



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 MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

“Percepción del apoyo familiar por el paciente con diabetes mellitus e hipertensión arterial con diálisis peritoneal continua ambulatoria”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VALENTINA BAHENA GONZÁLEZ

LEÓN, GUANAJUATO

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Percepción del apoyo familiar por el paciente con diabetes mellitus e hipertensión arterial con diálisis peritoneal continua ambulatoria”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. VALENTINA BAHENA GONZALEZ

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO

DR. MIGUEL ÁNGEL LUNA RUIZ

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
(Coordinador Clínico de educación e Investigación en salud)

DR. RAÚL HERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
(Profesor Titular del curso)

DR. MIGUEL ÁNGEL LUNA RUIZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTADA DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

1.-Marco teórico	1
2.-planteamiento del problema	8
3.-Justificación	10
4.-Objetivos	11
5.-Metodología	13
6.-Resultados	19
7.-Discusión	28
8.-Conclusiones	30
9.-Referencias bibliográficas	31
10.-Anexos	34

AGRADECIMIENTOS

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

A mis maestros Dr. Raúl Hernández; Dr. Miguel Ángel Luna, por su enseñanza y consejos que hicieron llegar al final de mi especialización y por la amistad que siempre me brindaron.

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

A mis padres que desde lejos me dieron sus consejos.

A mis hermanos y amigos que me apoyaron en todo momento.

Percepción del apoyo familiar por el paciente con diabetes mellitus e hipertensión arterial con diálisis peritoneal continua ambulatoria

RESUMEN.

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública, que requiere tratamiento sustitutivo que permita la supervivencia y vida activa de la persona. El deterioro de la función renal, hace que los pacientes experimenten síntomas que afectan su funcionamiento en general recibiendo diversas terapias de reemplazo renal, como la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), que afectan su calidad de vida en todos los aspectos. El paciente con DPCA sufre complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales; por lo que la cooperación familiar es imprescindible.

Objetivo: Determinar el apoyo familiar que percibe el paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial con DPCA en el HGZ-MF No. 21 de León, Guanajuato.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo en una muestra de 113 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (IRC-DPCA). Para identificar el apoyo familiar, se diseñó un instrumento exprofeso, se validó en 3 etapas, con un alfa de Cronbachs de 0.88. Bajo consenso de los investigadores, el instrumento se dividió para su análisis de cuatro dimensiones: compañía, apoyo directo, afecto y atención.

Resultados y conclusiones: La percepción de apoyo familiar predominante fue regular, manifestado en 55.76% de los pacientes. La percepción del apoyo familiar en el sexo masculino fue buena en 42.2%, en comparación con el sexo femenino en quienes solo 38.8% fue buena, aunque estadísticamente no hubo diferencia entre la percepción de ambos grupos ($p=0.2$ con X^2).

Conclusiones. La percepción del apoyo familiar en los pacientes con IRC fue de regular a buena. La etapa del ciclo de vida familiar que cursan estos pacientes es la de retiro y muerte.

I.- MARCO TEÓRICO

Cada año se registran 100 nuevos casos de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) por cada millón de habitantes en el mundo; 2000 nuevos casos al año se registran en México. Lo que convierte a este padecimiento en un problema de salud muy severo en nuestro país.

La enfermedad renal crónica es el deterioro lento y progresivo de la función renal, se acompaña de la retención de productos nitrogenados y alteraciones hidroelectrolíticas y ácido básicas, es de carácter irreversible y responde a múltiples etiologías (1) Las complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes incluyen la nefropatía, que deriva en insuficiencia renal crónica si no es tratada de una manera temprana y adecuada, complicación que requiere de manejo integral y cuyo costo es muy elevado (2).

La insuficiencia renal crónica es también un problema de salud pública, que requiere el tratamiento sustitutivo que permita la supervivencia y la vida activa de la persona. El deterioro de la función renal, hace que los pacientes experimenten síntomas que afectan su funcionamiento en general para lo cual reciben diversas terapias de reemplazo renal, tales como la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), que afectan su calidad de vida en todos los aspectos. El paciente con DPCA se ve obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible (3).

En la familia, el ser humano debe satisfacer sus necesidades básicas, este es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo, siendo fuente principal de su felicidad. Algunos autores apuntan al vínculo de parentesco entre los miembros del grupo, otros toman en consideración el marco de referencia medio ambiental más próximo a las

personas, y para otros, lo principal es el grado de estabilidad de los vínculos entre los individuos.

Nosotros asumiremos que la familia, es un grupo de individuos relacionados por lazos de consanguinidad (incluyendo matrimonio y adopción), que conviven en el mismo espacio geográfico y que mantienen determinado nivel de relaciones afectivas.

En la familia se encuentra protección e intimidad, pero para que ésta provea a un individuo de esas vivencias, debe ser flexible y tener habilidades para afrontar los cambios, permitiendo la libre expresión de sentimientos de sus miembros, características éstas que no son innatas al grupo y que debe ir aprendiendo a lograr (4).

La familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños (5).

Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida del paciente con DPCA.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en DPCA, sufren cambios psicológicos, sociales, y en su estilo de vida que no sólo afectan al paciente, sino también a toda su familia.

Las tensiones y frustraciones de la enfermedad renal son en ocasiones profundas y severas, agobiando a quienes las padecen y sus familiares. El miedo al sufrimiento y a la muerte aflora cada cierto tiempo con mayor y menor intensidad. Se ha documentado que existe mayor prevalencia de trastornos emocionales en paciente con enfermedades, que en la población general, en especial en aquellos con enfermedades metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, gastroenterológicas y asociadas a diferentes tipos de cáncer.

El diagnóstico de una enfermedad puede en algunas personas, provocar depresión y afectar negativamente su vida, en cambio la misma enfermedad puede provocar, cambios en sus comportamientos que las beneficien a si mismas y a los demás. Otras pueden darle un significado místico y vivir la enfermedad y el tratamiento como una ofrenda religiosa; la diferencia reside en la actitud con la cual se asume la enfermedad y el significado que se le asigna a ella en la vida de cada cual (6).

