

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**IMSS  
UNIDAD ACADÉMICA  
H.G.Z. No. 49, LOS MOCHIS, SINALOA**

**IMPACTO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS FAMILIARES DE  
LOS PACIENTES TRATADOS CON HEMODIÁLISIS, EN EL HGZ #  
49, DE LOS MOCHIS, SINALOA**

**PRESENTA:  
DR. PEDRO PABLO MORALES BARRERAS**

**ASESOR  
DR. FEDERICO ARTURO FÉLIX MÉNDEZ.**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN HGZ  
No.49, DE LOS MOCHIS, SINALOA.**

**DIRECTOR DE TESIS:  
M.C. PAULA FLORES FLORES**



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.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**“Debido a la alta incidencia local, nacional e internacional de pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, en nuestro país, que para 1999 la incidencia de nuevos casos se calculó en 2.9 por mil habitantes; la prevalencia en el año 2000 se estimó en 7-9 % y constituyó la principal causa de muerte, ha sido motivo de que instituciones como el HGZ # 49, de los Mochis, Sinaloa, cuente con una área para tratamiento ambulatorio para dichos pacientes, los cuales acuden del área de influencia de este hospital norte de Sinaloa y sur del estado de Sonora. La frecuencia en este HGZ # 49 es de 111 pacientes y hemos observado que cada paciente viene acompañado de 1 ó más familiares, es por eso que quisiéramos determinar la dinámica familiar de los pacientes con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.**

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿Qué repercusiones en la dinámica familiar presentan los Familiares de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el HGZ No. 49 del IMSS de los Mochis, Sinaloa?**

## **MARCO TEÓRICO**

**La introducción de la técnica de diálisis y hemodiálisis, que ahora sustenta la vida de cerca de un millón de personas a lo largo del mundo, es el producto de la interacción entre los conceptos científicos y el empeño de unos pocos individuos, que con vigor y tenacidad se enfrentaron a los inconvenientes iniciales.**

**El francés René Dutrochet (1776-1847) fue aclamado como el “gran padre” intelectual de la diálisis por sus estudios sobre la transferencia del agua, hacia y desde las células (descripción realizada por primera vez), como también a través de membranas de animales.**

**Thomas Graham (1805-1869) médico-químico, a menudo denominado el “padre de la diálisis clínica; su vida y trabajos son expuestos en detalle por Gottschalk y Fullner.**

**En 1969, se establece como tratamiento primordial en la Insuficiencia renal crónica y aguda: la Hemodiálisis. (1)**

**Si bien la hemodiálisis demostró desde su introducción por Kolff en 1947, ser una terapéutica realmente capaz de reducir la**

**mortalidad por insuficiencia renal, en 1977 Kramer, tras un hecho fortuito, revolucionó el tratamiento de pacientes críticamente enfermos con insuficiencia renal aguda, al puncionar la arteria femoral y conectar un circuito de diálisis al que aplicó los principios de la ultrafiltración y logró la extracción de volúmenes de ultrafiltrado entre 200 y 600 ml/h. Este método se difundió por los países como Alemania, Inglaterra y los Estados Unidos de Norteamérica. (2)**

**Los adelantos de la hemodiálisis en los últimos 20 años, se puede mencionar accesos vasculares el “Shunt” arteriovenoso de Scribner y Dillon, en 1960-1962, el Bulsemeier, el femoral de Shaldon en 1961 y posteriormente el de Thomas en 1968 y los Rectos de Ramírez se desarrollaron en las décadas 60 y 70. Se suman a ellos los trabajos de Uldall de 1979 en la anulación Subclavia con doble lumen en el Toronto Hospital de Canadá. Desde 1976 en que Johnson y Goldfarb la desarrollan, y hasta nuestros días se emplea el politetrafluoro expandido como prótesis vascular para diálisis. (3)**

**Las causas más frecuentes de insuficiencia renal crónica son la glomerulopatía diabética, la nefroesclerosis por hipertensión**

**arterial, las glomerulonefritis, las colagenopatías, nefropatías obstructivas, poliquistosis renal, vasculopatías y nefropatías por tóxicos. (4).**

**En el mundo actualmente existen cerca de 1 000 000 de portadores de esta entidad de hemodiálisis.**

**El costo de pacientes en hemodiálisis en el mundo es de 1, 3 millones de dólares por 1 000 pacientes. En los Estados Unidos**

**Existen más de 200 000 personas con insuficiencia renal crónica terminal que reciben tratamiento dialítico y**

**Aproximadamente, 70 000 pacientes con trasplante renal funcional. Un número similar de casos, inician anualmente Tratamiento sustitutivo de la función renal. (5)**

**La hemodiálisis se basa en los principios de la difusión de solutos a través de la membrana semipermeable. El movimiento de productos metabólicos de desecho ocurre a lo largo de un gradiente de concentración desde la circulación sanguínea hacia el líquido de diálisis. La velocidad de transporte por difusión aumenta en respuesta a diversos factores como magnitud del gradiente de concentración, área de superficie de la membrana y coeficiente de transferencia de masa de la membrana. Conforme a las leyes de la difusión, cuanto mayor es**

**la molécula, tanto menor es la velocidad de transferencia a través de la membrana. Una molécula pequeña como la urea, 60 Da, experimenta depuración considerable, mientras que la eliminación de una molécula mayor, como la creatinina 113 Da, es mucho menos eficiente. Además de la depuración por difusión, el movimiento de materiales tóxicos (urea) de la circulación al líquido de diálisis puede ocurrir como consecuencia de la ultrafiltración. (6)**

