiple del equipo multidisciplinario de salud. Estadísticamente constituye una de las principales causas de discapacidad y muerte. Su inicio comúnmente es insidioso con una evolución intermitente al alternar frecuentes periodos de exacerbación y remisión de síntomas, complicaciones y múltiple tratamiento el cual en estadios avanzados se prolonga durante toda la vida.

Relacionar el funcionamiento familiar con un integrante que padece insuficiencia renal crónica (IRC) constituye hoy en día un problema de salud trascendental, ya que sus consecuencias a nivel individual, familiar y social explican su complejidad, al enfrentar problemas biopsicosociales los cuales aumentan con el tiempo ya que están relacionados directamente con el estadio de evolución de la enfermedad. Por otro lado este tipo de pacientes se ve obligado a adaptarse a cambios en todos los aspectos de su vida, de manera individual, familiar, social y laboral, requiriendo la participación familiar. Son numerosos los autores que han podido constatar que la enfermedad crónica está relacionada con bajos niveles de funcionamiento familiar, así como falta de ajuste y bienestar personal y social^{i,ii}. Dentro de la interacción familiar repercute de manera determinante el que uno de sus integrantes padezca una enfermedad crónica y requiera mayor atención, ya que la enfermedad repercute en la adaptación de las diferentes etapas de desarrollo del ciclo vital.

La disfunción familiar inicialmente genera un proceso adaptativo de duelo individual y familiar ante la pérdida, el cual modifica la estructura y funcionamiento familiar en todos sus niveles, pudiendo entre los miembros de la familia desencadenar respuestas negativas o positivas, en el caso de ser positivas generaran bienestar, fomentara el apoyo y mejoraran los lazos afectivos. Todos estos elementos determinan las características del funcionamiento familiar y repercutirá en el apoyo y cuidado que se de al miembro enfermo.

Es por eso que el conocimiento de la auto evaluación del funcionamiento familiar con respecto del paciente identificado a través de la aplicación del cuestionario de funcionamiento familiar en el presente trabajo resulta de utilidad fundamental, al permitirnos evaluar el tipo de funcionamiento familiar y su repercusión en la familia con un integrante que padece enfermedad crónica.

ⁱ De la Revilla. La disfunción familiar. Atención primaria 1992; 19:582-583

ⁱⁱRodríguez-Ábrego G, Rodríguez-Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004;42(2):97-102.

2.- MARCO TEORICO:

2.1 La Familia con Enfermedad Crónica

En el presente capítulo planteamos aspectos generales acerca del proceso bio-psico-social en lo cual el ser humano se encuentra inmerso, destacando los avances médicos y científicos en relación al tratamiento de las enfermedades que permiten la prolongación de la vida, para continuar planteando de manera particular las características y repercusión en el funcionamiento familiar de la enfermedad crónica del tipo de la insuficiencia renal y concluir describiendo aquellos aspectos conceptuales teóricos de la enfermedad en estudio.

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, estilos de vida, y éstas a su vez, lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos.

- La familia es la célula primordial de la sociedad por lo que su funcionamiento trasciende en la salud integral; constituye un sistema abierto formado por los subsistemas conyugal, paterno filial y fraterno. La importancia de estos subsistemas radica en el impacto que tienen en la dinámica familiar total por el aprendizaje de conductas que determinan el equilibrio de las fuerzas para el mantenimiento de la cohesión del grupo o bien para su desintegración¹.

Diversos autores coinciden en que algunas patologías por su persistencia y trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras, entre ellas se señala a las enfermedades terminales como a la insuficiencia renalⁱⁱ.

La familia ha sido objeto de estudio desde diferentes perspectivas: antropología historia, medicina familiar, psicología y desde el punto de vista de la psicoterapia familiar. En cada una de estas disciplinas se ha concluido en la importancia que reviste la familia en la sociedad. Esta multidisciplinariedad implica diversas metodologías, utilizando distintos instrumentos de evaluación. Sin embargo, hasta el momento son escasos los estudios que correlacionan la percepción individual acerca del funcionamiento familiar por parte del paciente que padece una enfermedad crónica.

La cuestión principal que hay que plantear entonces es la idea de familia “normal” o funcional, en este sentido se han descrito diez aspectos primordiales que caracterizan a las familias funcionales, mismas que pueden ser explorados por el médico y a partir de ellos inferir la existencia de un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, así como una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia; de igual manera una clara definición de los aspectos jerárquicos, límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía.

Las siguientes son características que corresponden a las familias sanas:ⁱⁱⁱ

- comparten responsabilidad (poder),
- organización flexible,
- procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas,
- activan unidos sus recursos,

- altos niveles de interacción,
- adecuada comunicación en los subsistemas,
- múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario,
- fomentan el desarrollo personal, estimulan un alto grado de autonomía
- cuentan con una alta capacidad para solicitar ayuda.

Por otro lado, existen diferentes criterios para el estudio del desarrollo del ciclo vital de la familia; Geyman^{iv} considera 5 fases. La familia como todo grupo humano tienen su inicio, desarrollo y ocaso, a semejanza del hombre que es engendrado: nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere. La familia por su parte sigue un patrón similar y con ello conforma el ciclo vital: matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención al enfermo crónico. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia e incluso afirman que en su mayoría los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados y el apoyo familiar más que cualquier otro^v.

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejarlos. Durante las etapas del desarrollo familiar, la familia se enfrenta a momentos críticos que implican cambios tanto individuales como familiares, sin embargo la dinámica familiar, como todo proceso no es lineal.

El concepto de funcionamiento familiar propuesto por Palomar lo define como el conjunto de patrones de comportamiento del sistema familiar que rigen el estilo de vida familiar y promueven su funcionalidad; comprende una gran diversidad de factores y es común considerar que una familia sana o funcional presente características tales como: comunicación clara y directa, definición de roles, autonomía de los integrantes, cohesión y solidaridad entre los miembros, así como habilidad para resolver problemas. El buen funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros^{vi}.

Las enfermedades crónicas del tipo de la insuficiencia renal se han convertido en el modelo típico de patologías que afectan a la familia, por un lado el conocimiento cada vez más profundo de la fisiología renal, como los adelantos en el tratamiento de las diferentes enfermedades renales y sus complicaciones, ha dado como resultado la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida, en particular en los pacientes con enfermedad crónica; así mismo, estos adelantos científicos han condicionado la profundización del estudio de los factores relacionados con el tratamiento y la rehabilitación. Por otro lado, se han hecho más evidentes los efectos de estas enfermedades en aspectos bio-psico-sociales, así como en la familia^{vii}.

El manejo de la enfermedad crónica en la familia conforma una situación compleja para el equipo de salud, implica entre otras cosas considerar factores legales, éticos y socio antropológicos. Pero sin duda alguna es precisamente en la enfermedad crónica donde resulta más evidente la importancia de la relación entre lo biológico y lo social; ya que la cronicidad del padecimiento evoluciona

lenta y progresivamente al deterioro del individuo y de sus relaciones primarias. En la actualidad en México, 60% de los adultos mayores son portadores de algún tipo de enfermedad crónica^{viii}.

En México la Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se ubican en los primeros sitios de morbilidad y mortalidad nacional con tasas de prevalencia de 11.27 y 15.9 por cada 100 mil habitantes respectivamente. La insuficiencia renal crónica (IRC) es una complicación común de estas patologías, reportes emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señalan que el 62% de los pacientes dializados tienen como origen estas causas^{ix}.

La IRC es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar^x.

La enfermedad vascular cerebral, la enfermedad isquémica del corazón y la IRC son complicaciones frecuentes de la DM y de la HAS y causas directas de muerte. La IRC, igual que toda enfermedad crónica son padecimientos de evolución lenta e irreversible que deterioran gradualmente las capacidades del individuo, demandando procesos adaptativos individuales, sociales y familiares. La diálisis peritoneal es una terapéutica paliativa de la IRC cuyo propósito es prolongar la vida, resultando por tanto fundamental para el médico familiar identificar el estilo de funcionalidad familiar y calidad de vida del enfermo y su familia.

El enfermo con IRC sometido a un tratamiento de diálisis enfrenta el hecho de que su vida depende de éste procedimiento, experimenta alteraciones

biológicas, psicológicas, sociales y familiares importantes. En el plano psicológico, la enfermedad impacta sobre la estima, y el enfermo al depender del cuidado de familiar se ve obligado a modificar su estilo de vida, lo cual genera conductas que varían entre desánimo, agresión, depresión o aversión.

En el plano familiar la enfermedad crónica genera un alto grado de estrés, en la estructura produce modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia^{xi}.

Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar, cuando éste es un uno de los padres, alguno de los hijos asume sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos, cuando el enfermo es uno de los hijos sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros hijos realiza las funciones familiares del padre cuidador.

De acuerdo con los estudios de dinámica familiar en la enfermedad crónica realizado por Velasco-Sinibaldi^{xii}, en general el funcionamiento en la familia con un miembro que padece IRC varía de acuerdo a la edad del paciente identificado, de tal suerte que; en el caso de ser el enfermo un niño o un adolescente la familia permanece en la etapa de dispersión o etapa de “niños pequeños”, lo cual implica el brindar cuidado y protección al enfermo, negándose a aceptar que el paciente inicie acciones que impliquen un mayor grado de independencia.

En el subsistema conyugal, los padres se centran en su función parental, dejando al margen su relación de pareja, lo cual resulta disfuncional pues se

genera una alianza rígida de comportamiento entre el enfermo y la madre, desplazando al padre a una función periférica de tal suerte que, se reduce su función a proveedor. Los hermanos también desarrollan problemas de comunicación sus sentimientos se tornan ambivalentes, oscilan entre la hostilidad y rivalidad hacia el paciente, ya que éste se ha convertido en el centro de atención familiar, y por otro lado quieren al paciente, se preocupan por él y por su enfermedad.

El cuidado brindado por los padres al enfermo le implica aislamiento de sus hermanos y amigos. La familia también termina por aislarse del exterior, centrándose en la atención del paciente. Las fronteras con la familia de origen se tornan difusas, ya que su interacción tiende al amalgamamiento, lo que lleva a que con frecuencia la abuela asuma el rol materno con el resto de la familia, para permitir que la madre cuide al enfermo.

En la familia con un integrante enfermo adulto, la pareja se alía con él, asumiendo el rol complementario y parental emergente necesario y realizando las funciones a las cuales se dedicaba el enfermo antes del padecimiento. Cuando la mujer desempeña el rol de cuidador primario de su marido, la esposa adquiere mayor jerarquía.

La posibilidad de que el enfermo cobre mayor centralidad a través de su enfermedad y controle a la esposa y la familia mediante su dolor y/o incapacidad es un fenómeno frecuente, en tal caso existe ambivalencia afectiva y es frecuente que el cuidador primario experimente rencor hacia el enfermo por lo demandante que resulta, lo que lleva a sentimientos de culpa, incremento de mayor sufrimiento del enfermo y mayor deterioro.

En tales circunstancias, el esposo sano es un fuerte apoyo conyugal, por lo que puede brindar atención esmerada aunque simultáneamente tratará de evitar que el paciente comunique sus emociones, ya que ello le genera angustia. Esta situación condiciona el cierre de las fronteras familiares, impidiendo la libre expresión de los sentimientos negativos (rabia, tristeza, odio, dolor, angustia).

Las fronteras interaccionales de la familia se vuelven permeables al permitir que determinados miembros de la familia, en particular los hijos, se integren a la red de apoyo del cuidado primario del enfermo, lo cual le confiere confort a éste. La madre suele recurrir a alguno de los hijos como fuente de apoyo emocional e instrumental, conformando una alianza del tipo madre e hijo. Las fronteras con el entorno exterior tienden a cerrarse evitando que la pareja participe en actividades sociales enfocando su atención a los cuidados médicos y hospitalarios.

En general, como en toda enfermedad crónica las visitas familiares y de amigos cada vez son más espaciadas o en última instancia desaparecen totalmente. Si la enferma es la mujer, el esposo delega su cuidado a otra persona, generalmente con mayor frecuencia se la encarga a una hija, hermana o la madre de la misma, centrándose el conyugue exclusivamente en su papel de proveedor y consolidando con esta acción su jerarquía ante el resto de la familia.

Como consecuencia de esta acción, surge un distanciamiento emocional y afectivo con la esposa, limitando su rol al de supervisor frente a ella, por otro lado si el esposo funge como cuidador primario, esto le implicara descuidar su trabajo y modificar su estabilidad económica, habrá que considerar en este caso de rol de cuidador primario por parte de la esposa, el hecho de que el apoyo emocional requerido para él se limita cada vez más a un número menor de personas.

La vida familiar gira en torno a la enfermedad, dejan de lado sus planes futuros en la incertidumbre de lo que está por venir; los problemas previos se detienen en el tiempo o se olvidan, dando la impresión global familiar de mejoría en sus relaciones a raíz de la enfermedad. Sin embargo, estos problemas permanecen latentes, un fenómeno ligado a la insuficiencia renal crónica es la posibilidad de trasplante renal, conformando esto otro motivo de estrés en la familia, tanto en el receptor como en el donador.

Desafortunadamente cuando el tratamiento es complicado y costoso, generalmente el cuidador termina por ser un miembro periférico para el sistema familiar, además de aparecer conductas disfuncionales en otros miembros de la familia^{xiii}.

No es posible precisar cuando comenzaron a tomarse en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad crónica, sin embargo existen múltiples reportes nacionales e internacionales que demuestran su influencia no sólo sobre la calidad de vida del enfermo y la familia, sino en la evolución y eficacia de la terapéutica empleada.

En México, el Hospital Infantil de México es pionero en el estudio del funcionamiento de la familia con hijos portadores de síndrome urémico secundario a IRC, los resultados encontrados señalan que 20% de las familias presentaron alteración en su funcionamiento^{xiv}; sin embargo, estos reportes varían de acuerdo a la institución y población investigada.