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad, con el cual el individuo deja de ser visto, como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afecta de una u otra forma la salud del individuo. La asistencia del paciente depende de la funcionalidad de la familia.

En la dinámica familiar se mezclan sentimientos, comportamiento expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como

individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo familiar (7).

Dentro de las respuestas de la enfermedad adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión, la negación de roles, flexibilización de límites, etc.

El tipo de respuesta de la familia se refiere a los cambios que se generan las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo.

Se pueden mencionar dos patrones de respuesta:

1.- centrípeta; la cual se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia en donde todas las actividades están dadas en función al enfermo.

2.-Centrífuga que se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionadas con la situación de la enfermedad (8).

Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez, que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas (6).Un gran número de investigadores han demostrado con claridad que el estrés tiene un impacto negativo significativo sobre la salud y que la familia es el origen más frecuente del estrés en la vida de las personas. Las familias donde existe apoyo mutuo presentan efectos ventajosos enormes sobre los sistemas cardiovascular, endócrino e inmunitario, así como sobre la mortalidad global. En cambio, la hostilidad y la censura intrafamiliares tiene un impacto negativo sobre los procesos psicológicos y la salud (9) 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 permiten mantener el soporte emocional como vehículo de socialización (10).

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención de la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados de esta fuente más que de cualquier otra (6).

Desde el punto de vista del paciente con insuficiencia renal crónica sometido a DPCA, no conserva el ritmo de vida que tenía antes de su enfermedad. Sus parientes y amigos probablemente empiecen a considerarlo una persona incapaz, por considerarlo débil y enfermo. En ocasiones es tanta la tristeza y la infelicidad, que el paciente se sumerge en la más profunda depresión y llega a pensar que es preferible, la muerte (11).

Cuando surge la enfermedad se establece un cambio en la dinámica normal y funcionamiento de la familia. Todo esto consiste en un cambio de roles familiares y asumiendo responsabilidades por otros miembros de la familia. Se configura un proceso de adaptación de la familia que comprende la etapa de desorganización, recuperación de la crisis y nivel de reorganización. Por otro lado, la problemática familiar se puede ver agravada si anteriormente a la enfermedad existían problemas familiares, influyendo en el tratamiento y en el enfermo (12).

Los factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia incluyen la etapa del ciclo vital en que se encuentre esta, la flexibilidad o rigidez de los roles familiares, la cultura familiar, el nivel socioeconómico y la comunicación familiar. (8)

La familia como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo, y ocaso, tradicionalmente en el caso de la medicina familiar se utiliza la clasificación de Geyman:

Fase de Matrimonio: se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

Fase de Expansión: es el momento que con mayor velocidad se incorpora nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.

Fase de Dispersión: generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia.

Fase de Independencia: etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

Fase de Retiro y Muerte: etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.
(13)

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 (10).

Diversas investigaciones han demostrado que en el periodo de ajuste al programa del tratamiento, los pacientes pasan por etapas de atención emocional al igual que los sujetos que se someten a tratamientos exclusivamente prolongados, dada la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales que tienen efectos psicológicos importantes(11).

De los Ríos y Cols. Realizaron un trabajo en Chile donde participaron pacientes con hemodiálisis, y concluyeron que es clara la necesidad de incorporar

a la familia como un elemento de apoyo, que permitirá al paciente adherirse al tratamiento y enfrentar en forma adecuada esta enfermedad, ya que los pacientes no son capaces de autocuidarse, en la mayoría de los casos. Se debe de aumentar la percepción del apoyo de estos pacientes proveniente de los componentes de la red social, y se evidencia que la familia es pilar fundamental para ellos (14) Aunque en la población en general estar casado y disponer de un buen apoyo social y familiar influye sobre morbimortalidad y percepción de calidad de vida, son pocos los trabajos que demuestren la influencia de éstos en pacientes con hemodiálisis. Kimmel y Cols., han publicado varios trabajos en los que en los que demuestran en pacientes con hemodiálisis la intercorrelación entre la percepción del apoyo socio familiar, la percepción que el paciente tiene de los efectos de su enfermedad y los niveles de depresión y de satisfacción de la vida (15).

Por otra parte, tomando en cuenta que en México existen pocos estudios sobre esta problemática, se plantea la necesidad de contar con instrumentos validos y confiables que puedan proporcionar datos sobre el nivel de trastorno emocional que cursan estos pacientes para la intervención médica y de enfermería (11).

II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la IRC constituye un problema de salud frecuente en la población, la cual genera un alto costo social y económico. Actualmente existe un incremento de pacientes con éste problema, se estima que cada año son alrededor de 35 mil personas en todo el sistema de salud quienes la padecen; tan solo se reportan 2000 nuevos casos por año en México (16). De acuerdo con las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón, en México existen 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal Leve, de las cuales solo el 40% tiene oportunidad de ser atendidos en el Sector Salud. 37, 642 personas se encuentran con tratamiento continuo de diálisis. (17)

Se ha demostrado la influencia de los factores psicosociales en el proceso de salud-enfermedad; la capacidad de respuesta de una familia cuando tienen un miembro con enfermedad crónica, depende de esos factores, presentando diferencias en la expresión de sus emociones. La expresividad afectiva familiar fue explorada en México por **José Rubén Quiroz Pérez**, (18) quien encontró que ésta fue mayor en los pacientes diabéticos en comparación con lo no diabéticos, diferencia que fue significativa.

En el momento actual este tema tiene gran trascendencia debido a que se ha demostrado que existe mayor tasa de mortalidad y baja adherencia terapéutica entre los pacientes que carecían de apoyo familiar (19).

A pesar de ser una causa importante de morbi-mortalidad, que repercute en el individuo y su familia, se ha investigado relativamente muy poco la problemática del apoyo familiar en el enfermo renal y, por consiguiente se hace difícil que los profesionales se ocupen de éste cuando desean para proporcionar a los pacientes y familiares los medios de apoyo psicosocial, así como los organismos e instituciones en donde pedir ayuda (20).