**Por un lado, la hemodiálisis exige un flujo sanguíneo constante de una membrana semipermeable, con una solución limpiadora, o por el otro lado, dializado. La difusión y la convección permiten que la solución de diálisis retire sustancias indeseables de la sangre al tiempo que agrega los componentes necesarios. El acceso vascular para la hemodiálisis puede establecer mediante una fístula arteriovenosa (el método preferible) o un injerto de material protético, los catéteres permanentes deben considerarse como medidas temporales. Las fístulas con tejido propio del paciente duran más que las derivaciones con material protético, pero requieren más tiempo (seis a ocho semanas después de la intervención) antes**



**de poder usarse. Las complicaciones más frecuentes**

**De los injertos y las fístulas son la infección, la trombosis y los aneurismas. El agente infeccioso más común es el staphylococcus áureos.**

**Por lo general, los sujetos requieren hemodiálisis 3 veces por semana. Las sesiones duran de 3 a 5 horas, según sea el tamaño del paciente, el tipo de dializador y otros factores. (7)**

**Se extrae la sangre del paciente a través de un acceso vascular adecuado y se bombea a una unidad de membrana. El compartimiento del dializado de la unidad de membrana está sometido a una presión negativa respecto del compartimiento de la sangre, lo que permite la ultrafiltración hidráulica del exceso de líquido a través de la membrana. La sangre dializada vuelve a ser introducida en el paciente mediante un sistema de tubos con un protector frente a los émbolos aéreos. (8)**

**A pesar de las medidas implementadas de bioseguridad, las infecciones virales y bacterianas continúan siendo una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, muchas de**

**ellas serían prevenibles por vacunación. La incidencia de neumonía en pacientes en diálisis es de 4.9 episodios por 1000/p mes, 53% de ellas provocadas por neumococo.**

**Los pacientes en hemodiálisis infectados por virus B desarrollan hepatopatías con alto grado de cronicidad y progresión. (9)**

**Estudios realizados en los últimos 5 años han confirmado que la detección precoz y la remisión adecuada a nefrología de los pacientes con enfermedad renal crónica mejoran la morbilidad a largo plazo y disminuyen los costos tanto para el paciente como para el sistema sanitario ya que permiten: identificar precozmente causas reversibles de insuficiencia renal, disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad renal, reducir la morbi-mortalidad cardiovascular asociada a la insuficiencia renal, reducir las instancias hospitalarias y disminuir los costos sanitarios asociados a la enfermedad renal crónica. (10).**

**Durante la hemodiálisis se presentan múltiples cambios hemodinámicas, metabólicos inmunológicos: Hipotensión 20 a 30%, calambres 5 a 20%, náuseas y vómito 5 a 15%, cefalalgias 5%, dolor de espalda 2 a 5%, prurito 5%, y fiebre y escalofríos**

**<1%. (11)**

**La hipoglicemia en pacientes con insuficiencia renal avanzada.**

**Es la complicación más frecuente del tratamiento**

**farmacológico de la diabetes, caracterizada por el descenso de**

**las cifras de glucemia por debajo de 50mg /dl . En los pacientes**

**con insuficiencia renal avanzada, o en tratamiento sustitutivo el**

**riesgo de hipoglucemia se halla aumentado.**

**Los síntomas y signos se deben por 3 mecanismos diferentes:**

**1. Síntomas debidos a respuesta adrenérgico: inquietud,**

**ansiedad, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia,**

**palidez, debilidad, temblor, hambre se presentan con valores de**

**glucemia aproximados de 54 mg/dl**

**2. Síntomas colinérgicos: sudoración abundante.**

**3. Síntomas debidos a la afectación del sistema nervioso**

**central por neurogluopenia: cefalea, lentitud, dificultad para**

**hablar, diplopía, visión borrosa, visión doble, somnolencia,**

**confusión mental, comportamiento anormal, delirio,**

**negativismo, psicosis, convulsiones, focalidad neurológica. (12)**

**La diabetes mellitus constituye, uno de los mayores factores de**

**riesgo para enfermedad renal crónica, de acuerdo a**

**estimaciones prospectivas, se calcula que 170 millones de**

**personas en el mundo se encuentran afectadas por la**

**enfermedad cifra que llegará alrededor de 370 millones de**

**personas para el año 2030.**

**En nuestro país, para 1999 su incidencia de nuevos casos se calculó en 2.9 por 1000 habitantes; la prevalencia para el año 2000 se estimó en 10.7% y constituyó la principal causa de muerte, además se ha apreciado un aumento de pacientes diabéticos menores de 40 años. En el instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2003, la diabetes mellitus tipo 2 ocupó el primer lugar como motivo de consulta de medicina familiar. (13)**

**la insuficiencia renal terminal cursa habitualmente con hipertiroidismo, secundario a una disminución en la síntesis renal de 1,25 dihidroxivitamina D3 o calcitriol, habitualmente ocurre en etapas tempranas de falla renal, a medida que progresa y cae la filtración glomerular se retiene fósforo, esto se puede evitar con la administración temprana de suplementos de calcio, el uso de quelante de fósforo y la administración de vitamina D3, a dosis pequeñas atenúan o evitan el crecimiento de las glándulas paratiroides.(14)La insuficiencia renal crónica está asociada con múltiples disturbios endocrino metabólicos. La anemia constituye un síntoma cardinal de la insuficiencia renal crónica. La administración de la eritropoyetina recombinante humana,**