El impacto de la enfermedad en la familia, ya se trate de enfermedad aguda, crónica o terminal, pueden representar problemas en su funcionamiento y composición^{xv}. Problemas que condicionan crisis y desorganización que repercute en la familia. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en la interacción familiar. Los cambios que se producen en las familia con relación a la enfermedad no siguen un patrón específico, mas bien están dados por las propias características familiares tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico y la historia familiar.

La enfermedad crónica o terminal favorece que el paciente sea “etiquetado como diferente”, ya sea por el tiempo, expectativas que poseen por las nuevas necesidades de cuidado y de alimentación, por su aspecto físico, su autoestima o la capacidad de trabajo. Esta situación afecta el tipo de relación interpersonal con los miembros de familia y con sus conocidos.

Esta relación puede evolucionar lentamente hasta crear deterioro irreversible; de tal manera que la cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema y solo impacta el funcionamiento de la familia, sino también la evolución de la propia enfermedad. Durante este proceso de enfermedad la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar. Ante esto el médico debe prevenir, diagnosticar e intervenir a la par del equipo multidisciplinario de la salud.

Es así que la enfermedad, independientemente de su causa y evolución, conforma una crisis, debida a la capacidad que tiene para desorganizar el sistema familiar. El efecto de tal crisis será de diferente magnitud dependiendo del tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.

2.2 La Familia y la Insuficiencia Renal:

La insuficiencia renal es la pérdida de función de los riñones, independientemente de cual sea la causa, la insuficiencia renal aguda es reversible en la mayoría de los casos, la forma subaguda se presenta con menor frecuencia, en tanto que la insuficiencia renal crónica presenta un curso progresivo hacia la insuficiencia renal terminal cuya evolución varia en función de la enfermedad desencadenante y de un paciente a otro.

La IRC es un padecimiento relativamente frecuente, alrededor del 5% de los pacientes hospitalizados la desarrollan durante su estancia, es un rápido deterioro de la función renal manifestada por la pérdida súbita para regular el balance hídrico y de solutos, causando acumulación de los productos nitrogenados, la mayor parte es reversible por lo que su diagnóstico y manejo son de gran importancia^{xvi}.

La IRC es la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas. En su etapa terminal requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante renal. Las causas varían de un país a otro y dependen de diversas razones, tales como epidemiológicas, socioeconómicas, genéticas y/o raciales^{xvii}.

A pesar de las modernas técnicas disponibles para el tratamiento de la insuficiencia renal aguda, la tasa de mortalidad es elevada y no ha mostrado cambios significativos durante las últimas cuatro décadas. En México, la IRC se estima de 4 a 5 mil casos por año y sus causas son múltiples (inmunológicas, alteraciones vasculorrenales, metabólicas, congénitas, uropatías obstructivas).

En la población adulta, la principal causa es la neuropatía diabética. La tasa de incidencia anual de pacientes con esta enfermedad es superior a 9%. La insuficiencia renal representa un problema de salud que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. La IRC se distingue por un comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida^{xviii}.

- Las enfermedades renales representan la novena causa de muerte en los Estados Unidos y, aunque no se encuentran entre las primeras 10 causas de muerte en el mundo, suele tratarse de enfermedades crónicas, de elevado costo económico y social y que, por las alteraciones metabólicas que producen favorecen la aparición secundaria de otras entidades^{xix}.

-
-

- Actualmente la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), que requiere manejo sustitutivo para la función renal presenta un incremento de proporciones epidémicas. En Estados Unidos hay medio millón de enfermos en tratamiento por IRC, y de ellos más de la mitad a causa de diabetes. En México,

de acuerdo a datos de la Academia Mexicana de Medicina, sólo 25 mil personas reciben tratamiento sustitutivo^{xx}.

- En otros países se reportan cifras distintas, pero puede asegurarse que al menos el 6 % de las nefropatías diabéticas requieren diálisis. El manejo de esta condición se realiza a través de hemodiálisis o diálisis por vía peritoneal entre las que se encuentra la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).
- En los servicios de medicina interna el impacto es elevado. El perfil para la admisión hospitalaria durante la última década del siglo pasado tuvo un cambio severo ocasionado por la nefropatía en etapa terminal. La DPCA se instituyó plenamente en los servicios desde 1992, encontrándose actualmente consolidada y en fase de búsqueda para mejorar la calidad en la aplicación de la diálisis.
- El porcentaje de causa de IRCT por Nefropatía diabética es similar en 3 centros hospitalarios de concentración en el IMSS y va del 54.9 al 61.5 %. La tasa de supervivencia es aún muy corta, de 44 % a los 12 meses, de 14.5 % a los 24 y de 35.5 % a los 36 meses de inicio del proceso dialítico. Es de esperarse que con el aumento progresivo de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) el problema de nefropatía diabética y por consiguiente de la IRCT aumente y vaya en deterioro del paciente, de la familia y de la sociedad en general.

En la evolución de la insuficiencia renal se han considerado como determinantes los siguientes factores:

- Presión arterial alta, particularmente en los capilares glomerulares.
- Diabetes.
- Proteinuria.
- Suministro alto de proteínas en la dieta.
- Hiperparatiroidismo secundario.
- Hipercolesterolemia secundario.
- Hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia.
- Concentración elevada de glucosa plasmática.
- Acidosis metabólica.
- Producción elevada de glucocorticoides.
- Tipo de nefropatía.
- Hipertensión glomerular.
- Raza, sexo, concentración sérica de triptófano libre y tabaquismo.

Como puede apreciarse, las causas de la IRC son muy numerosas y no necesariamente ligadas a una enfermedad primaria de los riñones, sino en muchos casos a enfermedades crónicas comunes como la HAS que afecta a un 20 % de la población en general, mientras que la DM afecta a otro 12 %, cuando no se las controla adecuadamente a lo largo de su evolución, sobre todo en los habitantes del área urbana. Entre la hipertensión arterial y la diabetes sumadas, alcanzan a un 30 % de las causas generales de IRCT^{xxi}.

Las etapas evolutivas de la IRC se describen en el siguiente cuadro:

Etapas	Descripción	Filtración Glomerular ml/min
1	daño (eje: proteinuria)	>90
2	Leve disminución de la filtración glomerular	60-89
3	Moderada disminución de filtración glomerular	30-59
4	Severa disminución de la filtración glomerular	15- 29
5	Insuficiencia renal crónica Terminal	< 15 o diálisis

La IRC cursa por una fase inicial silenciosa, en la que se pierde hasta un 50 % de la función renal y el paciente no presenta ninguna molestia ni alteraciones importantes. En una segunda fase, intermedia, cuando se pierde entre un 50 % a 80 % de la función renal, el paciente continúa sin molestias, pero su enfermedad ya se pone en evidencia a través de exámenes de laboratorio, un examen de orina anormal o una elevación de la urea y creatinina en la sangre. En esta fase el aumento de la tensión arterial es casi constante y la vida esta seriamente amenazada ante cualquier incidente intercurrente como un accidente o una infección intestinal o respiratoria.

En la fase avanzada, se ha perdido más de un 80 % de la función renal y el paciente presenta síntomas, destacando la falta de apetito, fatiga, una diversidad de molestias digestivas tales como nauseas, vómitos, hipo, diarreas o estreñimiento y tendencia al sangrado digestivo; molestias cardiorrespiratorias como dificultad respiratoria y dolor en el pecho; síntomas presentes en la piel como palidez, picor excesivo y aumento de pigmentación en la piel; molestias músculo esqueléticas como debilidad muscular, dolores en los huesos y fracturas espontáneas o ante mínimos traumatismos.

Alteraciones en la función reproductiva incluyendo irregularidades o interrupción de los periodos menstruales, e infertilidad en las mujeres y pérdida del deseo y de la potencia sexual en los varones; destacando finalmente la anemia. En esta fase, la muerte es inminente y la calidad de vida tan precaria que el rendimiento familiar, social y laboral está totalmente alterado.

Son importantes los antecedentes personales, los familiares y el cuadro clínico, pudiendo presentarse también de manera asintomática, lo cual es frecuente dada la evolución lenta y progresiva de la enfermedad.

La IRC se diagnostica mediante un análisis de sangre, dos productos metabólicos de desecho, la urea y la creatinina, que normalmente son filtrados por los riñones, se acumulan en la sangre.

La concentración de calcio disminuye y aumenta la de fosfato, la concentración de potasio en la sangre es normal o sólo ligeramente incrementada pero puede volverse peligrosamente alta.

El volumen de orina tiende a permanecer estable, generalmente de 1 a 4 litros diarios, independientemente de la cantidad de líquido consumido. Por lo general, el sujeto tiene una moderada anemia.

Los análisis de orina pueden detectar muchas alteraciones, tanto de las células como de la concentración de sales.

Es frecuente la progresión a IRC cuando la concentración de creatinina sérica supera 1.5 a 2 g/dl, hecho que puede suceder aunque la enfermedad subyacente no esté activa.

Se producen dificultades crecientes para conseguir un diagnóstico exacto cuando el paciente alcanza los estados terminales de la nefropatía y el instrumento definitivo para el diagnóstico es la biopsia renal, que no se recomienda cuando la ecografía indique que los riñones son pequeños y fibrosos.

Las concentraciones de Na⁺ en plasma pueden ser normales o bajas y las de K⁺ suelen ser normales o ligeramente elevadas (<6 mmol/l), salvo que se empleen diuréticos ahorradores de K⁺, inhibidores de la ECA, b-bloqueantes o bloqueantes del receptor de angiotensina. Se pueden producir alteraciones del calcio, del fósforo, de la hormona paratiroidea (PTH), del metabolismo de la vitamina D y osteodistrofia renal, mientras que la hipocalcemia y la hiperfosfatemia se producen habitualmente.

Son características una acidosis moderada (contenido de CO₂ plasmático de 15 a 20 mmol/l) y la anemia, que suele ser normocítica-normocrómica en la IRC, con un hematocrito del 20 al 30% (o del 35 al 50% en los pacientes con poliquistosis renal). Este proceso se suele deber a una producción deficiente de eritropoyetina por la reducción de la masa funcional renal, aunque otras causas son las deficiencias de hierro, folatos o cianocobalamina. El volumen de orina no se modifica adecuadamente en función de las variaciones en la ingesta de agua. La osmolaridad urinaria suele ser constante y próxima a la plasmática (300 a 320 mOsm/kg). Los hallazgos del análisis de orina dependen de la naturaleza de la enfermedad asociada, pero la presencia de cilindros anchos (con frecuencia céreos) se observa en la insuficiencia renal avanzada de cualquier etiología^{xxii}.

En el manejo de la IRC, se consideran tres modalidades:

1. Médico/terapia nutricional

2. Terapia sustitutiva mediante procedimientos de diálisis.
3. Transplante renal.

Hasta ahora los esfuerzos institucionales para la atención del paciente con insuficiencia renal crónica han sido dirigidos hacia el transplante renal y la terapia sustitutiva, consistente en diálisis peritoneal y hemodiálisis. El tratamiento de la insuficiencia renal crónica, en sus diferentes etapas, tiene un costo elevado; así el IMSS, en sus diferentes programas de atención para una unidad hospitalaria de segundo nivel aproximadamente el 35 al 40 % del presupuesto total que le corresponde. Para los programas de diálisis peritoneal y hemodiálisis a efectuarse al año de 1999, el IMSS tenía contemplado un presupuesto considerando alcanzar un total de 16, 914 pacientes (65% más que en 1933, 18 % más que en 1997 y 9% más que en 1998).

Todo paciente con IRC debe ser evaluado por un medico nutriologo renal, y llevar una dieta especial ingestión de proteínas no debe exceder 1 gr/Kg/día, restricción de sal menor de 1 g/día, favorece la depleción de volumen e hipotensión, la ingestión diaria de agua de 1 a 2 lts., de liquido conservara el equilibrio hídrico, restricción de potasio es necesaria una vez que la velocidad de filtración glomerular ha caído por debajo de 10 a 20 ml/min, conocer los alimentos que lo contengan y limitar su ingestión a menos de 60 a 70 mEq/día, el fósforo deben mantenerse los valores por debajo 4.5 mg/dl los alimentos ricos en fósforo como bebidas de cola, huevo, productos lácteos y carne deben limitarse, y todos los laxantes que contengan magnesio que están contraindicados en pacientes con insuficiencia renal ^{xxiii}.

Los pacientes uremicos no conocidos previamente y asintomático no precisan tratamiento urgente, los pacientes sintomáticos pueden presentar edema agudo pulmonar y se les realizara diálisis y si no presenta edema pulmonar se debe iniciar con furosemida, (los diuréticos de asa no son útiles para un aclaración de creatinica < 2 ml./min. Y los diuréticos tiazidicos no lo son útiles para una aclaración inferior a 5 ml/ min.).

La diálisis es el proceso de extracción de los productos de desecho y del exceso de agua del cuerpo. Hay dos métodos de diálisis: la hemodiálisis se extrae la sangre del cuerpo y se bombea al interior de un aparato que filtra las sustancias tóxicas, devolviendo a la persona la sangre purificada. La cantidad de líquido devuelto se puede ajustar. La hemodiálisis es un procedimiento mediante el cual se extrae la sangre del cuerpo y se hace circular a través de un aparato externo denominado dializador; se requiere acceder de forma repetida al flujo sanguíneo. Para facilitar este acceso se efectúa quirúrgicamente una conexión artificial entre una arteria y una vena (fístula arteriovenosa).