Dado que no se cuenta con la información suficiente sobre el apoyo familiar en los pacientes con IRC terminal, se requiere de un estudio que acerque a contestar la siguiente pregunta

¿Cuál es la percepción del apoyo familiar por parte del paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y DPCA en el HGZ con MF No. 21 de León, Guanajuato?

III.-JUSTIFICACIÓN

Como se mostró anteriormente en los estudio realizados con pacientes con enfermedades crónicas, el apoyo familiar mejora la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de estos pacientes, de ahí la importancia de investigar cómo percibe el apoyo familiar cada uno de ellos, cuando tienen que ingresar al programa de DPCA y cuando ya tiene varios años en el programa, ya que muchas de las complicaciones de la misma, pueden tener su origen en la falta de compromiso de él o de los familiares del paciente terminal.

Aplicar este instrumento le servirá de base, al equipo de salud del hospital, para implementar estrategias dirigidos a los familiares de este tipo de pacientes, para que al sentirse apoyados puedan influir emocionalmente en el paciente y pueda tener un mejor apego al tratamiento que lo lleve a un mejor control de la enfermedad y consecuentemente, contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

En el HGZ con MF No. 21, de la ciudad de León, Gto., se cuenta con una población de 405 pacientes en el programa de DPCA. De los cuales 237 son hombres y 168 mujeres, con edades comprendidas de los 13 a los 72 años.

IV.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el apoyo familiar que percibe el paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial con DPCA en el HGZ con MF No. 21 de León, Guanajuato.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con IRC estudiados.
 - a) Causas de la IRC.
 - b) Tiempo de diagnóstico de la IRC.
 - c) Tiempo de evolución de la DPCA.
 - d) Número de sesiones semanales de la DPCA.
- Determinar la etapa del ciclo de vida familiar de acuerdo a la clasificación de Geyman.
- Determinar la percepción del apoyo familiar en pacientes con IRC en general.
- Determinar la percepción del apoyo familiar en pacientes con IRC por sexo.

VI.- MATERIAL Y METODOS

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Lugar: Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 21 de León Guanajuato.

Tiempo: Mayo a Agosto 2008

Población: Pacientes del programa de DPCA, que acuden al servicio en el hospital referido.

Muestra: En un estudio piloto realizado por la investigadora en ocho pacientes elegidos de manera aleatoria de los que acuden a consulta de medicina interna, se identificó una percepción de apoyo un 40%, la literatura refiere que los pacientes tienen apoyo en aproximadamente 19% de sus familiares. Considerando que en la población de estudio el 40% tiene apoyo. En una población de 405 pacientes en el programa de DPCA del HGZ No. 21, con un nivel de precisión del 10% (Puede ser que tengan apoyo familiar entre 30-50% de los pacientes), con un nivel de confianza del 95% y utilizando la fórmula de cálculo del tamaño de la muestra para una proporción de la población el tamaño de la muestra es de 113 pacientes. (NCSS y PASS)¹⁶

El muestreo: se realizó por cuota hasta completar n=113 tamaño de la muestra calculada.

Procedimiento:

Para identificar el apoyo familiar se revisó la literatura para identificar los instrumentos publicados para evaluar apoyo familiar, dado que no se encontró un

instrumento para nuestra realidad, se diseñó un instrumento expofreso y se validó siguiendo el siguiente orden:

En una primera etapa se identificó un grupo piloto que incluía miembros de familia con diálisis, podía ser de padre, madre, hermano, hijo, abuelo. Participaron un total de 30 y se les solicitó que anotaran en una hoja en blanco que necesitaban para sentirse apoyados por su familia, a fin de obtener los indicadores, dos médicos familiares revisaron el total de respuestas (254) y descartaron las repetidas, con mismo significado y se consideraron al final las 20 que tuvieron mayor frecuencia.

En segunda etapa se envió a un revisor con entrenamiento en la validación de instrumentos.

En una tercera etapa ya fin de validar la consistencia interna del instrumento se realizó un estudio piloto con las respuestas de los primeros 50 pacientes que fueron incluidos en el estudio. El análisis **alfa de Cronbachs** dio por resultando **0.88**.

Bajo consenso de los investigadores tres total, el instrumento se dividió para su análisis de cuatro dimensiones: compañía con cuatro indicadores (**preguntas 3, 4, 11, 16**); apoyo directo, siete indicadores (**preguntas 2, 7, 9, 13, 17, 18, 20**); afecto cinco indicadores (**preguntas 1, 5, 12, 14, 15**); cuatro indicadores para la dimensión atención (**preguntas 6, 8, 10, 19**).

Interpretación: El instrumento está diseñado para responderse mediante **escala Likert**: Siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca para las preguntas de la 6 a la 20 que toma un valor de 4 a 0, en la pregunta dos y tres se responden de forma directa que toman valor de 0 y 4 con dos respuestas y en las preguntas 1, 4, 5 se utilizó la escala cualitativa con valor 4 a 0

Se consideró aplicar la **regla 50** para determinar las calificaciones y grados de apoyo familiar y se considera que el paciente tiene buen apoyo si se obtiene una calificación entre **60 y 80** puntos, apoyo regular de **40 a 59**, y no recibe apoyo si es de menos de **40** puntos.

Posteriormente, un solo investigador entrevistó a pacientes con DPCA mayores de 20 años (se optó por esta edad, dado que las características emocionales y la percepción del apoyo familiar en menores de 20 años puede representar un sesgo, por la inmadurez que algunos presentan), se les explicó los objetivos del estudio, una vez que aceptaron participar, se les aplicó la encuesta de manera personal, mientras esperaban su consulta de especialidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes vigentes y adscritos en programa de DPCA, del Hospital General de Zona con Medicina familiar No. 21 del IMSS, de la ciudad de León, Guanajuato.
2. Pacientes que cuenten con familia.
3. Pacientes mayores de 20 años, considerando éstos, como adultos y fuera del periodo de la adolescencia tardía

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Pacientes que no deseen cooperar con el estudio.
2. Pacientes que no se encuentren mentalmente sanos.
3. Pacientes que no convivan con una familia al momento del estudio.
4. Familia unipersonal