**aparece como alternativa y solución de la anemia renal, a partir de su desarrollo por técnicas de ingeniería genética en 1986 en que se demuestra su eficacia y tolerancia, la consiguiente erradicación de las necesidades transfusionales para estos enfermos y se comenzaron a establecer efectos beneficiosos en el sistema hematopoyético, hemostasis y coagulación, sistema inmune, estado nutricional, función endocrina y sistema nervioso periférico, lo que mejora la calidad de vida de estos enfermos. (15).**

**La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativos respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al paciente. (16).**

**En la unidad de medicina familiar # 66 del IMSS de Xalapa, Veracruz, México. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de salud familiar y los instrumentos de evaluación del subsistema conyugal y FACES III, aplicados a familias adscritas a esa unidad, durante el el período de marzo 2003 a diciembre 2004. Se incluyeron 103 diagnósticos de salud familiar, de acuerdo a la tipología familiar 82% fueron integradas, 82% nucleares, 51% tradicionales, 86% urbanas y 75% empleadas. Con respecto a la dinámica familiar el 65% de las familias presentó comunicación directa, el 64% límites claros y el 48% jerarquía recíproca con autoridad. De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, encontramos el 52% de parejas funcionales, 39% de las parejas moderadamente disfuncionales y el 9% severamente disfuncionales. Los resultados del FACES III, revelaron 43% de las familias en rango medio, el 41% de las familias balanceadas el 16% de familias extremas**

**La comunicación directa predominó en las familias balanceadas, mientras que enmascarada en las de rango medio y la desplazada en las extremas. En cuanto a los límites éstos fueron claros en las familias balanceadas, difusos en las de rango medio y rígidos en las familias extremas**

**Observándose la comunicación directa, y los límites claros predominaron en las familias funcionales y balanceadas. (17)**

**En México la diabetes mellitus y la hipertensión arterial se Ubican en los primeros sitios de morbilidad y mortalidad nacional con tasas de prevalencia de 100,000 habitantes es de 11.27 y 15.9 respectivamente la insuficiencia renal crónica es una complicación común de estas patologías, reportes emitidos por el IMSS, señalan que el 62% de los pacientes tienen como origen esas causas. Esta considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y la familia. En el plano familiar generan las enfermedades crónicas un alto grado de estrés.**

**Estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidos en la familia, por la centralidad familiar que adquiere el enfermo. Cuando el padre es el enfermo uno de los hijos adquiere la jerarquía y cuando el enfermo es uno de los hijos, algo parecido sucede, pues al de los otros hijos adquiere la función del padre cuidador. En la república mexicana el Hospital Infantil de México es pionero en el estudio del funcionamiento de la familia con hijos portadores de síndrome urémico secundario a insuficiencia renal crónica, los resultados**

**encontrados señalan que el 20% de las familias presentaron alteración en su funcionamiento. (18).**

**Mediante un estudio prospectivo, transversal y comparativo abierto se estudiaron 300 pacientes diabéticos Tipo 2 en una unidad de medicina familiar del IMSS. Se evaluó La funcionalidad familiar con el Apgar familiar. Se consideró que existía funcionalidad familiar cuando el instrumento aplicado mostró resultados entre 7 y 10, y disfunción familiar cuando fueron de cero a seis. En este estudio se observa que la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético. (19)**



## **JUSTIFICACIÓN**

**En vista de que la insuficiencia renal crónica, etapa final a la que llegan algunas enfermedades crónicas degenerativas y otras en forma aguda que pueden llegar al deterioro de las funciones renales y siendo su prevalencia de 7-9%, cifras estimadas en los Estados Unidos de Norte America, que para el año de 2010 habría más de 350, 000 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, con tratamiento con diálisis o hemodiálisis, esto, forzosamente tiende a producir impacto en la dinámica familiar. Por lo que se busca establecer, en que forma el médico familiar pueda intervenir, para mejorar ese impacto en la dinámica familiar de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, en este HGZ # 49, de Los Mochis, Sinaloa, México, en el que no se cuenta con antecedentes de este tipo de estudio. Las repercusiones de la enfermedad crónica, en el individuo no solo se refieren a sentimientos desagradables como ansiedad, depresión, rechazo, frustración o conflicto; sino que también perturban las relaciones interpersonales y la dinámica familiar por la pérdida de la autoestima de la motivación o de la autonomía o bien por la incapacidad, a veces por el abandono o la falta de apoyo.**

## **OBJETIVO GENERAL**

**Determinar el impacto en la dinámica familiar de los familiares de los pacientes con insuficiencia renal crónica, tratados con hemodiálisis, en el HGZ # 49 de Los Mochis, Sinaloa, mediante encuestas domiciliarias y en el mismo hospital, así como instrumentos de evaluación de Método de Graffar y Faces III**

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**Establecer el índice de disfunción familiar en las familias de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el HGZ # 49 de Los Mochis, Sinaloa, así mismo se registrarán las características sociodemográficas de la población en estudio.**