En la hemodiálisis, la sangre sale por un tubo conectado a la fístula arteriovenosa (A-V) y se bombea al dializador, durante el procedimiento, se utiliza heparina, un fármaco que evita la coagulación de la sangre e impide que se coagule en el dializador. La presión en el compartimiento del líquido de diálisis es más baja que la del compartimiento de la sangre, permitiendo así que el líquido, los productos de desecho y las sustancias tóxicas de la sangre se filtren a través de la membrana que separa ambos compartimientos

Los dializadores tienen diversos tamaños y diversos grados de eficacia, las unidades más modernas son muy eficaces, permitiendo que la sangre fluya más rápidamente y acortando el tiempo de la diálisis, por ejemplo, de 2 a 3 horas, tres veces por semana, en comparación con las 3 a 5 horas, tres veces por semana, necesarias con las unidades más antiguas. Los que padecen IRC, por lo general, necesitan hemodiálisis tres veces por semana para mantenerse en buen estado de salud.

La diálisis es un procedimiento que permite corregir a la IRC alteraciones de los mecanismos homeostático que controlan el balance hídrico y electrolítico, tanto en la insuficiencia renal aguda (hasta que la función renal se recupere) y la insuficiencia renal crónica, en la que esta modalidad de tratamiento se emplea en forma indefinida o hasta que se realiza un trasplante renal.

Se infunde dentro de la cavidad abdominal un líquido que contiene una mezcla especial de glucosa y sales que arrastra las sustancias tóxicas de los tejidos, luego se extrae el líquido y se desecha, se realiza mediante el intercambio diario por lo regular de cuatro bolsas con capacidad de 2 L de líquido de diálisis; cada bolsa permanece 4 a 8 hrs. en la cavidad peritoneal antes de ser extraída, y se lleva a cabo mediante difusión y ultra filtración a través del peritoneo, el cual funciona como una membrana semipermeable.

Las complicaciones mas frecuentes, fuga del liquido de diálisis ocurre cuando el peritoneo no se cierra correctamente en el sitio de inserción del catéter,

infección cutánea del sitio de salida del catéter, infección del túnel, se manifiesta por inflamación y dolor local, y en ocasiones secreción purulenta, mal funcionamiento del catéter, se caracteriza por drenaje lento, intermitente o incompleto, el catéter se puede encontrar parcial o totalmente ocluido por coágulos de fibrina y la peritonitis aguda, es la complicación mas frecuente de la diálisis peritoneal continua ambulatoria¹⁶.

La asistencia psicológica y de trabajo social es útil tanto a las familias como a las personas en programa de diálisis, en los casos de depresión, problemas de comportamiento y circunstancias que impliquen pérdidas o modificaciones de las costumbres. Estos equipos están formados por asistentes sociales, psicólogos y psiquiatras. Muchos centros de diálisis brindan apoyo psicológico y social.

En México se han realizado trasplantes de riñón desde hace 40 años desde entonces se han abierto mas de 150 unidades de trasplantes donde se realizan mas de 1000 casos anualmente. El progreso en el campo de los trasplantes de órganos ha sido evidente, de hecho una de las innovaciones y aportaciones a la medicina moderna, para los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, son los trasplantes, llevándolos a una mejor calidad de vida y reintegrarlos a la actividad productiva, social y familiar e incluso a la escuela en los casos de los niños y adolescentes. A pesar de esto, siguen existiendo obstáculos (rechazo al trasplante y la falta de órgano)^{xxiv}.

Dos terceras partes de los trasplantes de riñón proceden de cadáver; quienes requieren un tratamiento inmunosupresor más fuerte que los pacientes

trasplantados con donadores vivos^{xxv}. El tiempo promedio de espera para un trasplante proveniente de un cadáver es de 2 a 4 años, este periodo viene siendo progresivamente mayor y mas gente ingresa a la lista de espera mientras la lista de donadores no aumenta. Existen evidencias que indican que la función retrasada del injerto renal y el rechazo agudo pueden influir negativamente a corto y a largo plazo en la supervivencia del injerto. Es obvio que el riesgo de retraso en la recuperación de la función del injerto es menor en los injertos procedentes de donante vivo, porque habitualmente la isquemia fría en estos casos es prácticamente inexistente.

El análisis de los datos de la base correspondientes a los años 1991-2000 situó la necesidad de diálisis durante la primera semana en 5% en los receptores de injertos de donante vivo frente a un 23% en los receptores de donante cadáver, así como la existencia de anuria el primer día postrasplante en 5% en los injertos de donante vivo y en 16% en los de cadáver en el año 2000^{xxvi}.

Dentro de las complicaciones más comunes se encuentran: la hiperkalemia, acidosis metabólica, cardiovasculares, hematológicas, neurológicas, del metabolismo, endocrinas, gastrointestinales de hemodiálisis.

En síntesis, la enfermedad crónica del tipo de la IRC parece tener un impacto muy relevante en la estructura y función de la familia. Ello plantea al médico de primer contacto la necesidad de actualizar en forma permanente el conocimiento que le permita ofrecer apoyo emocional a la familia. Debido a la

especialización de la nefrología y a las condiciones en que son atendidos los pacientes en los hospitales, resulta indispensable que el Médico Familiar aborde este tipo de problemas con un enfoque holístico.

ⁱHuerta JL. Estudio de Salud Familiar. En: Farfán SG. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar 1999, Intersistemas; México 1999. pág: 1 – 73.

ⁱⁱMares SF, Carranza BO. Dinámica Familiar en Familias con Diálisis Peritoneal Ambulatoria. UNAM-IMSS. Tesis para optar el diploma de especialista familiar, Morelia Michoacán 2005

ⁱⁱⁱ McWhinney IR. An introduction to family medicine, New York, Oxford University press, 1981. pp 106-122.

^{iv} Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar. Editorial Mexicana, 5a Edición, México 1998.

^v Maor Y, King M, Olmer L, Mozes B. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients with hemodialysis: correlates and outcomes. Am J Kidney Dis 2000;35(4 Suppl 1):S132-S140.

^{vi} Simon FBH. Stierlin S, Wyney LC. Vocabulario de terapia familiar. Gedisa, Barcelona 1997

-
- ^{vii} Azcarate GE, Ocampo BP, Quiroz PJR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Op. cit. Pag. 98.
- ^{viii} De la Revilla M. Valoración de la disfunción familiar. Aten Primaria. 1997;19:12-16.
- ^{ix} López R. La transición epidemiológica. Ciencia Médica. 1994;1,26:11-17.
- ^x Morales J. Diálisis peritoneal ambulatoria. Características epidemiológicas. Rev Med IMSS 1999; 17:289-296..
- ^{xi} Carter CH. Terapia familiar estructural. México: Amorrortu 1997: 19-30.
- ^{xii} Velasco M. Manejo del enfermo crónico y su Familia, sistemas historias y creencias, Manual Moderno, México 2001.
- ^{xiii} Ginn MH. Familias con disfunción familiar. Aten Primaria. 1997;19:12-16.
- ^{xiv} Blue B. Repercusiones psicológicas en la rehabilitación del niño urémico. Ponencia en la XXX Reunión Anual del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas, Acapulco Guerrero, México 1992.
- ^{xv} Fernández O M. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med (Mex) 2004, 47 (6) 251-254
- ^{xvi} González ML. Insuficiencia renal aguda,. En: Manual de Terapeutica Medica y procedimientos de urgencia. Mc graw-Hill Interamericana. México 2001.
- ^{xvii} Luquen de PA, Fernández E A, Izquierdo CE. Insuficiencia renal crónica <http://www.aeped.es/protocolos/nefro/15-insuficiencia-renal-cronica-conservador.pdf>

^{xviii} Rodríguez ÁG, Rodríguez ÁI. Disfunción Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Rev Méd IMSS 2004, 42 (2) 97 – 102

^{xix} Alvaro A, Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en pacientes con insuficiencia renal crónica. **An Med Asoc Med Hosp ABC** 2003; 48 (2): 107-113.

^{xx} González GF. Insuficiencia renal por diabetes, fatal desenlace. Salud Medicina. com. 2007. <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1250>

^{xxi} Grupo de expertos de la Republica de Chile, Ministerio de salud. Guía clínica insuficiencia renal crónica terminal. [http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/insuficiencia renal/pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/insuficiencia%20renal/pdf)

^{xxii} Adhar M, Akiskal HS, Alderson PO, El Manual Merck de Diagnostico y terapéutica. Doyma, España 2006.

^{xxiii} Lawrence M T. Diagnostico clínico y tratamiento. El Manual Moderno, México 2006.

^{xxiv} Holm CA, Jiménez DA, Hernández DM. Trasplante renal de donador vivo relacionado y donador cadáver. **Cir Gen 2002;24: 116-123**

^{xxv} Daniel CA, Joshua SA, Thomas MA. Diagnostico clínico y tratamiento. El manual Moderno, México 2005.

^{xxvi} Crespo BM, Esforzado AN, Ricart BM. Trasplante Renal: experiencia del Hospital Clínico de Barcelona. Arch. Esp. Urología 2005, 58, (6) 537-542

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La enfermedad crónica del tipo de la insuficiencia renal, se caracteriza por las diversas etapas que transitan el paciente y su familia. Podemos señalar la etapa inicial como aquella en que el paciente es informado del daño renal que obliga a introducirlo en un programa de diálisis peritoneal; esta etapa puede ocurrir mientras el paciente esta hospitalizado y la diálisis puede iniciarse como un programa intrahospitalario. Como es sabido, hoy se han generalizado los criterios para mantener al paciente en programas de diálisis peritoneal ambulatoria en sus domicilios. La siguiente etapa puede ser la de hemodiálisis o dependiendo de las condiciones clínicas del paciente la de transplante renal.

El tiempo de duración de estos periodos puede ser variable, pero en cada caso el paciente y su familia se ven sometidos a crisis paranormativas que deben superar lo más rápido posible para adaptarse a las nuevas condiciones clínicas y aprovechar las oportunidades de mejorar y evitar que avance el daño de la enfermedad.

Es de esperarse que la familia resulte un factor fundamental en el mantenimiento del equilibrio homeostático que beneficie al paciente y le permita de manera individual afrontar con buen ánimo las molestias y el impacto emocional que trae consigo la patología. De esta forma se establece una relación individuo enfermo con su familia, en la cual ambos factores pueden significar una sinergia favorable o pueden ser deletéreos y sumarse a un mal pronóstico. Bajo estas condiciones nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar desde la perspectiva del paciente con insuficiencia renal crónica, comparado con pacientes que desempeñan el mismo rol familiar, pero en aparente buen estado de salud?

4.- JUSTIFICACIÓN

Cada año se registran 100 nuevos casos de insuficiencia renal por cada millón de habitantes, es decir, dos mil nuevos casos al año tan solo en México, lo que convierte a este padecimiento en un problema de salud pública para nuestro país. Este padecimiento no solo genera consecuencias en la salud sino en la funcionalidad familiar. En el servicio de Nefrología del Hospital General regional con Medicina Familiar N° 1 Morelia, Michoacán se concentran los pacientes con Insuficiencia renal crónica en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria Intradomiciliaria, mismos que conformaron la muestra incluida en el presente trabajo.

Es importante determinar los factores condicionantes de las complicaciones que derivan del manejo inadecuado de la insuficiencia renal y que pueden derivar de las alteraciones en la dinámica familiar, así como conocer las características de las familias e identificar factores de riesgo y funcionalidad, con la finalidad de mejorar al estilo de vida y su funcionamiento, mediante la elaboración de estrategias de apoyo para los pacientes con insuficiencia renal.

5.- OBJETIVOS:

5.1 Objetivo General.

Identificar la manera en qué la presencia de un paciente con insuficiencia renal crónica modifica la funcionalidad familiar en su núcleo, comparado con aquellas familias donde el rol familiar lo desempeña un paciente en aparente buen estado de salud.

5.2 Objetivo Específicos:

- 1.-Analizar el funcionamiento familiar desde la perspectiva del paciente con IRC a través del cuestionario de la Dra. Joaquina Palomar Lever.
- 2.- Analizar el funcionamiento familiar desde la perspectiva del paciente en aparente buen estado de salud a través del cuestionario de la Dra. Joaquina Palomar Lever.
- 3.- Analizar las características del funcionamiento familiar haciendo una comparación de los núcleos de familiares estudiados.

6.- HIPOTESIS:

La funcionalidad familiar desde la perspectiva del paciente con insuficiencia renal crónica es mejor que la percibida por las familias que no tienen un integrante enfermo.

7.- METODOLOGIA:

★ Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo

★ Población:

Pacientes con insuficiencia renal crónica, mayores de 18 años, ambos sexos, casados, que se encuentren en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria intradomiciliaria; pacientes sin insuficiencia renal que acuden al consultorio de medicina familiar para recibir atención médica, con las mismas características de edad, sexo y estado civil, pero en aparente buen estado de salud.

★ Lugar y tiempo:

Servicio de Nefrología del Hospital General Regional N° 1 Morelia, Michoacán, en el periodo de febrero – octubre 2007.

★ Muestra:

Se seleccionó por conveniencia 10 enfermos con IRC donde el paciente desempeñe el rol de padre o madre de familia. En paralelo, se eligió al azar, utilizando la lista de la consulta, a 10 pacientes que acuden a consulta por patología diferente a la IRC, donde el familiar del paciente funja o desempeñe el rol de padre o madre de familia.

Criterios de inclusión:

Pacientes con IRC, mayores de 18 años, ambos sexos que estén en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua ambulatoria en el servicio de Nefrología del HGR No1 Morelia.

Pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Familiar motivada por enfermedad distinta a la IRC donde el familiar del paciente identificado desempeñe el rol de Padre o Madre de familia en aparente buen estado de salud.

Criterios de exclusión:

- ❖ Pacientes con IRC que no estén incluidos en el programa de DPCA.
- ❖ Pacientes con IRC en etapa terminal
- ❖ Pacientes en Protocolo de trasplante renal

Criterios de eliminación:

- Paciente con IRC que durante el estudio presenten complicaciones inherentes al proceso que los obligue a hospitalización.

Variables:

Dependiente:

Percepción del funcionamiento familiar por el paciente con y sin IRC. Se define como la manera en que el paciente con y sin IRC considera que está funcionando su propia familia, para los fines de este estudio se ponderará con el Cuestionario de Funcionamiento Familiar de la Dra. Joaquina Palomar.