VARIABLES DE ESTUDIO

Apoyo Familiar

Variables universales a estudiar			
Variable	Tipo de Variable	Definición	Escala de medición
Sexo	Cualitativa	Masculino/Femenino	Nominal
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos	De Razón
Ocupación	Cualitativa	Ama de casa/ obrero/ empleado/ profesionalista/ otros	Nominal
Estado civil	Cualitativa	Soltero/ Casado/ divorciado/ viudo	Nominal
Escolaridad	Cualitativa	Primaria/ secundaria/ preparatoria /licenciatura	Nominal
Variables asociadas con la IRC y DPCA			
Causas de la IRC	Cualitativa	1) diabetes mellitus, 2) hipertensión arterial 3)ambas	Nominal
Tiempo de evolución con IRC	Cuantitativa	Tiempo en meses desde que se diagnosticó IRC	De Razón
Tiempo de evolución con DPCA	Cuantitativa	Tiempo en meses desde que está en tratamiento con DPCA	De Razón
Número de sesiones de DPCA	Cuantitativa	Número de sesiones de DPCA por semana	De Razón
Otras enfermedades asociadas a la IRC	Cualitativa	Presencia de cualquier otra enfermedad además de IRC (Si/No)	Nominal

Ciclo de vida familiar	Cualitativa	matrimonio/expansión/dispersión /independencia/retiro y muerte	Nominal
------------------------	-------------	---	---------

Definición operacional de la variable de estudio:

Apoyo familiar por parte del paciente, se realizará con el cuestionario, se evaluará mediante escala de Likertt (Anexo 1).

ANALISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los datos, utilizando el programa estadístico NCSS.

RECURSOS HUMANOS

Maestro en investigación clínica, médicos familiares, personal asistente médicas

RECURSOS MATERIALES

Encuestas

Hojas papel Bond

Lápices

Bolígrafos

Computadora

Programa Excel

RECURSOS FINANCIEROS

Se cubrieron con recursos propios de los investigadores y de la unidad.

LIMITE DE TIEMPO A REALIZAR LA INVESTIGACION

De Mayo a agosto del 2008.

VII.-CONSIDERACIONES ÉTICAS

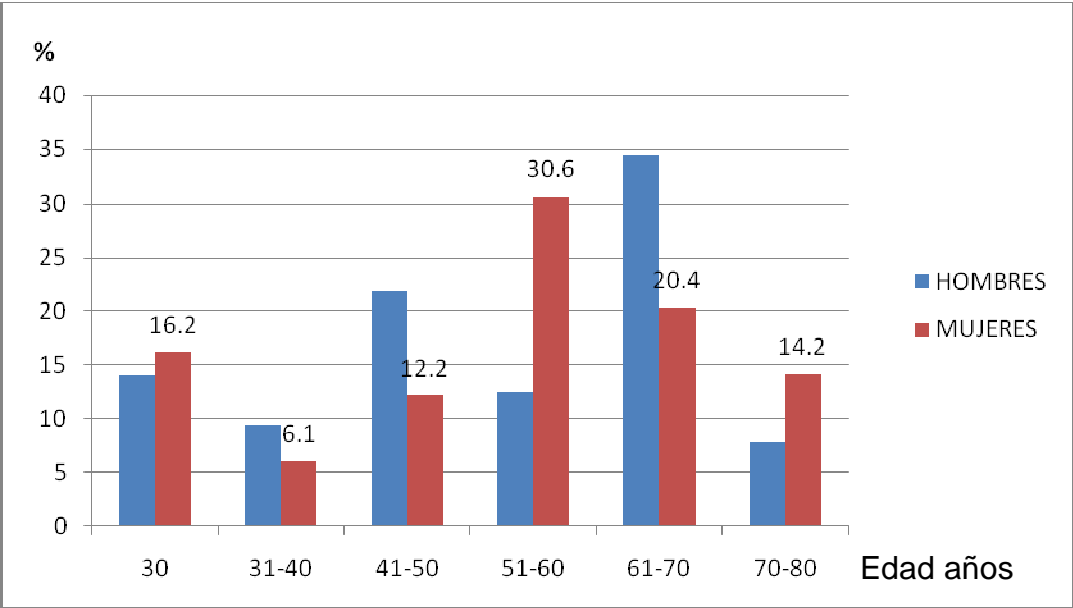
El presente estudio, no se contrapone con las normas establecidas en la declaración del Helsinki ni a sus modificaciones posteriores, por lo que está de acuerdo a la ley general de salud, con respecto a la investigación en humanos.

De acuerdo a lo establecido en el Art. 17 Título 2° del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud, éste proyecto corresponde a un nivel de riesgo I, por lo que no requiere de consentimiento informado por escrito, solo la aceptación tácita del sujeto a quien se va a aplicar el cuestionario.

RESULTADOS

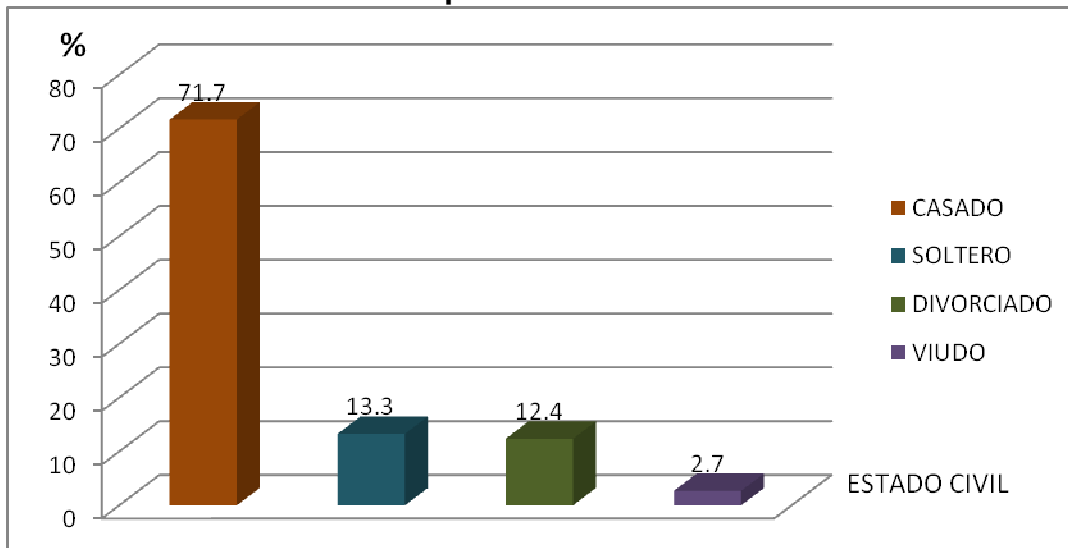
Se realizaron un total de 113 encuestas, de las cuales 64 correspondieron al sexo masculino y 49 al femenino. El promedio de edad del grupo fue de 52.9 ± 15.9 años; cabe señalar que más del 50% tenían 50 años o más. El promedio de edad en hombres fue de 52.5 ± 15.7 y en mujeres de 53.5 ± 16.3 años (Gráfica 1).