## **METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

**Prospectivo**

**Transversal**

**Descriptivo**

**Observacional**

**POBLACIÓN OBJETIVO:** La Ciudad de Los Mochis, se localiza al norte del estado de Sinaloa, en la llanura costera del Pacífico, a la entrada del golfo de California, en el valle del fuerte en el noroeste de México. Su población consta de 400,000 habitantes, la principal fuente es la agricultura en la periferia de su áreas de influencia y campo industrial en su zona urbana. Aquí se encuentra localizado el HGZ No. 49 del IMSS y en el el modulo de hemodiálisis que será el lugar donde se encuestara al universo de la población que acuda al mencionado servicio. Tomando como referencia que sean mayores de 15 años y asistan acompañados de un familiar como mínimo.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** Familiares de 111 pacientes con Insuficiencia renal crónica, tratados con hemodiálisis en el HGZ

**# 49 de Los Mochis, Sinaloa. Con fístula arteriovenosa; 54 y con catéter; 57.**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

**Se incluirán a los pacientes y familiares que acudan a recibir atención médica especializada y que estén en tratamiento con hemodiálisis y que deseen participar en el estudio.**

**A los pacientes mayores de 15 años.**

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: A los pacientes menores de 15 años y a los pacientes en etapa terminal. A los cuestionarios que no sean llenados correctamente o sus respuestas no sean legibles y a las personas que no deseen participar.**

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Familias o pacientes que inicien y que no deseen o no puedan continuar en el estudio.**

## **DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO**

**Con una hoja de recolección de datos se obtendrá el sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación presencia o no de adicciones, nivel socioeconómico, disfunciones familiares, tiempo de evolución de enfermedad, estructura familiar, serán colectados de los pacientes y familiares de nuestra población objetivo. Se plasmaran en una hoja maestra donde se cruzara información para su análisis.**

**Estas actividades las elaborará el investigador responsable:**

**Con entrevistas y encuestas a los familiares de los pacientes en Hemodiálisis, en el hospital, en donde se apoyará con el personal de enfermería en turno.**

## VARIABLES DE ESTUDIO

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Edad</b>	<b>Edad cronológica</b>	<b>Número años</b>	<b>Número nominal</b>
<b>Género</b>	<b>Características fenotípicas</b>	<b>Masculino/Femenino</b>	<b>Nominal</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>Grado máximo de estudios escolares</b>	<b>Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Bachiller incompleto Bachiller completo Técnico Licenciatura incompleta Licenciatura completa</b>	<b>Nominal</b>
<b>Estado civil</b>	<b>Estado legal de la relación Existente de la pareja</b>	<b>Casado, soltero, viudo, Divorciado o unión libre</b>	<b>Nominal</b>
<b>Estructura familiar</b>	<b>Familia estructurada por la tipología familiar, conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran el grupo familiar</b>	<b>Con base al parentesco pueden ser: nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida (bi nuclear) monoparental, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta, no parental.</b>	<b>Nominal</b>
<b>Ocupación</b>	<b>Tipo de trabajo, que la persona realiza</b>	<b>Profesión del jefe de la familia: 1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo. 2. Profesionista técnico, mediano comerciante. 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa. Obrero especializado: tractorista, taxista. 5. Obrero no especializado,</b>	<b>Nominal</b>

		servicio doméstico.	
--	--	---------------------	--

**VARIABLES DE ESTUDIO (CONTINÚA)**

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Adicciones</b>	<b>Estará por el consumo De sustancias nocivas para la salud</b>	<b>Alcoholismo, Tabaquismo, Otras drogas</b>	<b>Nominal</b>
<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Estará dada por la Escala de Graffar</b>	<b>1. Estrato alto 2. Medio alto 3. Medio bajo 4. Obrero 5. Marginal</b>	<b>Nominal ordinal</b>
<b>Grado de Disfunción familiar</b>	<b>Estará dada por los Resultados del Faces III Considerando a la Comunicación, límites, Jerarquías, adaptabilidad Y cohesión</b>	<b>Pareja gravemente Disfuncional, Pareja moderadamente disfuncional. Pareja funcional Por cohesión No relacionad Semirrelacionada Relacionada Aglutinada. Por adaptabilidad Rígida Estructurada Flexible Caóticas</b>	<b>Nominal ordinal</b>
<b>Tiempo de Evolución de la enfermedad</b>	<b>Tiempo transcurrido Desde el inicio del Padecimiento a la Fecha de la encuesta</b>	<b>Los años en números enteros</b>	<b>Numérica</b>

**DISEÑO ESTADÍSTICO**

Muestreo: No probabilístico a conveniencia.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

**Se realizarán las encuestas en nuestra población objetiva los resultados que se obtengan se analizarán para las variables numéricas, se sacará el promedio, el rango y la desviación estándar.**

**Mientras que para las variables nominales será la frecuencia y porcentaje.**

**Los resultados se procesarán por medio gráficas y cuadros.**

## **RECURSOS**

**HUMANOS: Médico familiar, asistente, enfermería**

**FISICOS: Unidad de hemodiálisis del HGZ No.49**

## **FINANCIEROS: PRESUPUESTO**

**El gasto que implique el estudio, materiales: papel, tinta, lápiz, pluma, borrador, hoja de recolección de datos, computadora, copiadora, y los recursos humanos, asistentes, enfermeras de apoyo, serán sufragados por el investigador.**



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**DE OCTUBRE DEL 2008 A JUNIO 2009**

2008/2009	Octubr e	Nov .	Dic .	Ener o	Febrer o	Marz o	Abri l	May o	Juni o
Rev. de literatura	x	x	x						
Elab. de protocolo				x					
Solicitud Del autor al Comité de investigación					x				
Revisión de encuestas						x	x		
Procesamiento De datos								x	
Presentación De resultados									x