Independiente:

Paciente con y sin IRC: son pacientes con diagnóstico IRC establecido por el servicio de Nefrología, incluidos en el programa de DPCA. Por otro lado, se trata

de familiares de pacientes con patologías distintas a la IRC que acuden a consulta ordinaria de Medicina Familia.

➤ **Instrumento de Evaluación:**

El cuestionario para evaluar funcionamiento familiar fue originalmente construido por la Doctora en Psicología Joaquina Palomar Lever (1998)¹. Este instrumento de evaluación consiste en una serie de 42 reactivos que exploran 10 factores del funcionamiento, estos son:

1. **Relación de pareja**
2. **Comunicación**
3. **Cohesión Familiar**
4. **Aspectos disfuncionales**
5. **Tiempo que comparte la familia**
6. **Roles familiares y trabajo domestico**
7. **Autonomía**
8. **Organización**
9. **Autoridad y poder**
10. **Violencia física y verbal**

En su versión original, el cuestionario consta de 56 reactivos porque incluye una parte que se refiere a evaluación de calidad de vida. No obstante se puede utilizar en su versión corta y es caso de esta investigación. La validación, consistencia y confiabilidad reportada por la autora indica índices de alpha de Crombach entre 0.52 y 0.94, según el tipo de ítem y de factor. Investigaciones

posteriores al aplicar el cuestionario este cuestionario en familias con un integrante diagnosticado con Diabetes Mellitus, reportan un índice de confiabilidad global de 0.92ⁱⁱ.

Para su aplicación, el cuestionario se entrega impreso a los pacientes, y las personal encuestadas pueden contestarlo inmediatamente o llevarlo a casa y entregarlo después. Para contestar solo requieren un lápiz y señalar con una cruz las opciones: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre; lo que equivale a 0%, menos de 25%, alrededor del 50%, más del 75% y 100% del tiempo respectivamente.

De acuerdo a la autora el funcionamiento familiar se define, como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por la que atraviesa, a continuación se describe el significado de cada uno de los factores que los constituyen.

1.-Relación de pareja: se refiere a la fuerza y calidad de la díada paterna. Esta dimensión está relacionada con el grado en que los miembros de la pareja comparten intereses, se apoyan mutuamente, se sienten queridos y valorados por el otro, puede hablar abiertamente de sus sentimientos y expresar sus afectos a través del contacto físico. También está relacionado con el grado en el que la pareja comparte tiempo sin los hijos y puede resolver sus problemas sin que sea necesaria la intervención de alguno de ellos.

2.- Comunicación: Mide la capacidad de la familia para expresar abiertamente, las ideas, discutir los problemas, negociar los acuerdos y expresar

verbal y no verbalmente el afecto. Esta dimensión se dividió en dos subdimensiones:

La primera que tiene que ver con la comunicación de las ideas, con la disposición de escuchar y respetar las opiniones de los demás y con la capacidad de discutir.

La forma en que pueden resolverse problemas prácticos. Esta dimensión esta referida a la facilidad en el manejo de los conflictos a través de la expresión de los sentimientos, tanto positivos como negativos. También está relacionada con la intensidad emocional de la familia reflejada a través de la comunicación verbal y no verbal de sentimientos, tanto de ternura y cariño como de enojo y ansiedad.

3.- Cohesión Familiar: Se refiere al grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia. Este se refleja en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia tanto para realizar actividades cotidianas como para resolver problemas, así como el hecho de que los miembros de la familia realicen actividades juntas, compartan interés y tiempo libre.

4.- Aspectos Disfuncionales: Se refiere al grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia respecto a las reglas que le dan estructura. Dichas reglas hacen referencia a la planeación de actividades, el manejo del dinero, el orden, la puntualidad y la aplicación **de sanciones**.

5.- Tiempo que comparte la familia: Se refiere al grado en que los miembros de la familia realizan actividades juntos. Se refiere a la existencia de

intereses compartidos y a la posibilidad que tiene los miembros de crear alternativas de recreación.

6.- Roles Familiares y Trabajo Domésticos: Se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, la claridad de las tareas que deben cumplir, el grado de cumplimiento de las funciones y distribución de dichos roles.

7.- Autonomía-Independencia: Está relacionada con el grado en cual se fomenta la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por si mismo sus problemas y tome sus propias decisiones sin que ello ocasiona distanciamiento y/ o desunión familiar.

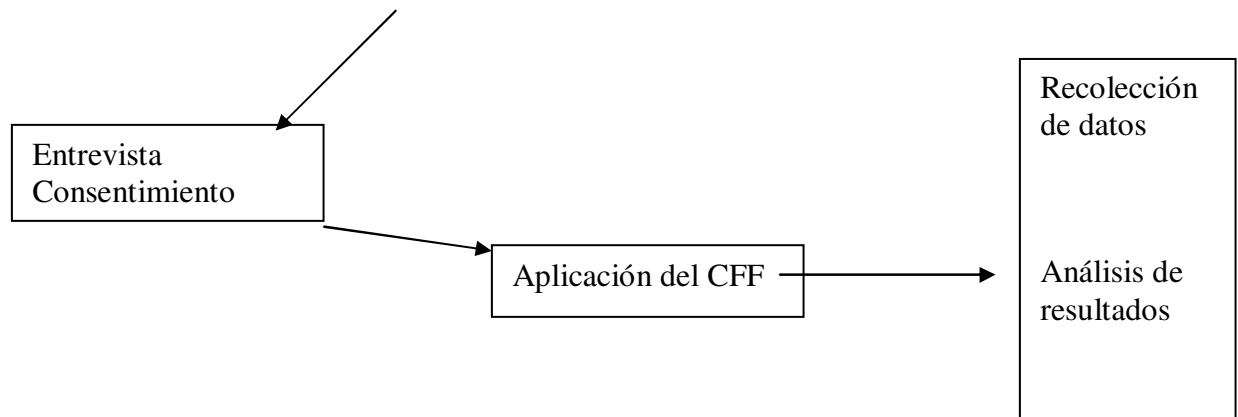
8.- Organización: Se refiere a las condiciones de orden y organización necesarias dentro de la casa para que las cosas puedan funcionar armónicamente.

9.- Autoridad-Poder: Se refiere a la distribución del poder en el sistema familiar y a la claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quien o quienes ejercen dicho rol.

10.- Violencia Física y Verbal: Se refiere a los patrones caracterizados por la agresividad física y verbal, es decir, golpes, jalones, gritos, insultos etc.

Procedimiento:

Paciente con IRC en DPCA con rol de padre o madre/ Paciente con patología diferente a la IRC que acude a consulta de medicina familiar con rol de padre o madre



Análisis estadístico:

Los datos se concentraron en hojas de cálculo de Excel. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS ver 15 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva y pruebas paramétricas y no-paramétricas. Para la comparación de variables por factor, se utilizó la prueba de t de student. Dado que se realizó una nueva validación del cuestionario, se usaron pruebas para el análisis factorial y de fiabilidad como el alpha de Cronbach y el índice Spearman-Brown. Este procedimiento es muy similar al que utilizó la autora del instrumento. Los resultados se presentan en graficas y cuadros.

Consideraciones éticas:

Antes de considerar a un paciente como parte del estudio, se les explico el propósito de la investigación solicitando su autorización por escrito, para lo cual debían firmar una carta de consentimiento bajo información. Este documento está normado por la Ley General de Salud en materia de investigación y en

correspondencia con la Declaración de Helsinki ⁱⁱⁱ, y otros códigos internacionales^{iv} y nacionales de bioética^v. El formato de la carta de consentimiento se anexa al final de la tesis.

La declaración de Helsinki en principios básicos señala: “salvaguardar la salud de las personas, obtener su conocimiento para participar en estudios de investigación; por que se sugiere que el diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente Además, la investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo.

Todo proyecto debe basarse en una evaluación de los riesgos y beneficios previsibles para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Respetar el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Adoptar las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental.

Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia.

En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial

La Ley General de Salud en México, ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondientes a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo, propone considerar en materia de investigación que la misma es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general.

Para desarrollar tecnología en los servicios de salud e incrementar su productividad; que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

Que en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas, y que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las persona.

Como es bien conocido, tanto las leyes mexicanas que regulan la investigación, como los códigos internacionales tiene como finalidad la protección

de los pacientes que participan, así como el respeto a la autonomía y los derechos fundamentales de las personas par que libremente decidan cuándo y cómo participan, conozcan los riesgos y en su caso, los beneficios que obtendrían.

ⁱ Palomar LJ, Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida. Tesis doctoral en psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México 2001.

ⁱⁱ Rentaría OCDE los A, Carranza BO. Funcionalidad Familiar en pacientes con Diabetes Mellitas. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar, UNAM-IMSS, Morelia, Mich., 2005.

ⁱⁱⁱ Declaración de Helsink: Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos. <http://www.seeiuc.com/investig/helsinki.htm>

^{iv} Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial.
<http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm>

^v Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Código de Bioética para el personal de salud. México 2002. <http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>

8.- RESULTADOS:

Se estudiaron 20 familias, diez de ellas con un paciente diagnosticado con IRC incluido en el programa de DPCA; y diez con pacientes en aparente buen estado de salud. En todas ellas se aplicó el CFF mediante una entrevista muy breve en la que se dieron las instrucciones precisas de cómo llenar el cuestionario, en algunos casos los pacientes solicitaron ayuda para contestar el instrumento debido a su condición de enfermo o a que el grado de escolaridad le dificultaba leerlo.

De los pacientes con IRC 3 fueron del sexo femenino y 7 masculino, y en el otro grupo 5 y 5 respectivamente, por lo que en total de estudiaron 8 mujeres y 12 hombres, predominando estos últimos entre los pacientes con IRC. En lo que se refiere a la edad, las graficas 1 y 2 muestran lo correspondiente al integrante de la familia que contestó el cuestionario tanto en un grupo como en el otro y en los genogramas se ubica como el "paciente identificado". Predominan los pacientes en edad promedio de 40 años, aunque el rango es muy amplio, pues va de 18 a 70.

Con relación a los años de matrimonio, la gráfica 3 contiene los datos de ambos grupos. Puede apreciarse que la mayoría de las familias tienen un promedio de 10 años y solo 3 de ellas alcanzan 20 años de edad marital. La gráfica 4 muestra el número de hijos por familia en ambos grupos, solo en dos familias rebasan más de 3; en la mayoría se trata de familias pequeñas. La escolaridad de las familias esta representada en la grafica 5 y se puede ver que el grupo con mayor escolaridad, hasta licenciatura; es el de familia que incluyen paciente en aparente buen estado de salud.

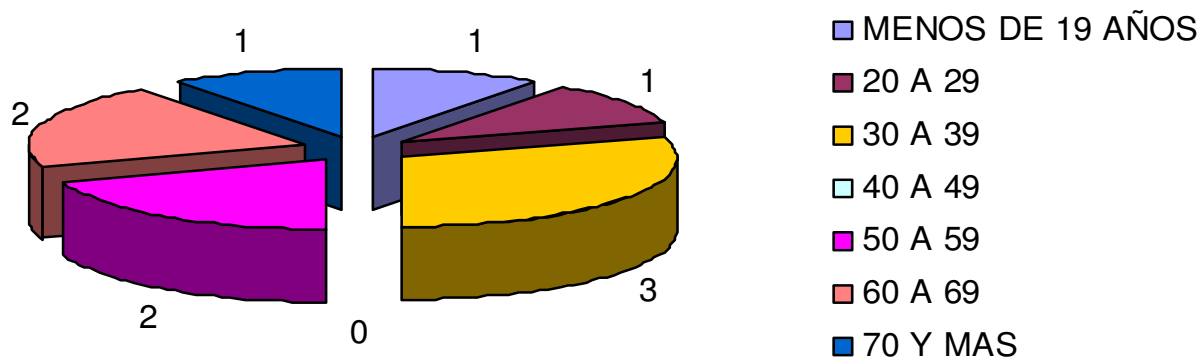
En cuanto a la ocupación laboral de los integrantes de la familia que contestaron el cuestionario y sus parejas, los datos se presentan en el cuadro N° 1 y en la gráfica N° 6. La tipología familiar de ambos grupos la representa la gráfica 7 y como éste fue un criterio de selección de la muestra, los dos grupos tienen el mismo porcentaje.

Aunque el instrumento utilizado en este estudio está reportado en la literatura con un alto índice de consistencia y confiabilidad, se realizó el análisis de validación mediante la prueba alpha de Cronbach y el índice de Spearman Brown, los resultados de cada uno de los factores se presentan en la tabla 2, habiéndose obtenido un alpha global de 0.87 cifra muy similar a la reportada por la autora en el estudio original

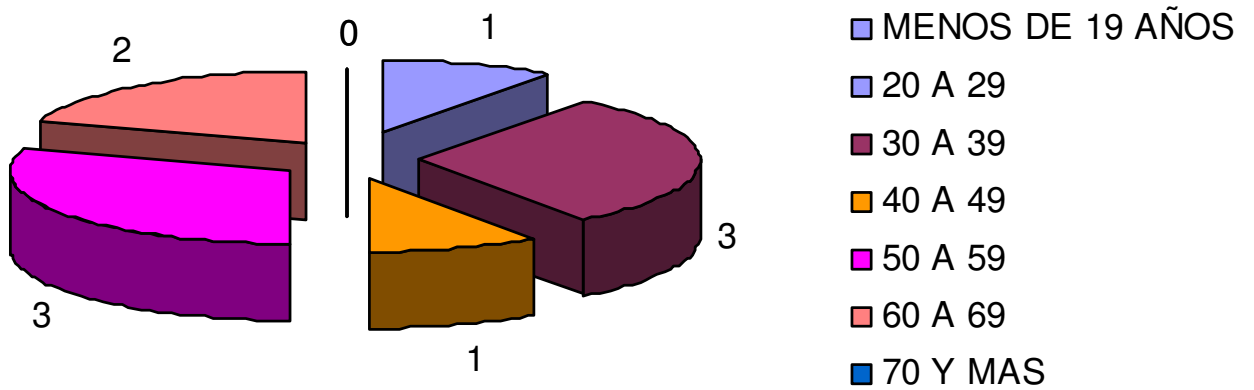
Con la prueba de t de student se buscó establecer las diferencias significativas entre dos grupos independientes en cada uno de los factores y los resultados se muestran en la tabla N° 3, donde destacan los promedios para los factores “tiempo que comparte con la familia” y “relación de pareja” como relevantes a favor del grupo de familia donde el paciente identificado se encuentra en aparente buen estado de salud; en contraste, el factor relacionado con la “violencia física” y “violencia verbal” tiene mayor promedio en el grupo con insuficiencia renal, lo que habla en el sentido que las familias con este problema presentan mejor funcionamiento que las que no lo tienen. Una idea de lo anterior lo deja ver la gráfica 8 que representa en barras el puntaje global obtenido en cada uno de los factores del cuestionario.