Gráfica 1. Grupos de edad por sexo



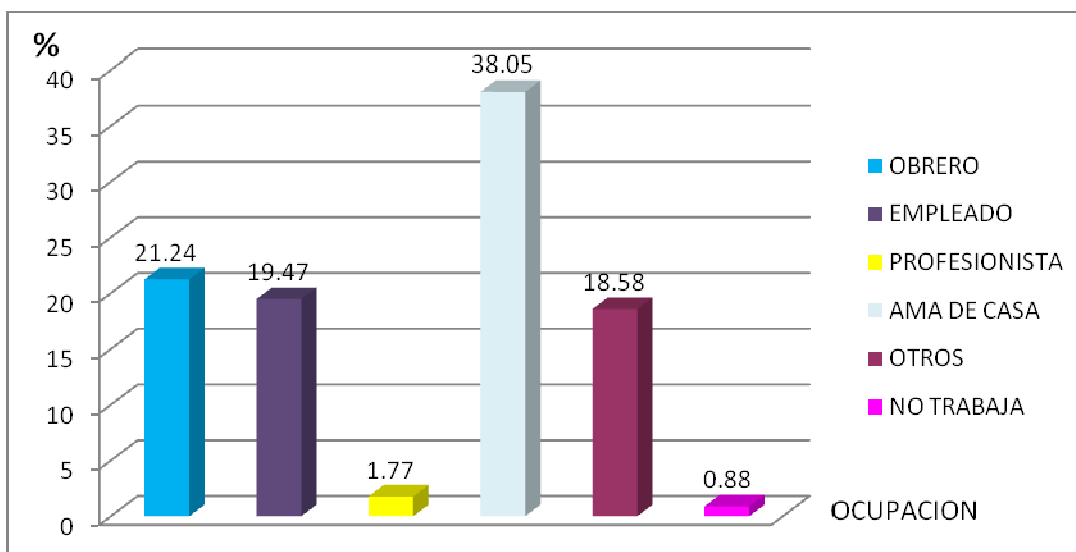
Respecto al estado civil, el 71.7% de los pacientes estudiados eran casados, siendo ésta, la condición más frecuente (Gráfica 2).

Gráfica 2. Estado civil de los pacientes



La ocupación de la población estudiada es muy variada, siendo la más frecuente el de ama de casa (38%). (Gráfica 3).

Gráfica 3. Ocupación



Del total de pacientes encuestados, se puede observar que en general, la escolaridad es baja, 57.52% cuentan con primaria y 23.89% son analfabetas (Tabla 1)

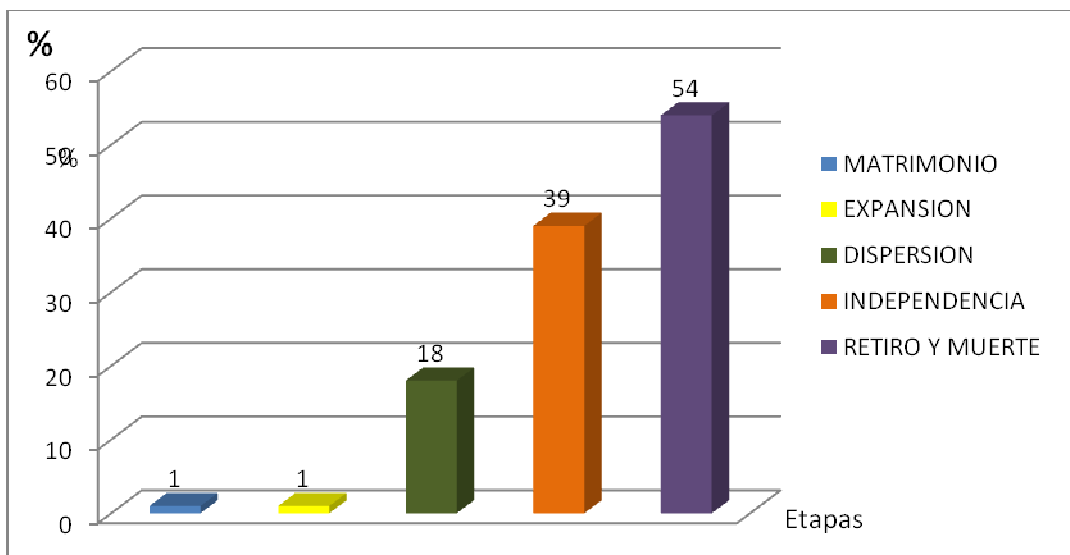
Tabla 1 Escolaridad de los pacientes con DPCA

Escolaridad	%	n
ANALFABETA	23.89	(27)
PRIMARIA	57.52	(65)
SECUNDARIA	12.39	(14)
PREPARATORIA	5.31	(6)
LICENCIATURA O	0.88	(1)

ió tabaquismo, 45.1% alcoholismo y 6.2% alguna otra adicción (cocaína o marihuana).