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

**El presente estudio no interfiere en los principios básicos establecidos en el código internacional de ética médica, la asociación médica mundial y la declaración de Helsinki, por lo que considero puede ser elaborado.**

**Los datos serán confidenciales.**

**Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.**

## **CAPITULO I**

### **Disposiciones comunes**

**ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.**

**1.- Investigación sin riesgo: son estudios que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y aquéllos en los que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran. Cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros,**

**en los que no se identifique ni se traten aspectos  
sensitivos de su conducta.**

**ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento  
informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el  
sujeto de investigación o, en su caso, su representante  
legal autoriza su participación en la investigación, con  
pleno conocimiento de la naturaleza de los  
procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la  
capacidad de libre elección y sin coacción alguna.**

## **Anexos**

**Método de Graffar. En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los siguientes niveles en que se subdivide cada variable.**

**Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la siguiente tabla**

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>04-06: 1 Estrato alto</b>				
<b>07-09 2 Medio alto</b>				
<b>10-12 3 Medio baja</b>				
<b>13-16: 4 Obrero</b>				
<b>17-20 5 marginal</b>				

**Las cuatro variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:**

**Profesión del jefe de la familia**

**Nivel de instrucción de la madre**

**Principal fuente de ingresos**

**Condiciones de la vivienda**

**Profesión del jefe de la familia:**

- 1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.**
- 2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de pequeña industria, etc.**
- 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa**
- 4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.**
- 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.**

**Nivel de instrucción de la madre**

- 1. Universitaria o equivalente**
- 2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa**
- 3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)**
- 4. Educación primaria completa**
- 5. Primaria incompleta, analfabeta**

### **Principal fuente de ingresos**

- 1. Fortuna heredada o adquirida recientemente /grandes negocios, juegos de azahar).**
- 2. Ingresos proveniente de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.**
- 3. Sueldo quincenal mensual.**
- 4. salario diario o semanal**
- 5. Ingresos de origen público o privado (subsidios).**

### **Condiciones de la vivienda**

- 1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias**
- 2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias**
- 3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias**
- 4. vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias**

**5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho  
o de construcción relativamente sólida pero con deficientes  
condiciones sanitarias**

**FACES III**

**Nombre**-----

**Edad**----- **Sexo** ----- **Estado civil** -----

**Escolaridad** ----- **Fecha** -----

	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>siempre</b>
<b>1. Los miembros de la familia se apoyan entre si</b>					
<b>2. En nuestra familia, se toma en cuenta las sugerencias de los hijos</b>					
<b>3. aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia</b>					
<b>4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina</b>					



	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>5. nos gusta convivir solo con nuestros familiares cercanos</b>					
<b>6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad</b>					
<b>7. nos sentimos más unidos entre nosotros que que con personas que no son de nuestra familia</b>					
<b>8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas</b>					
<b>9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia</b>					

<b>10. padre e hijos se ponen de acuerdo en relación de los castigos</b>					
	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>11. Nos sentimos muy unidos</b>					
<b>12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones</b>					
<b>13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente</b>					
<b>14. En nuestra familia las reglas cambian</b>					
<b>15. Con facilidad podemos planear actividades con la familia</b>					

	<b>Nunca</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>16 Intercambiamos Los quehaceres del hogar entre nosotros.</b>					
<b>17 Consultamos unos con otros para la toma de decisiones</b>					
<b>18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad</b>					
<b>19. La unión familiar es muy importante</b>					
<b>20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar</b>					

## MODELO CIRCUNFLEJO. FACES III

### 16 TIPOS DE FAMILIAS

<b>FACES III. Puntaje lineal e interpretación</b>							
<b>cohesión</b>			<b>Adaptabilidad</b>			<b>Tipo de familia</b>	
<b>8</b>	<b>50</b>	<b>Aglutinados</b>	<b>8</b>	<b>50</b>	<b>Caótica</b>	<b>8</b>	<b>Balanceada</b>
	<b>48</b>			<b>41</b>			
<b>7</b>	<b>45</b>		<b>7</b>	<b>40</b>		<b>7</b>	
	<b>43</b>			<b>30</b>			
<b>6</b>	<b>42</b>	<b>Relacionados</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>Flexible</b>	<b>6</b>	<b>Moderada Mente balanceada</b>
	<b>41</b>			<b>25</b>			
<b>5</b>	<b>42</b>		<b>5</b>	<b>26</b>		<b>5</b>	
	<b>41</b>			<b>25</b>			
<b>4</b>	<b>40</b>	<b>Semirrelacionados</b>	<b>4</b>	<b>24</b>	<b>Estructurada</b>	<b>4</b>	<b>Rango medio</b>
	<b>38</b>			<b>23</b>			
<b>3</b>	<b>37</b>		<b>3</b>	<b>22</b>		<b>3</b>	
	<b>35</b>			<b>20</b>			
<b>2</b>	<b>34</b>	<b>No relacionados</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>Rígida</b>	<b>2</b>	<b>Extrema</b>
	<b>25</b>			<b>15</b>			
<b>1</b>	<b>24</b>		<b>1</b>	<b>14</b>		<b>1</b>	
	<b>10</b>			<b>10</b>			