9.- GRAFICAS Y TABLAS

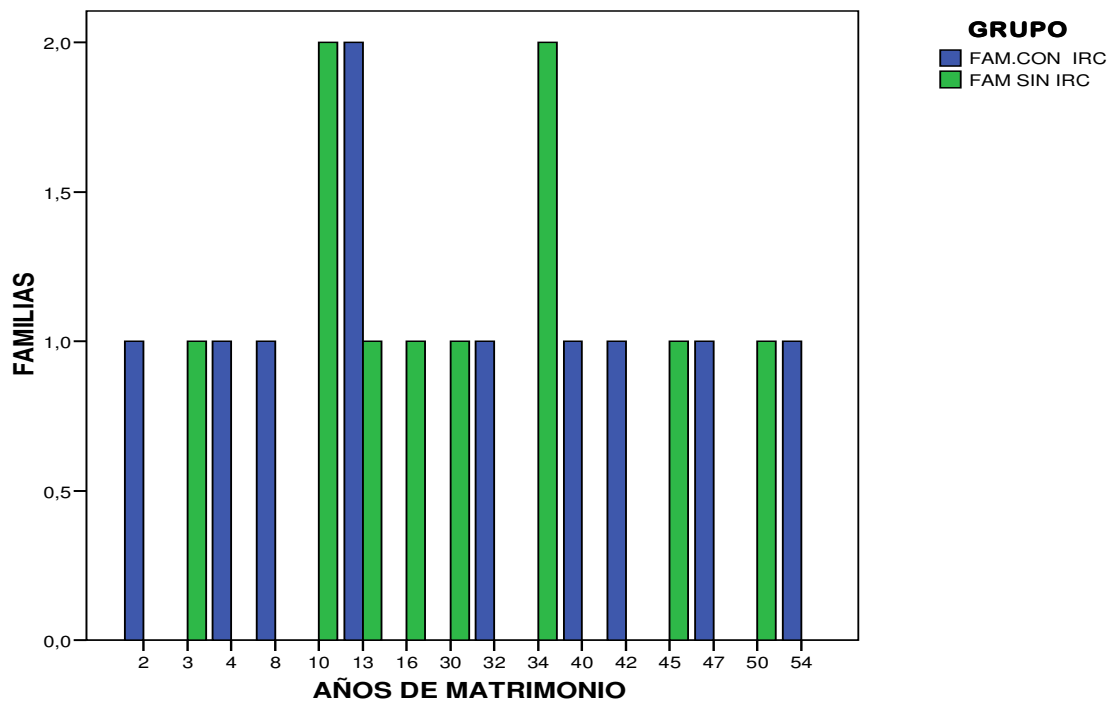
GRAFICA Nº 1 Grupo de edad de pacientes con IRC



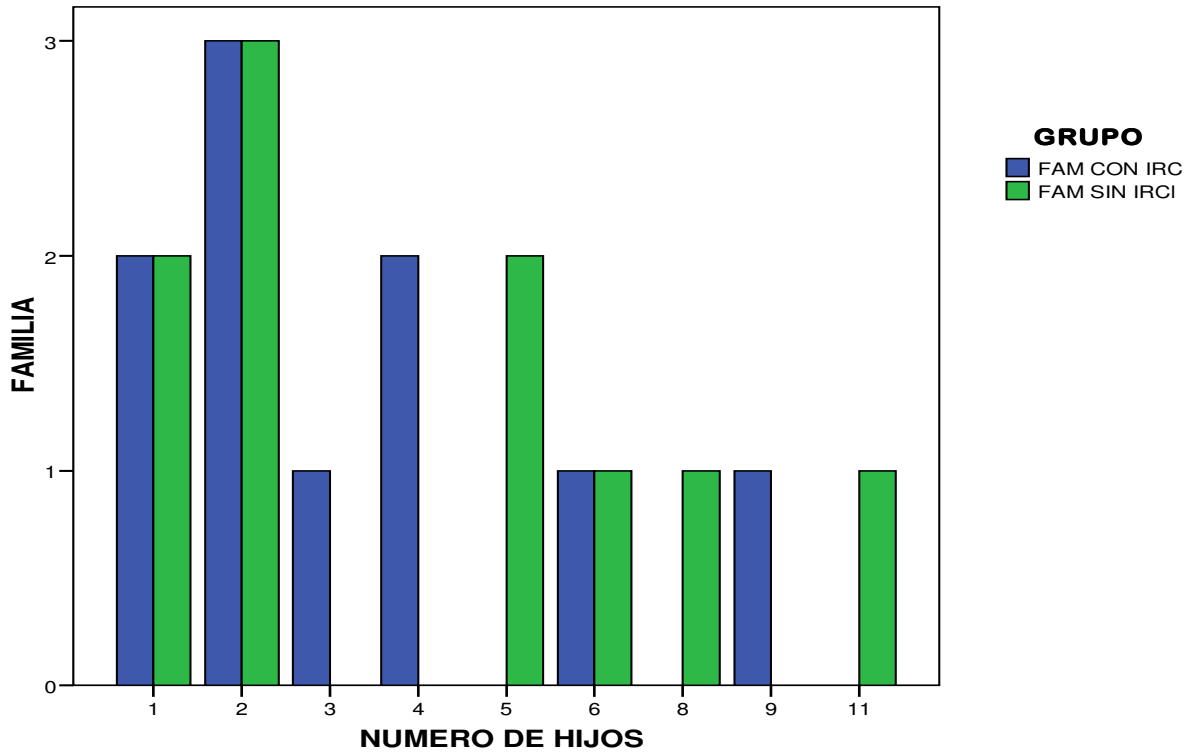
GRAFICA Nº 2 Grupo de edad de pacientes sin IRC.



GRAFICA Nº 3 Años de matrimonio de las familias con y sin IRC



GRAFICA Nº 4 Numero de hijos de los pacientes con y sin IRC



GRAFICA Nº 5 Grado de escolaridad de las familias con y sin IRC

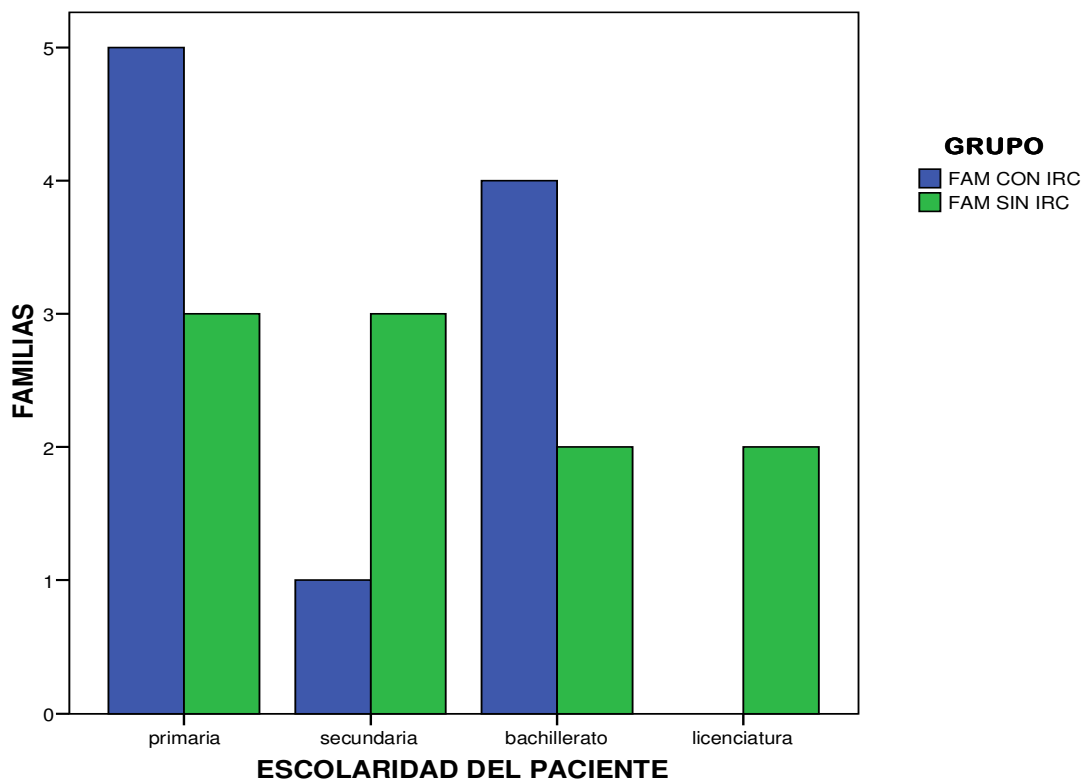
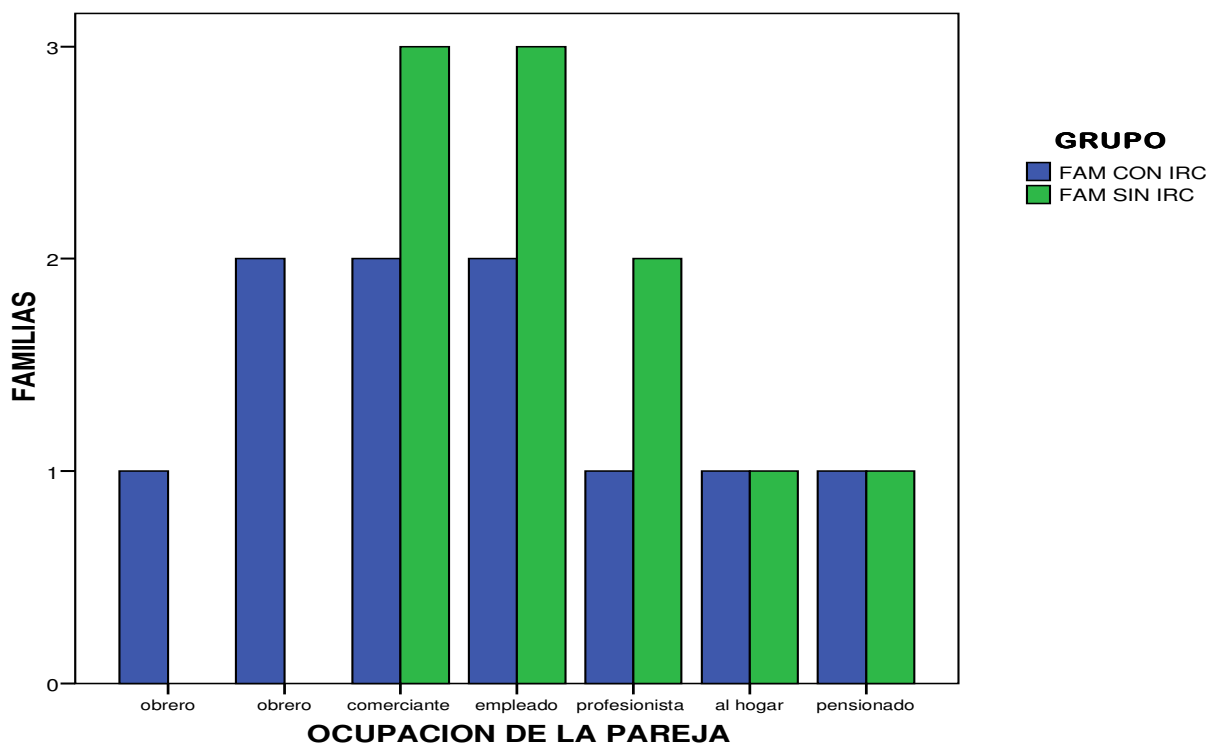


Tabla Nº 1 Ocupación laboral del paciente y su pareja en dos grupos de familias con y sin insuficiencia renal.

Ocupación	ocupación del paciente		ocupación pareja	
	Grupo experimental	Grupo control	Grupo experimental	Grupo Control
Obrero	0	1	2	0
Comerciante	0	3	2	3
Empleado	0	2	2	2
Profesionista	2	2	1	3
Dedicado al hogar	4	1	2	1
Pensionado	3	1	1	1
Desempleado	1	0	0	0

GRAFICA Nº 6 Ocupación de los pacientes con y sin IRC que contestaron el cuestionario sobre funcionamiento familiar.