De las características de las variables asociadas a la IRC y DPCA en el grupo en estudio, en la evaluación de la etapa del ciclo de vida familiar que estaban cursando los pacientes al momento de la evaluación, de acuerdo a la clasificación de Geyman, 47.8% de los pacientes se encontraban en la fase de retiro y muerte y, tan solo el 0.9% se encontraba en fase de matrimonio o expansión. (Gráfica 4).

4. Etapa de ciclo familiar de acuerdo a Geyman



Aunque no es el objetivo del estudio, se documentó como causas de la IRC: la diabetes mellitus en 16% de los pacientes, hipertensión arterial en 19.5% y ambas enfermedades en 63.7%.

En el tiempo de evolución con IRC se observó que cuatro pacientes tienen menos de un año con IRC; los promedios y rangos del tiempo de evolución de IRC y de la DPCA, así como el número de sesiones por semana se muestra en la tabla 2.

Tabla 2.- Características de las variables asociadas a la IRC y DPCA.

Variable(N=113)	Media±DE	Rango
Tiempo evolución de Insuficiencia renal (meses)	30.3 ± 28	6 a 276
Tiempo evolución de Diálisis (meses)	16.2 ± 9.8	1 a 54
Número de sesiones por semana de diálisis peritoneal	28 ± 2.1	21 a 35

La mayor frecuencia de sesiones por semana que se identificaron de 35 (en promedio 5 por día); Aunque el mayor número de pacientes se realizaban 28 sesiones por semana (en promedio 4 al día).

Tabla 3. Frecuencia de sesiones de diálisis peritoneal

No. de sesiones	Pacientes	%
21	4	3.5
24	3	2.7
28	99	87.6
30	2	1.8
35	5	4.4

Para valorar si existían diferencias asociadas al género de los pacientes en las características asociadas a la IRC y DPCA, se aplicó t de Student. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) entre ambos sexos para ninguna de las variables analizadas. Tabla 4

Tabla 4. Análisis de las características asociadas a la IRC y DPCA en ambos sexos.

Variable	Hombres (n 64) Media \pm DE	Mujeres (n 49) Media \pm DE	t de Student	P
EDAD (años)	52.47 \pm 15.74	53.47 \pm 16.31	-0.329	0.37
Tiempo de evolución de IRC* (meses)	30.40 \pm 33.65	30.26 \pm 18.36	0.026	0.51
Tiempo diálisis peritoneal (meses)	15.97 \pm 9.41	16.43 \pm 10.31	-0.247	0.4
No. de sesiones de diálisis por semana	28.16 \pm 1.93	27.77 \pm 2.32	0.951	0.83

* IRC. Insuficiencia Renal Crónica
DPCA diálisis peritoneal continua ambulatoria

En la tabla 5, se reportan las respuestas de mayor frecuencia a cada una de las preguntas de la encuesta aplicada a los pacientes en DPCA.

Tabla 5. Respuestas de mayor frecuencia al cuestionario

PREGUNTA	RESPUESTA DE MAYOR FRECUENCIA	n (%)
1. ¿Cómo te sentiste cuando te dijeron que te iban a hacer la diálisis?	Triste	85 (92%)
2. La familiar al saber de mi enfermedad y el tratamiento de la diálisis peritoneal, me mostró:	Apoyo	105 (92.92%)
3. ¿Cuándo acudes a consulta, quién te acompaña?	Familiar	109 (96.46%)
4. ¿Cuando le acompañan a la consulta, cómo se siente Ud.?	Triste	62 (57.52%)
5 El familiar que acude con usted a la consulta, ¿cómo percibe usted que se siente él?	Como siempre	59 (52.21%)
6 ¿Su familia está al pendiente de las citas que tiene a la consulta médica?	Siempre	61 (53.98%)
7 ¿Su familia lo apoya en casa, para realizar la diálisis peritoneal?	Siempre	51 (45.13%)
8 ¿Su familia le recuerda del horario de la toma de sus medicamentos?	Siempre	38 (33.63%)
9 En caso de no contar con el medicamento, ¿su familia lo compra?	Nunca	35 (30.97%)
10 ¿Su familia le elabora los alimentos según las indicaciones de su médico?	Siempre	43(38.05%)
11 ¿Su familia le hace compañía en casa?	Siempre	44(38.94%)
12 ¿Ud. siente que es una carga para su familia?	A veces	79(69.91%)
13 ¿Su familia manifiesta molestia por tener que apoyarlo en su enfermedad?	Nunca	41(36.28%)
14 ¿Ud. siente menor carga de su enfermedad cuando su familia lo ayuda?	A veces y nunca	36(31.86%)
15 ¿Ud. se siente ignorado por su familia desde el inicio del tratamiento?	Nunca	49(43.36%)

PREGUNTA	RESPUESTA DE MAYOR FRECUENCIA	n (%)
16 ¿Su familia comparte las actividades recreativas con usted?	A veces	44(38.94%)
17 ¿Si usted realiza quehaceres en el hogar, su familia lo (la) apoya?	No amerita	38(33.63%)
18 ¿En caso de necesitar ayuda para su aseo personal, su familia lo ayuda?	Siempre	33(38.05%)
19 ¿Su familia le pregunta de su estado de salud y/o tratamiento al médico ó a la enfermera?	Casi siempre	46(40.71%)
20 ¿Ud. siente que el apoyo de su familia es suficiente para ayudarlo en su tratamiento?	Siempre	58(51.33%)

De acuerdo a las calificaciones obtenidas del instrumento aplicado a los 113 pacientes, se obtuvo que la percepción de apoyo familiar predominante fue regular, manifestado en 55.76% (63) de ellos. Los resultados se resumen en la tabla 6.

Tabla 6. Percepción del Apoyo Familiar de los pacientes con IRC y DPCA

*Percepción del Apoyo Familiar	n	%
Bueno	46	40.71
Regular	63	55.76
Ningún	4	3.53

*El apoyo familiar se determinó de acuerdo al puntaje obtenido en el instrumento de evaluación aplicado a cada paciente.