	No relacionadas	Semi Relacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
<b>Caótica</b>					
<b>Flexible</b>					
<b>Estructurada</b>					
<b>Rígida</b>					
<b>Total</b>					
<b>%</b>					

### **La calificación en FACES III**

- **La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems NONES.**
- **La calificación en ADAPTABILIDAD es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems PARES.**

### **Calificación FACES III**

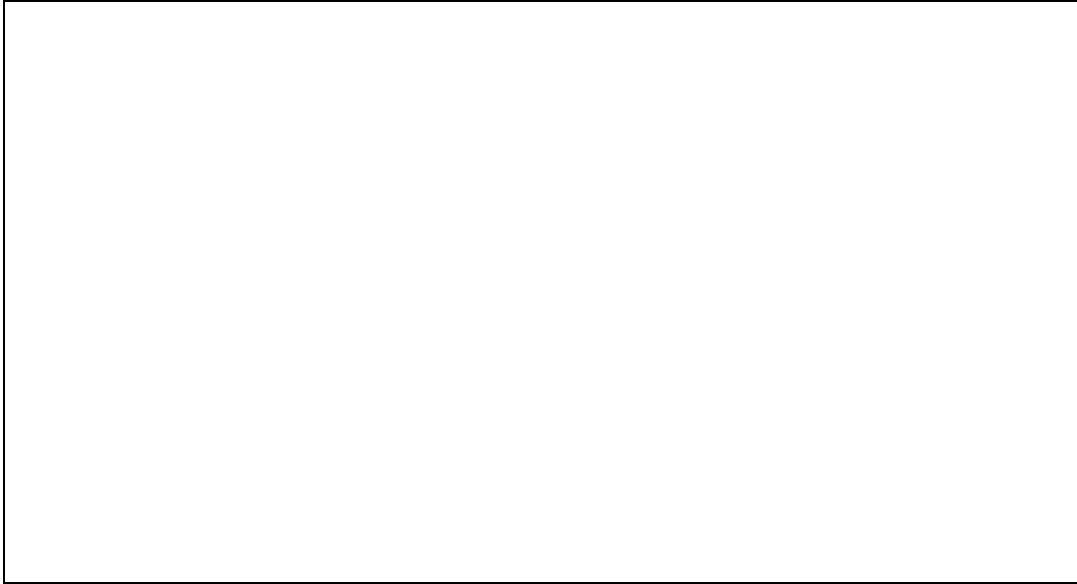
<b>TABLA 1</b>	
<b>COHESIÓN</b>	<b>AMPLITU DE CLASE</b>

<b>No relacionada</b>	<b>10-34</b>
<b>Semirrelacionada</b>	<b>35-40</b>
<b>Relacionada</b>	<b>41-45</b>
<b>Aglutinadas</b>	<b>46-50</b>

<b>TABLA 2</b>	
<b>ADAPTABILIDAD</b>	<b>AMPLITUD DE CLASE</b>
<b>Rígida</b>	<b>10-19</b>
<b>Estructurada</b>	<b>20-24</b>
<b>Flexible</b>	<b>25-28</b>
<b>Caótica</b>	<b>29-50</b>

### **HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

<b>Edad</b>	<b>Género</b>	<b>Esc.</b>	<b>Edo. civil</b>	<b>Estruc familiar</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Adicciones</b>	<b>Nivel Socioec.</b>	<b>Grado De disf. familiar</b>	<b>Tiempo De Evo.</b>



## **CUESTIONARIO**

<b>Edad</b>	
<b>Género</b>	
<b>Escolaridad</b>	
<b>Estado civil</b>	
<b>Estructura familiar</b>	
<b>Ocupación</b>	
<b>Adicciones</b>	

<b>Nivel socioeconómico</b>	
<b>Grado de disfunción familiar</b>	
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>	

**Resultados:**

**De las 75 familias encuestadas el rango de edad fue de entre 17 y 77 años con un promedio de 45.8 años con una desviación estándar de +/-10.18**

**En cuanto al grado de escolaridad, se encontró, que los grupos más afectados fueron los que tenían un nivel de escolaridad, abajo de secundaria, con 55 casos, que corresponde al 77 %, de los cuales, el más afectado fue el que contaba con secundaria**



**completa con 19 casos, que corresponde al 25.3 %. Le siguen los grupos de primaria completa e incompleta con 14 casos cada uno, que corresponden al 18.6 % de cada grupo.**

**En cuanto al estado civil: se encontró, que 51 casos, que corresponden al 68 %, estaban casados, 12 de los casos estaban solteros, que corresponden al 16 %, 6 de los casos, eran viudos, que corresponden al 8 %, 5 de los encuestados, vivían en unión libre, que corresponde al 6.6 %. Uno de los casos, que corresponde al 1.3 %, era divorciado.**

**En cuanto a la estructura familiar:**

**Los casos más elevados fueron; familia nuclear numerosa con 32 casos, que correspondió al 42.6 % de todos los casos.**

**Seguido de la familia nuclear simple con 31 caso que corresponde al 41.3 % de todos los casos. Se encontraron 8 casos de familias monoparentales que corresponden al 10.6 %.**

**También se encontraron 3 casos de familias nucleares extensas, que corresponde al 4%. Y un caso de persona que vive sola, divorciada, que corresponde al 1.3%**

**En cuanto a la ocupación:**

**El mayor número de casos se presentó en pacientes dedicados al servicio doméstico, con 30 casos, que corresponde al 40 %,**