GRAFICA Nº 7 Tipología familiar mas frecuente en familia con y sin IRC

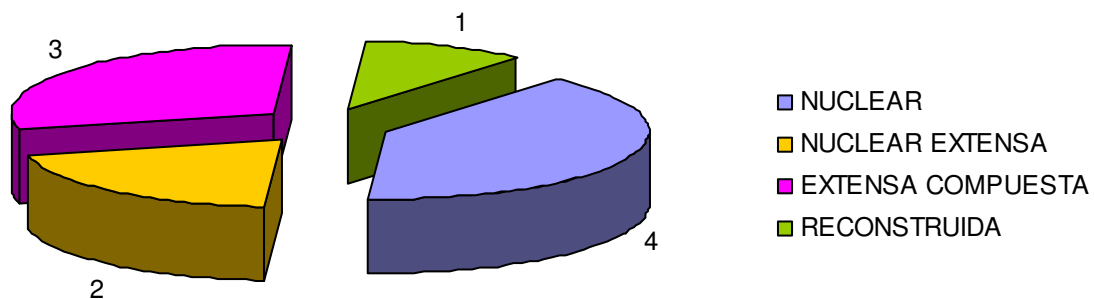


Tabla Nº 2 Análisis de fiabilidad del cuestionario de funcionamiento familiar de la Dra. Joaquina Palomar Lever

DOMINIOS	Alfa de crombach	No de reactivos	Spearman-Brown
1.- Relación de pareja.	.739	5	.681
2.- Comunicación.**	.294	2	-----
3.-Cohesión familiar.	.770	4	.775
4.- Aspectos disfuncionales.	.489	4	.499
5.- Tiempo que comparte la familia	.878	3	.862
6.-Roles familiares y trabajo domestico	.622	5	.738
7.-Autonomía e independendencia.	.512	6	.617

8.- Organización.	.705	4	.766
9.- Autoridad y poder.	.596	4	.546
10.- Violencia física y verbal.	.121	3	.222

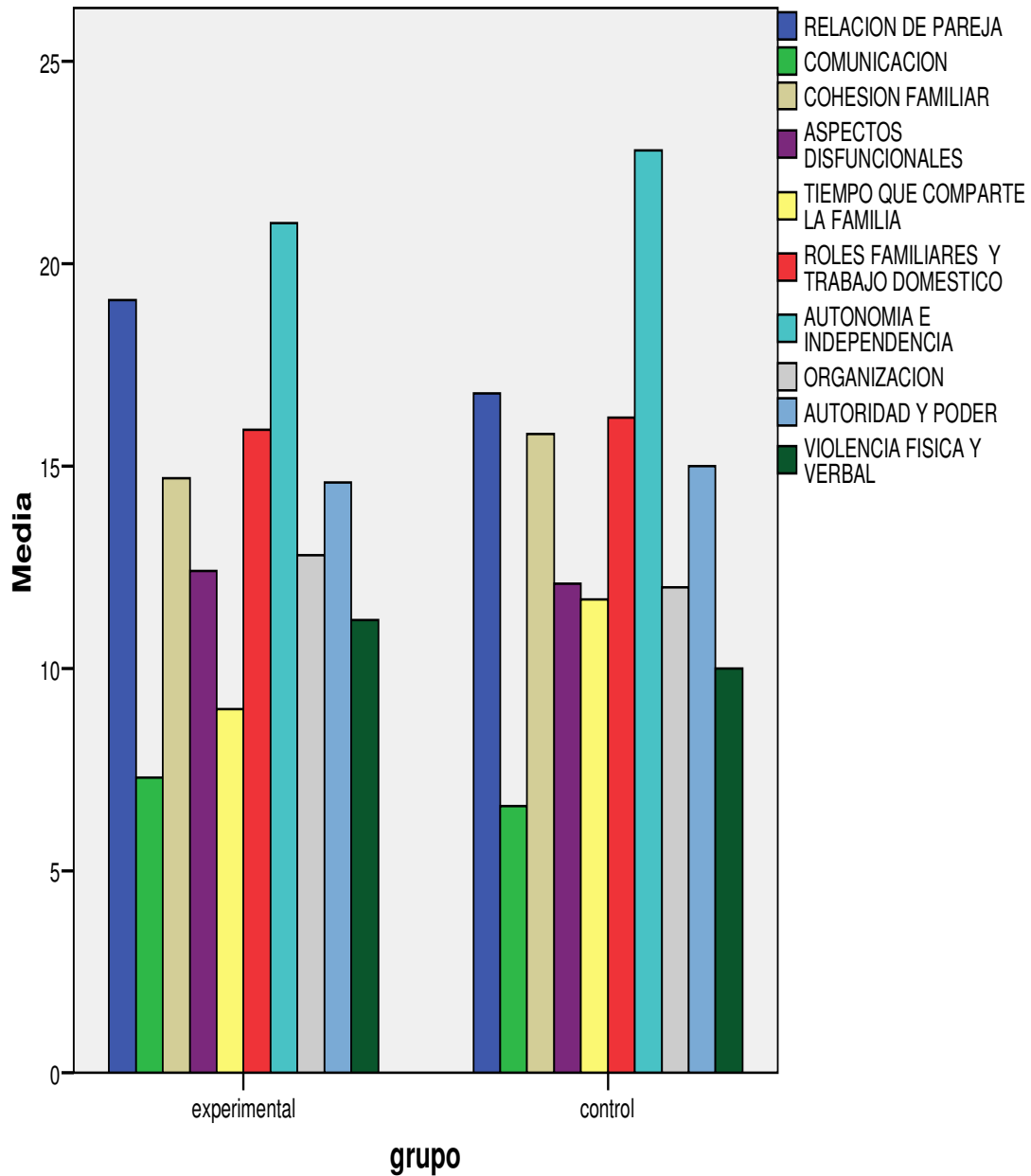
*** No se puede hacer la validación con el spearman-brown por contar con dos reactivos

TABLA Nº 3 Contraste de promedios por dominios mediante el estadístico de Contraste *t-student*

DOMINIO	CASO EXPERIM $\bar{X} \pm E.E$	CASO CONTROL $\bar{X} \pm E.E$	DIF $\bar{X} \pm E.E$	T	SIG
Relación de pareja.	19.10±.674	16.80 ±.952	2.30±1.16	1.971	.064
Comunicación	7.30 ±.496	6.60 ±.600	70 ±.778	.900	.380
Cohesión Familiar	14.70 ±.790	15.80 ±.952	-1.10±1.237	-889	386
Aspectos disfuncionales	12.40 ±.819	12.10 ±.433	300 ±.927	.324	.750
Tiempo que comparte la familia	9.00 ±.919	11.70 ±.932	-2.700±1.309	-2.063	.054
Roles familiares y trabajo domestico	15.90 ± 1.11	16.20 ±1.114	-300± 1.572	-.191	.851

Autonomía e independencia	1.00 ± 1.13	22.80 ±1.638	-1.800±1.993	-.903	.378
Organización	12.80 ± .879	15.00±.856	.800 ± 1.227	.652	.523
Autoridad y poder	14.60 ± 1.74	15±.856	.400 ± 1.939	-.206	.839
Violencia física y verbal	11.20-- .680	10.00 ±.558	1.200±.879	1.365	.189

GRAFICA N° 8 Comparación de familias por factores



Fuente: N= 20, Estudio sobre funcionamiento familiar en dos familias con y sin insuficiencia renal.

10.- DISCUSIÓN:

En toda la literatura revisada se afirma que el funcionamiento de las familias con un paciente con enfermedad crónica existe un mal funcionamiento familiar, hipótesis que en este estudio se pretendía demostrar en relación con pacientes con daño renal en DPCA. Sin embargo, en este estudio se demuestra que el funcionamiento de aquellas familias en aparente buen estado de salud se encuentra más alterado que en donde hay un paciente con IRC. La explicación de este hallazgo puede estar en relación a los que diversos autores han señalado en el sentido de que el enfermo crónico cursa varias etapas que impactan la dinámica familiar^{14, 17, i,}

Este resultado refuta la hipótesis planteada en el estudio y contradice los resultados de estudios publicados con anterioridad que aseguran que la insuficiencia renal induce necesariamente disfunción familiar⁴. Es importante por tanto, que en estos estudios se consideren como variables las etapas de negación, aceptación y resignación por las que transita el enfermo crónico y su familia.

Hay varias explicaciones que pueden esgrimirse para sostener los resultados aquí obtenidos. La enfermedad crónica en general genera en el enfermo por lo menos tres momentos de crisis emocional, en las que se involucra la familia. Con cada agudización del trastorno o cada vez que cambia de un programa a otro; por ejemplo pasar de diálisis ambulatoria a diálisis intrahospitalaria o a hemodiálisis; o ser hospitalizado por una peritonitis secundaria a la presencia del catéter; lleva a que en la familia aparezcan roles emergentes que obligan al cuidado del enfermo.

Este tipo de mecanismos puede ser suficiente para explicar porqué las familias con enfermo crónico están más alertadas en el cumplimiento de sus funciones, en tanto que aquellas familias donde la cotidianidad de la vida pasa inadvertida, mantienen la homeostásis familiar en niveles de mínimo desempeño.

Este hallazgo es muy interesante en sí mismo y puede ser punto de partida para estudios futuros en el sentido de valorar en forma consistente cuales son las condiciones familiares en las que la enfermedad resulta un factor de reforzamiento y no un riesgo de desorganización y empeoramiento del proceso crónicoⁱⁱ.

En otro enfoque del mismo asunto, habrá que averiguar si los resultados de este estudio se relacionan con el rol que juega el cuidador del enfermo, aspecto que se tiene que valorar en el genograma de cada familia. Aunque el genograma no constituyó el instrumento principal en éste estudio, a todas las familias se les elaboró y su análisis ha permitido explicar este comportamiento en algunas familias, sin embargo, parece que no se puede generalizar, ya que la mayoría de los genogramas muestran buen funcionamiento familiar en ambos grupos de familias. (Ver genogramas anexos).

ⁱ Rentería O. MA, Funcionamiento familiar en la diabetes. Tesis de postgrado de medicina familiar, IMSS- UNAM, México 2005

³⁵. Kornblit A. Somática Familiar. En: Enfermedad orgánica y familia. Gedisa, España 1996.

11.- CONCLUSIONES:

Los estudios de funcionamiento familiar en pacientes con enfermedad crónica del tipo de la IRC resultan un buen modelo de aprendizaje para el médico familiar, no solo porque la familia se muestra sumamente ocupada en atender al enfermo y a través de la enfermedad establece contactos continuos que demandan del médico profesionalismo en la atención integral.

El cuestionario de la Doctora Joaquina Palomar Lever ha mostrado sensibilidad consistencia y confiabilidad estadísticamente, en éste y otros estudios. Es un instrumento fácil de aplicar y relativamente fácil de interpretar sus resultados; discrimina diez factores de funcionamiento que orientan la intervención del médico a distintos niveles para ofrecer apoyo a la familia. Por tanto, es conveniente que los médicos familiares lo empiecen a utilizar como una herramienta del consultorio.

Es muy importante comprender los cambios que genera la enfermedad en la familia, mismos que no siempre son nocivos ni significan riesgos, sino por el contrario pueden ser fortalezas que favorezcan el crecimiento, el desarrollo y la armonía familiar. Reconocer este importante hallazgo puede contribuir a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica.

12.- BIBLIOGRAFIA

- ¹ De la Revilla. La disfunción familiar. Atención primaria 1992; 19:582-583
- ² Rodríguez-Ábrego G, Rodríguez-Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004;42(2):97-102.
- ³ Huerta JL. Estudio de Salud Familiar. En: Farfán SG. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar 1999, Intersistemas; México 1999. pág: 1 – 73.
- ⁴ Mares SF, Carranza BO. Dinámica Familiar en Familias con Diálisis Peritoneal Ambulatoria. UNAM-IMSS. Tesis para optar el diploma de especialista familiar, Morelia Michoacán 2005
- ⁵ McWhinney IR. An introduction to family medicine, New York, Oxford University press, 1981. pp 106-122.
- ⁶ Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar. Editorial Mexicana, 5a Edición, México 1998.
- ⁷ Maor Y, King M, Oimer L, Mozes B. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients with hemodialysis: correlates and outcomes. Am J Kidney Dis 2000;35(4 Suppl 1):S132-S140.
- ⁸ Simon FBH, Stierlin S, Wyney LC. Vocabulario de terapia familiar. Gedisa, Barcelona 1997
- ⁹ Azcarate GE, Ocampo BP, Quiroz PJR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Op. cit. Pag. 98.
- ¹⁰ De la Revilla M. Valoración de la disfunción familiar. Aten Primaria. 1997;19:12-16.
- ¹¹ López R. La transición epidemiológica. Ciencia Médica. 1994;1,26:11-17.

-
- ¹² Morales J. Diálisis peritoneal ambulatoria. Características epidemiológicas. Rev Med IMSS 1999; 17:289-296..
- ¹³ Carter CH. Terapia familiar estructural. México: Amorrortu 1997: 19-30.
- ¹⁴ Velasco M. Manejo del enfermo crónico y su Familia, sistemas historias y creencias, Manual Moderno, México 2001.
- ¹⁵ Ginn MH. Familias con disfunción familiar. Aten Primaria. 1997;19:12-16.
- ¹⁶ Blue B. Repercusiones psicológicas en la rehabilitación del niño urémico. Ponencia en la XXX Reunión Anual del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas, Acapulco Guerrero, México 1992.
- ¹⁷ Fernández O M. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med (Mex) 2004, 47 (6) 251-254
- ¹⁸ González ML. Insuficiencia renal aguda,. En: Manual de Terapeutica Medica y procedimientos de urgencia. Mc graw-Hill Interamericana. México 2001.
- ¹⁹ Luquen de PA, Fernández E. A, Izquierdo CE. Insuficiencia renal crónica <http://www.aeped.es/protocolos/nefro/15-insuficiencia-renal-cronica-conservador.pdf>
- ²⁰ Rodríguez ÁG, Rodríguez Ál. Disfunción Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Rev Méd IMSS 2004, 42 (2) 97 – 102
- ²¹ Alvaro A, Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en pacientes con insuficiencia renal crónica. **An Med Asoc Med Hosp ABC** 2003; 48 (2): 107-113.
- ²² González GF. Insuficiencia renal por diabetes, fatal desenlace. Salud Medicina. com. 2007. <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1250>

-
- ²³ Grupo de expertos de la Republica de Chile, Ministerio de salud. Guía clínica insuficiencia renal crónica terminal. [http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/insuficiencia renal/pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/insuficiencia%20renal/pdf)
- ²⁴ Adhar M, Akiskal HS, Alderson PO, El Manual Merck de Diagnostico y terapéutica. Doyma, España 2006.
- ²⁵ Lawrence M T. Diagnostico clínico y tratamiento. El Manual Moderno, México 2006.
- ²⁶ Holm CA, Jiménez DA, Hernández DM. Trasplante renal de donador vivo relacionado y donador cadáver. **Cir Gen 2002;24: 116-123**
- ²⁷ Daniel CA, Joshua SA, Thomas MA. Diagnostico clínico y tratamiento. El manual Moderno, México 2005.
- ²⁸ Crespo BM, Esforzado AN, Ricart BM. Trasplante Renal: experiencia del Hospital Clínico de Barcelona. Arch. Esp. Urología 2005, 58, (6) 537-542
- ²⁹ Palomar LJ, Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida. Tesis doctoral en psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México 2001.
- ³⁰ Rentaría OCDE los A, Carranza BO. Funcionalidad Familiar en pacientes con Diabetes Mellitas. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar, UNAM-IMSS, Morelia, Mich., 2005.
- ³¹ Declaración de Helsink: Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos. <http://www.seeiuc.com/investig/helsinki.htm>
- ³² Declaración de Helsinki de la Asociación Medical Mundial.
<http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinki.htm>
- ³³ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Código de Bioética para el personal de salud. México 2002. <http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>

³⁴ Rentería O. MA, Funcionamiento familiar en la diabetes. Tesis de postgrado de medicina familiar, IMSS- UNAM, México 2005

³⁵ Kornblit A. Somática Familiar. En: Enfermedad orgánica y familia. Gedisa, España 1996.