La percepción del apoyo familiar en el sexo masculino fue buena en 42.2% de los pacientes, en comparación con el sexo femenino en quienes fue buena en solo 38.8%. Sin embargo estadísticamente no hay diferencia entre la percepción de ambos grupos ($p=0.2$ con X^2) (tabla 7)

Tabla 7. Apoyo familiar a los pacientes con IRC y diálisis peritoneal por sexo

*Percepción del Apoyo Familiar	Hombres	Mujeres
	% n	%n
Bueno	42.2(27)	38.8(19)
Regular	51.6(33)	61.2(30)
Ningún	6.3(4)	0

DISCUSION:

La insuficiencia renal crónica continua incrementando sus cifras en forma anual, eso conlleva un aumento progresivo en el costo del tratamiento de la misma, entre ellos la diálisis peritoneal.

Valadez refiere que el apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos acepten la enfermedad y se adaptan a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. Vale la pena mencionar que si bien los enfermos hablan de que el apoyo familiar influye de manera positiva, también refieren una influencia negativa cuando la dinámica familiar no es favorable por ejemplo si no se recibe apoyo económico, el enfermo aprecia desinterés, pues para ellos parece ser que el aporte económico es una forma de ayuda que les permite sentir el interés de su familia hacia ellos. (21)

Arechabala y colaboradores (22), en su estudio sobre “Apoyo social percibido por un grupo de pacientes sometidos a diálisis peritoneal”, realizado en la Universidad Católica de Chile, concluyó que en general las mujeres perciben mayor apoyo social, principalmente de la familia, mientras que los hombres perciben mayor apoyo de los amigos. Destaca el hecho de que en la medida que aumenta la edad, el número de años en hemodiálisis crónica, disminuye la percepción de apoyo social (22). Al comparar los hallazgos generales de Arechabala con los de nuestro estudio, encontramos que a diferencia de lo mencionado por él, no observamos diferencia significativa en la percepción del apoyo familiar tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, al comparar los resultados por sexo, los resultados en los varones son muy semejantes a lo mencionado por él (32.4% bajo apoyo, 32.4 mediano apoyo y 35.1% alto, contra 42.2% bueno, 51.6% regular y 6.3% ningún apoyo en nuestros resultados); por otro lado, en las mujeres sí existe diferencia en

los resultados (18.4% bajo, 31.6% Mediano, 50% alto apoyo, contra 38.5% bueno y 62.2% regular apoyo de nuestros resultados).

Rodríguez Abrego y Col. (7) en un estudio donde relaciona la disfunción familiar con la insuficiencia renal crónica con pacientes del Estado de México, refiere que entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia. En nuestro estudio identificamos que el paciente percibe un buen apoyo de su familia en el 40.71%, muy semejante a lo que Rodríguez y Col reportan de su estudio, refieren que con la prueba estadística se identificó que la asistencia recibida por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar, y funcionalidad familiar se identificó en el 39% de las familias.

En este mismo estudio Rodríguez reporta que el promedio de edad de sus pacientes es de 53 ± 14 años, mientras que en nuestro estudio fue de 52.9 ± 15.9 ; el 75% tiene estudios de primaria, y 57.5%; casados 61% y 71.7%; perciben recursos económicos 43% y 42.5%; respectivamente, lo que nos reporta que los resultados son muy semejantes entre uno y otro en los años de edad y los recursos económicos que perciben, aunque son diferentes en el estado civil y la escolaridad, en nuestro estudio existe un mayor porcentaje de pacientes casados lo que pudiera influir en tener un mayor apoyo familiar, situación que no se comprobó ya que el apoyo en uno y otro estudio fue muy semejante.

En otro estudio realizado en Cancún México por Sandoval para evaluar la calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, reporta en las características demográficas de sus pacientes son: promedio de edad de 45 años, menor al promedio de los pacientes de nuestro estudio, casados 71% muy semejante a nuestro estudio, con escolaridad primaria que fue el mayor porcentaje 48% mientras que en nuestro estudio fue de 57.5%. (23)

CONCLUSIONES.

- La percepción del apoyo familiar en los pacientes con IRC en general fue regular en 55.76%, seguido de buena en 40.71% de éstos. Mientras que la percepción por sexo fue regular en 51.6% en hombres y 61.2% en mujeres; y buena en 42.2% en hombre y 38.8% en mujeres.
- El promedio de edad de los pacientes se encuentra en la sexta década de la vida aunque el 40.5% tiene percepciones económicas.
- La etapa del ciclo vital (clasificación de Geyman) de mayor proporción fue la etapa de Retiro y muerte en 54% de los pacientes.
- Se identificó como causas de la IRC: la diabetes mellitus en 16% de los pacientes, hipertensión arterial en 19.5% y ambas enfermedades en 63.7%.

XI.-BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barroto DG, Almeidad HJ, Lorenzo CA, Sat FA, Guerrero DC. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo. Rev Cubana Med. 2007; 46(3):7523
- 2.- Standards of Medical Care in Diabetes 2008. Diabetes Care. 2008; 31(suppl (1)):S12-S54.
- 3.- Caballero MS et al. Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, DPCAy automatizada. Archivos en Medicina Familiar. 2006;8(3):163-168.
- 4.- Pérez CC. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(3):237-40
- 5.- Reyes SA. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Tesis por el título de Master en Psicología de la Salud. Santiago de Cuba 2003.
- 6.- OMS. La salud y la Familia. Estudio sobre la demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud. Ginebra; OMS, 1978:34
- 7.- Rodríguez AG, Rodríguez AI. Disfunción Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Rev Med IMSS 2004;42(2):97-102
- 8.- Fernández OMA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med 2004;47(6):251-253.
- 9.- Mc Daniel S , Campbell T, Seaburn D. Family-Oriented Primary Care: a manual for medical providers. New York. Edit. Spriger- Verlag 1992.

10.- Méndez LDM, Gómez LVM, García RME, Pérez LJH, Navarrete EA. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS. 2004;42(4) 281-284.

11.- De los Ríos CJL; et al. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. Rev Med IMSS. 2004;42(5):379-385

12.- Haya C. Problemática social del paciente con insuficiencia Renal Crónica. URL disponible, en: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/encame/rociourubio>.

13.- Irigoyen CA.E. Nuevos fundamentos de medicina familiar. Editorial, medicina familiar mexicana. Año. 2004; tercera edición. Pag. 187.