**seguido por obreros no especializados con 24 casos que corresponden al 32 %. Entre obreros especializados, comerciantes y nivel licenciatura, se encontraron 19 casos, que corresponden al 25.3 % de los casos. Solo 2 de los encuestados eran estudiantes, que corresponde al 2.6 % de los casos.**

**En cuanto a las adicciones:**

**Se encontró, que en 7 de los casos, que corresponden al 9.3 %, tenían adicción al tabaco.**

**En cuanto al nivel socioeconómico:**

**Tomando como referencia la valoración de Graffar, se encontró que entre el nivel marginal, obrero y medio bajo, que corresponde a 70 casos, con el 93.3 % de todos los casos. Y sólo 5 de los casos tenían un nivel medio alto, que corresponde al 6.6 %. En nuestros encuestados, no hubo ningún caso con nivel socioeconómico alto.**

**En cuanto al grado de disfunción familiar:**

**De acuerdo al modelo circunflejo Faces III, se encontró que las familias más frecuentemente afectadas fueron las caóticas aglutinadas con 25 casos, que corresponden al 20 % de los casos. Seguida de las caóticas relacionadas con 11 casos, que corresponden al 14.6 %.**

## **Las caóticas semirrelacionadas y las flexibles**

**semirrelacionadas se presentaron con 8 casos cada una, que corresponden al 10.6 % de cada una. Siete familias fueron flexibles relacionadas, que corresponden al 9.3 % de los casos. Se encontraron familias flexibles no relacionadas y estructuradas no relacionadas con 5 casos en cada una, que corresponden al 6 % de cada grupo mencionado. Se encontraron 3 casos de familias rígidas relacionadas, que corresponden al 4 %. Como estructuradas semirrelacionadas, como rígidas no relacionadas y como rígidas semirrelacionadas, se encontraron 2 casos, en cada uno de esos grupos, que les corresponde, así mismo el 2.6 % a cada uno de ellos.**

**Se encuentran estructuradas relacionadas, estructuradas aglutinadas y caóticas no relacionadas, con un caso cada una de ellas, así mismo correspondiendo al 1.3 % a cada una de ellas. Se encontraron 4 casos de flexibles aglutinadas, que corresponden al 5.3 % de los casos**