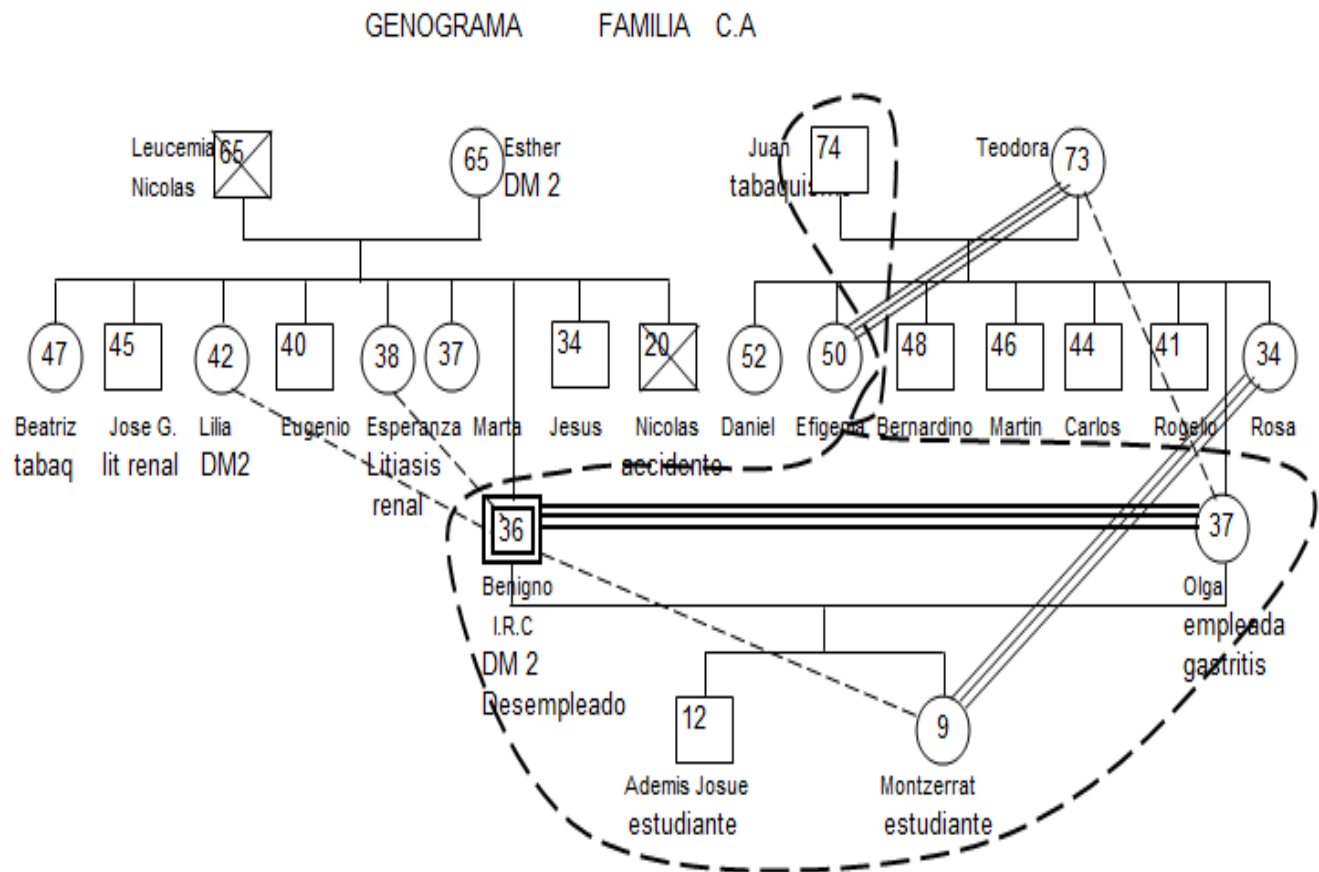
13.- ANEXOS:

ANEXO 1 CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LA DRA JOAQUINA PALOMAR LEVER.

MARQUE CON X EN EL RECUADRO DE LA DECHA LA RESPUESTA QUE ELIGA PARA CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES QUE SE LE PRESENTAN	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Comparto actividades o intereses con mi pareja.	1	2	3	4	5
2.-Es difícil llega a una acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
3.- Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja puedo decirlo.	1	2	3	4	5
4.-Disfruto mucho las cosas que hago con mi familia.	1	2	3	4	5
5.-Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente.	1	2	3	4	5
6.- Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento.	1	2	3	4	5
7.- Me siento valorado por mi pareja.	1	2	3	4	5
8.- En mi familia se anima el hecho de decir cada quien lo que piensa, sea lo que sea.	1	2	3	4	5
9.- En casa se respetan las decisiones que cada quien toma.	1	2	3	4	5
10.- Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros de la familia.	5	4	3	2	1
11.- Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas.	5	4	3	2	1
12.-los miembros de mi familia se aseguran de que todo esta recogido y ordenados en sus cuartos.	1	2	3	4	5
13.- Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros.	5	4	3	2	1
14.- En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea que es mejor.	1	2	3	4	5
15.- Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuales son las consecuencias.	1	2	3	4	5
16.- En mi familia esta claro quien manda.	1	2	3	4	5
17.- Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño o interés por los demás.	1	2	3	4	5
18.- Cuando tenemos problemas mi pareja y yo, generalmente los resolvemos de manera rápida.	1	2	3	4	5
19.-En mi familia hacemos actividades juntos.	1	2	3	4	5
20.- En mi familia se anima a que seamos independientes.	1	2	3	4	5
21.- Como pareja somos cariñosos.	1	2	3	4	5
22.- En mi pareja es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste.	5	4	3	2	1
23.- En mi familia compartimos muchos intereses.	1	2	3	4	5
24.-En mi familia todos tenemos responsabilidades.	1	2	3	4	5
25.-Las normas familiares están bien claras.	1	2	3	4	5
26.- Las peleas con mi pareja llegan a la violencia física (empujones, jalones, etc.)	5	4	3	2	1

27.-Si algo sale mal en mi casa, nos desquitamos con la misma persona.	5	4	3	2	1
28.-Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes.	1	2	3	4	5
29.-En mi familia somos ordenados.	1	2	3	4	5
30.-Los miembros de mi familia acostumbramos a hacer actividades juntos.	1	2	3	4	5
31.-En mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno.	1	2	3	4	5
32.-En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa.	1	2	3	4	5
33.-Cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos.	1	2	3	4	5
34.- En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por si mismo.	1	2	3	4	5
35.- Cada uno de nosotros cumple con lo que debe hacer en casa.	1	2	3	4	5
36.- En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas.	5	4	3	2	1
37.- En mi familia las reglas familiares no se discuten se cumplen.	1	2	3	4	5
38.- En mi familia las actividades se planean con bastante cuidado.	1	2	3	4	5
39.- En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita.	5	4	3	2	1
40.- Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre.	1	2	3	4	5
41.- Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
42.- Algunos parientes (suegros, cunados, hermanos. Etc.) Intervienen en las decisiones que se toman en mi familia.	5	4	3	2	1

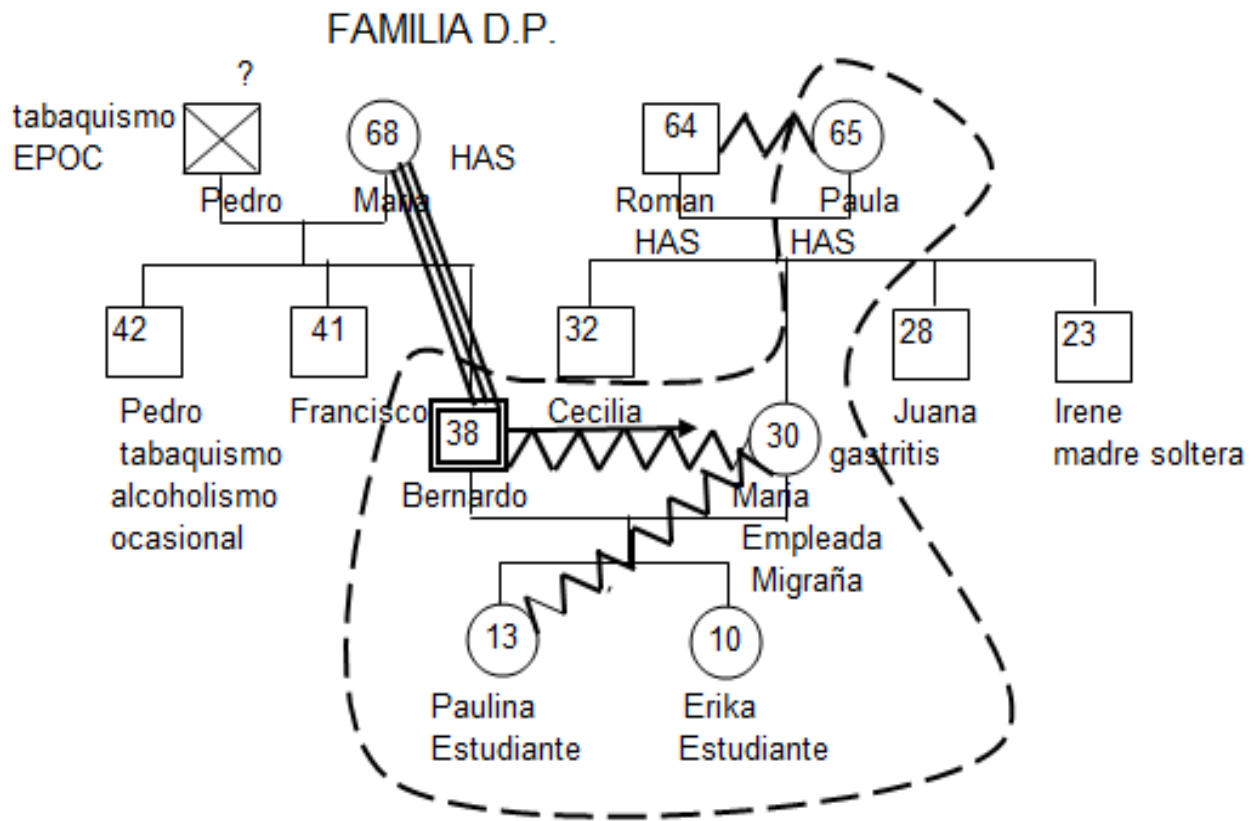
ANEXO 2 GENOGRAMA: FAMILIA E INTEGRANTE CON IRC