14.- De los Ríos y cols. Quality of life in patients with diabetic nephropathy. Invest Educ Enferm. 2005; 23(1):34-41

15.- Ponencia del XXV Congreso de la sociedad Española de Enfermería Nefrológica -Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes con hemodiálisis crónica II Trimestre 2004, nº 14).

16.- Trujillo GJJ, Méndez GJA, Sierra PRC. Diagnóstico situacional de las afecciones de vías urinarias en la población derechohabiente del instituto mexicano de seguro social. Salud Comunitaria 1999, 3;1

17.- Fundación Mexicana del Riñón A.C. Disponible en:
<http://www.fundrenal.org.mx>

18.- Quiroz PJR, Castañeda LR, Ocampo BP, Pérez SL, Martínez GM, Diabetes tipo 2. Salud-Competencia de las familias. Rev Med IMSS 2002; 40 (3): 213-220.

19.- O'Brien ME. Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. Am J kidney Dis 1990; 15(3):209-214.

20.- Furr LA. Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: a review of the literature. Soc Work Health Care. 1998; 27(3):97-118

21.-Valadez FI et al. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud 2003; 3: 167-172.

22.-Arechabala MMC y cols. Apoyo social percibido por un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. Invest educ enferm July/Dec 2005; 23 (2): 34-41

23.-Sandoval JL, Ceballos MC, Navarrete NF, González HV, Hernández C. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007;45 (2): 105-109

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA Y HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR POR EL PACIENTE CON DIALISIS PERITONEAL.

Nombre del paciente _____

No. IMSS _____

Edad en años _____ Sexo: M ___ F ___

Edo. Civil. Casado _____ Soltero _____

Divorciado _____ Viudo _____

Ocupación: Obrero _____ Empleado _____ Profesionista _____ Ama
de casa _____ otros _____

Tabaquismo 1(si) 2(no) Alcoholismo 1(si) 2(no)

Otras adicciones 1(si) 2(no)

Escolaridad: Analfabeta ___ Primaria ___ Secundario ___ Preparatoria _____

Licenciatura o más _____

Nivel socioeconómico:

Bajo _____ Medio _____ Alto _____

Tiempo con el servicio del IMSS en forma continua _____

Diagnóstico (causa de la IRC) _____

Tiempo desde el diagnóstico en años/meses desde el Dx de IRCT _____

Tiempo de evolución con diálisis peritoneal _____

Número de sesiones de diálisis por semana _____

Número de elementos del núcleo familiar. _____

Etapas del ciclo vital familiar según Geyman:

Fase de Matrimonio _____ fase de Expansión _____ fase de dispersión

_____ fase de independencia _____ fase de retiro y muerte _____

Crisis familiares. Si ___ No ___

Número de compañía al servicio médico: _____

COMORBILIDADES	SI	NO
HTA	-----	-----
DM I	_____	_____
DM 2	_____	_____
GLOMERULONEFRITIS	_____	_____

A continuación le solicitamos conteste las preguntas que le haremos.

1. ¿Cómo te sentiste cuando le dijeron que te iban a hacer la diálisis peritoneal?
 Enojado _____ Triste _____ Alegre _____ indiferente _____

2. La familia al saber de mi enfermedad y el tratamiento de la diálisis peritoneal, me mostró:
 Indiferencia _____ Apoyo (4) _____

3. Cuándo acudes a la consulta, ¿quién te acompaña?

 Si es un familiar preguntar quién de la familia lo acompaña (4) _____

4. Cuando le acompañan a la consulta, ¿Cómo se siente Ud.?
 Enojado1 _____ Triste2 _____ Alegre4 _____ indiferente3 _____

5. El familiar que acude con usted a la consulta, ¿cómo percibe usted, que se siente él?
 Enojado1 _____ Triste2 _____ Alegre4 _____ como siempre3 _____

6. ¿Su familia está al pendiente de las citas de consulta Médica?
 Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

7. Su familia lo apoya en casa, para realizar el recambio de diálisis peritoneal:
 Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

8. ¿Su familia le recuerda del horario de la toma de sus medicamentos?
 Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

9. ¿En caso de no contar con el medicamento, su familia lo compra?

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

10. ¿Su familia le elabora los alimentos según las indicaciones de su médico?

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

11. Su familia le hace compañía en casa:

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

12. Ud. siente que es una carga para su familia:

Siempre0 ___ Casi siempre1 ___ A veces2 ___ Casi nunca3 ___ Nunca4 ___

13. Su familia manifiesta molestia por tener que apoyarlo en su enfermedad:

Siempre0 ___ Casi siempre1 ___ A veces2 ___ Casi nunca3 ___ Nunca4 ___

14. Ud. se siente menor carga de la enfermedad porque su familia lo ayuda

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

15. Ud. se siente ignorado por su familia desde el inicio del tratamiento

Siempre0 ___ Casi siempre1 ___ A veces2 ___ Casi nunca3 ___ Nunca4 ___

16. Su familia comparte las actividades recreativas con usted:

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

17. Si usted realiza quehaceres en el hogar, su familia lo (la) apoya

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___
NA ___

18. En caso de necesitar ayuda para su aseo personal, su familia lo ayuda:

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___
NA ___

19. Su familia le pregunta de su estado de salud y/o tratamiento al médico ó a la enfermera:

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

20. Ud siente que el apoyo de su familia es suficiente para ayudarlo en su tratamiento

Siempre4 ___ Casi siempre3 ___ A veces2 ___ Casi nunca1 ___ Nunca0 ___

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente declaro que he decidido participar de forma voluntaria en el estudio de investigación llamado **“Percepción del apoyo familiar por el paciente con diabetes mellitus e hipertensión arterial y diálisis peritoneal continua ambulatoria”** .Declaro que he sido informado del objetivo y procedimiento del estudio, así como que, los datos que proporcione serán manejados con confidencialidad y respeto. Me han informado claramente que se me resolverá cualquier duda durante y después del proceso.

Paciente

Nombre _____

Firma _____

Investigador responsable:

Nombre _____

Firma _____

Lugar y fecha: _____