FECHA DE ELABORACION: 12 DE JUNIO 07

ELABORO: Dra. Lorena Belem Bahena gonzález

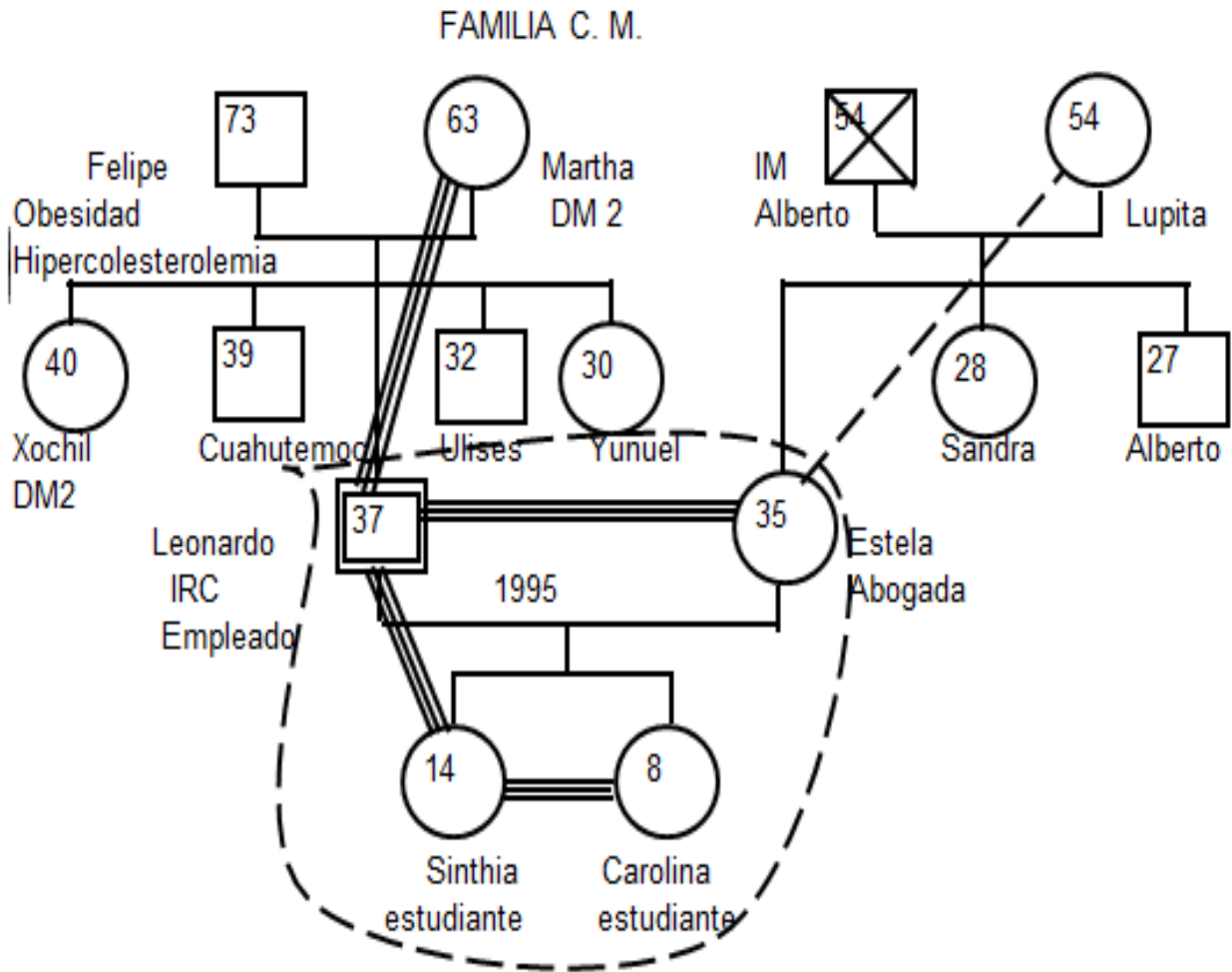
ANEXO 3 GENOGRAMA; FAMILIA APARENTEMENTE SANA



Fecha: 29 de Junio del 2007

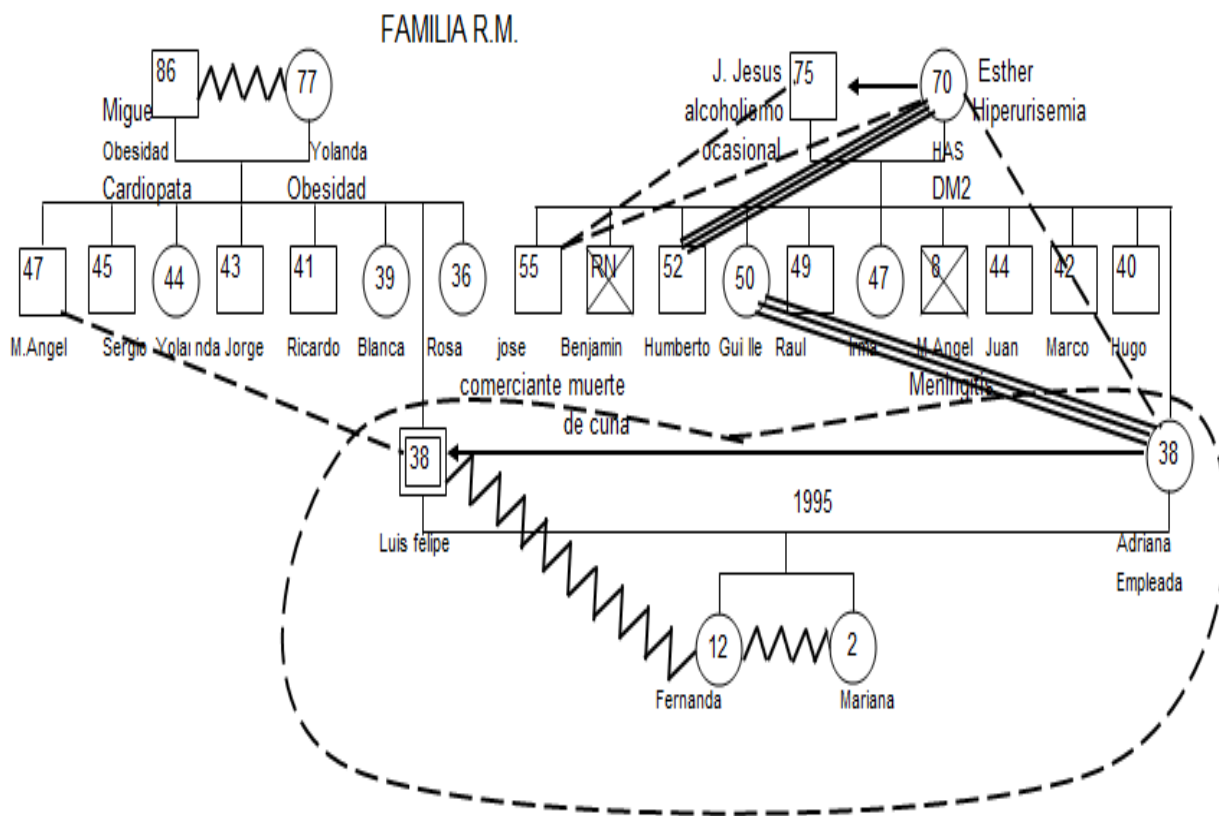
Elaboro: Dra. L. Belem Bahena González.

ANEXO 4 GENOGRAMA FAMILIA E INTEGRANTE CON IRC



Fecha: 03 de Septiembre del 2007
 Elaboro: Dra. L. Belem Bahena González.

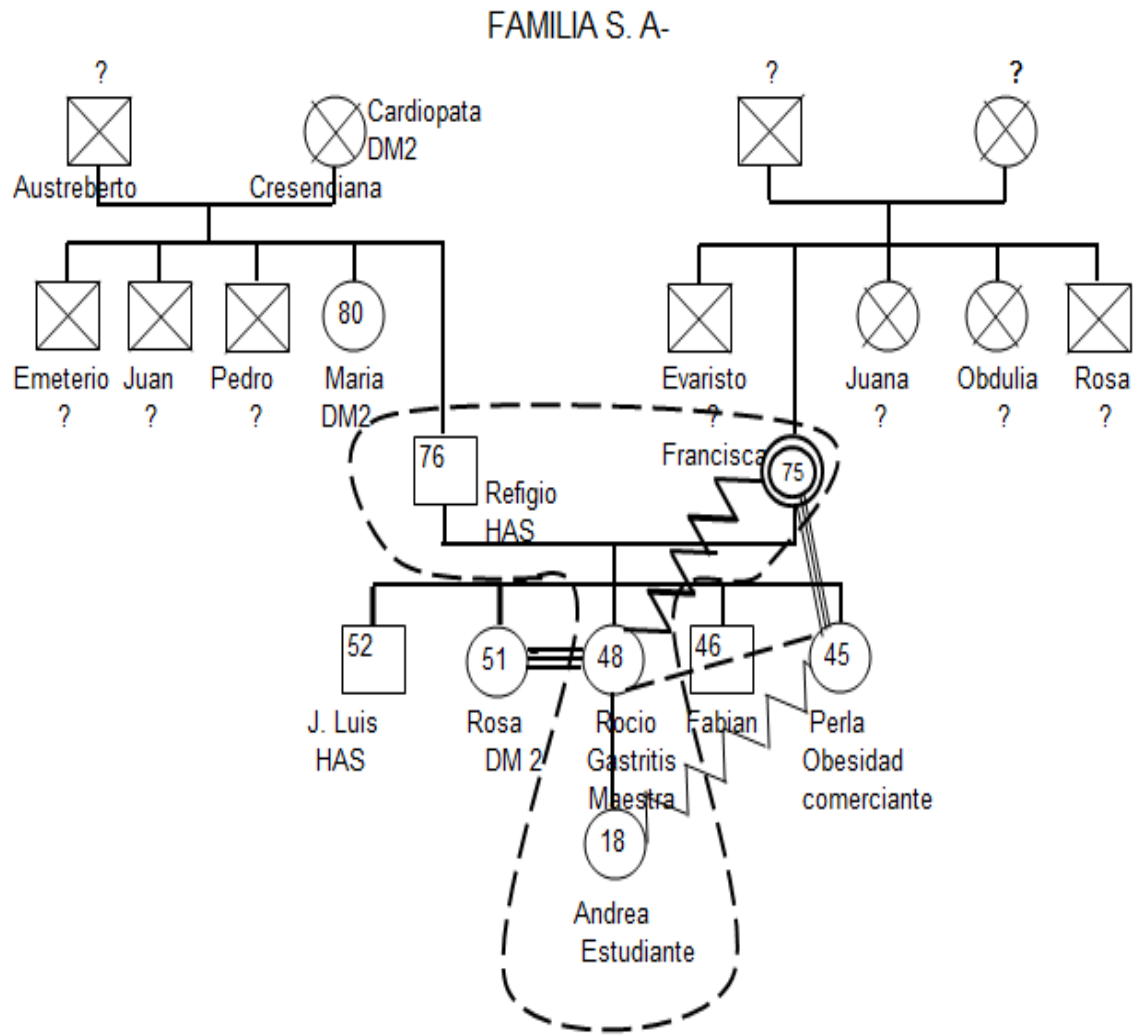
ANEXO 5 GENOGRAMA FAMILIA APARENTEMENTE SANA



Fecha: 17 de Septiembre del 2007

Elaboro: Dra. L. Belem Bahena González

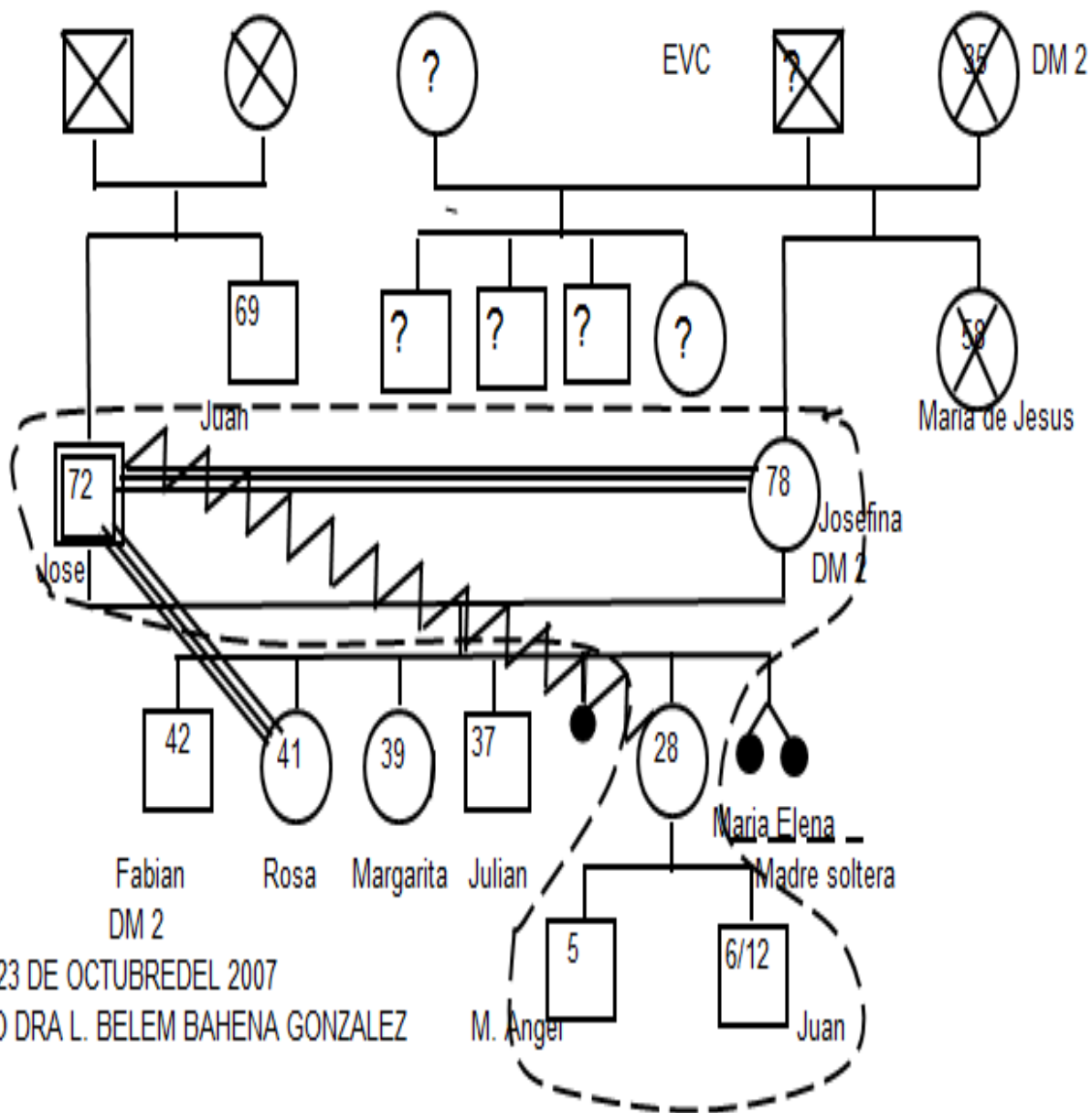
ANEXO 6 GENOGRAMA FAMILIA APARENTEMENTE SANA



Fecha de elaboracion: 9 de octubre del 2007
 Elaboro Dra. L. Belem

ANEXO 7 GENOGRAMA: FAMILIA E INTEGRANTE CON IRC

GENOGRAMA FAMILIA G, T.



FECHA 23 DE OCTUBRE DEL 2007

ELABORO DRA L. BELEM BAHENA GONZALEZ

M. Angel

Juan