-

## **APGAR FAMILIAR**

**Aplicado a las 75 familias encuestadas.**

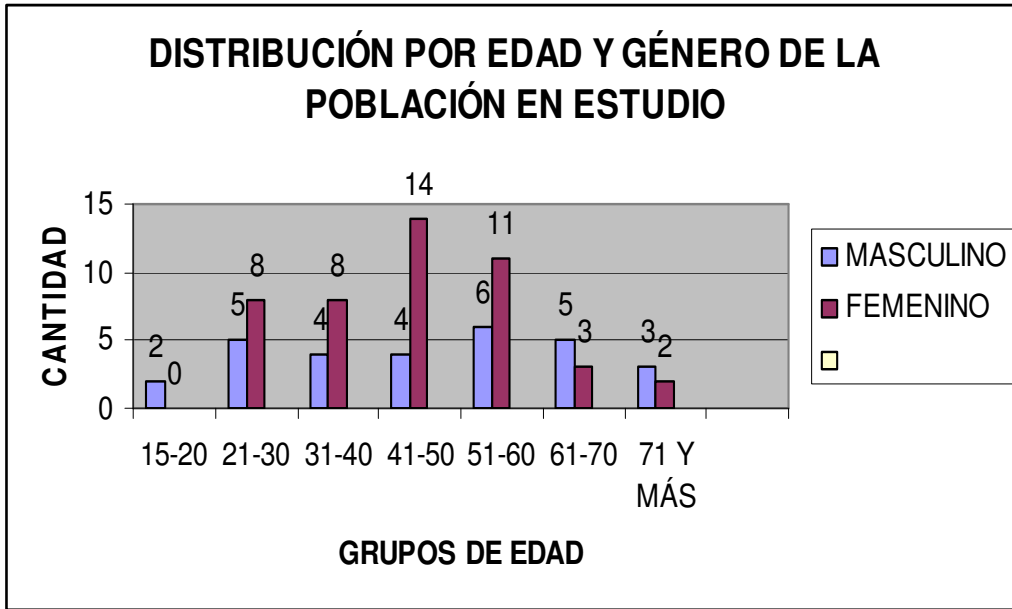
**Resultados:**

**Familias funcionales 51, que corresponde al 68 %.**

**Familias con disfunción moderada 18, que corresponde al 24 %.**

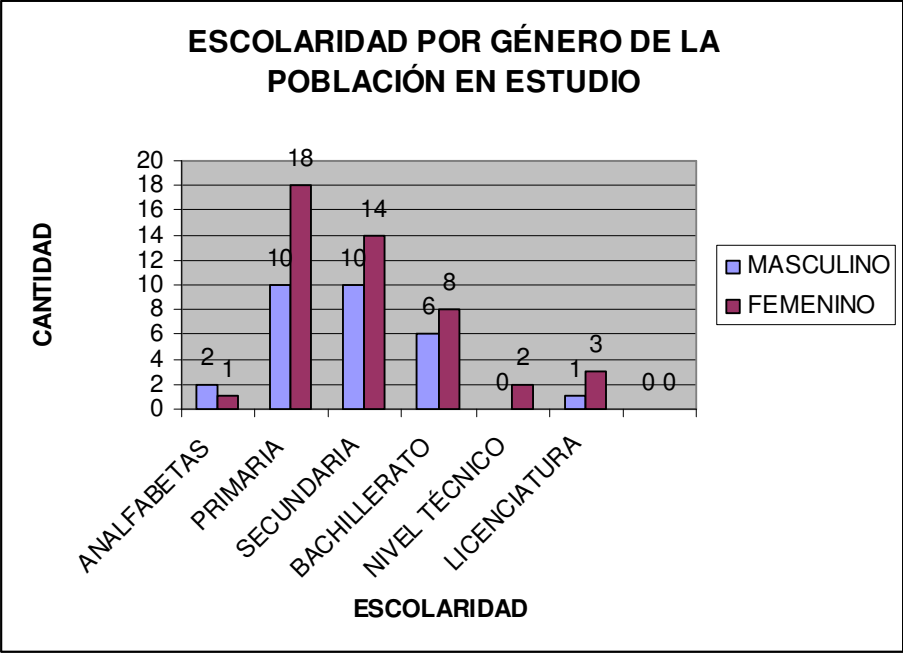
**Familias gravemente disfuncionales 6, que corresponde al 8 %.**

**GRÁFICA # 1.**



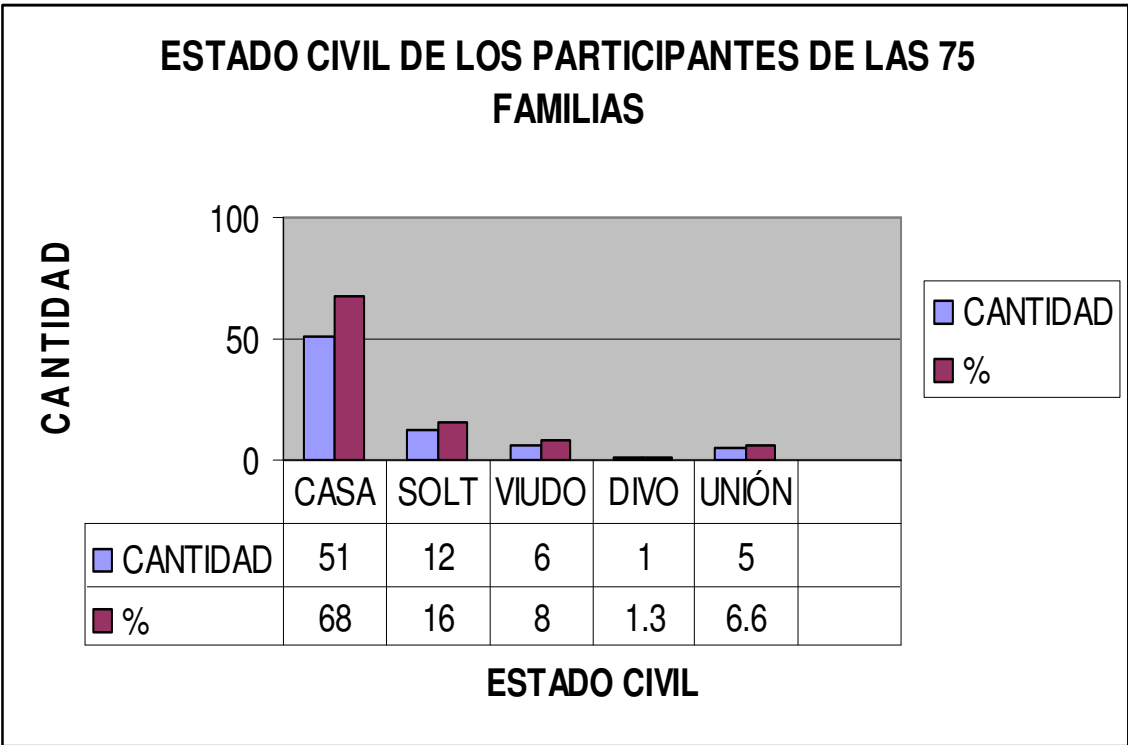
**FUENTE: Encuesta directa**

**GRÁFICA # 2.**



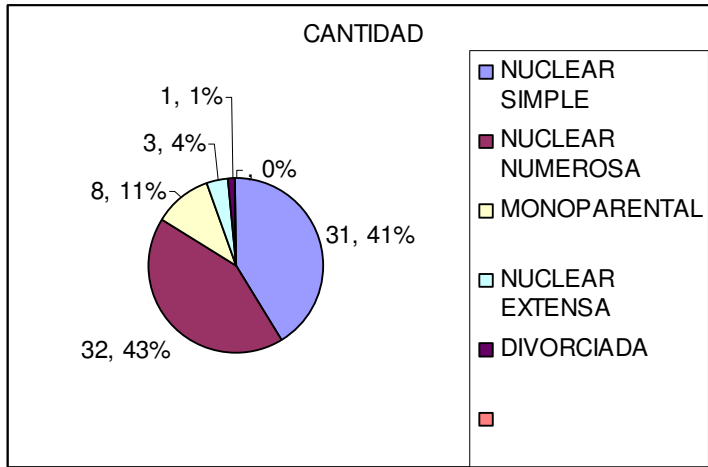
**FUENTE: Encuesta directa**

**GRÁFICA # 3.**



**FUENTE: Encuesta directa**

**GRÁFICA # 4. Estructura familiar de los participantes**

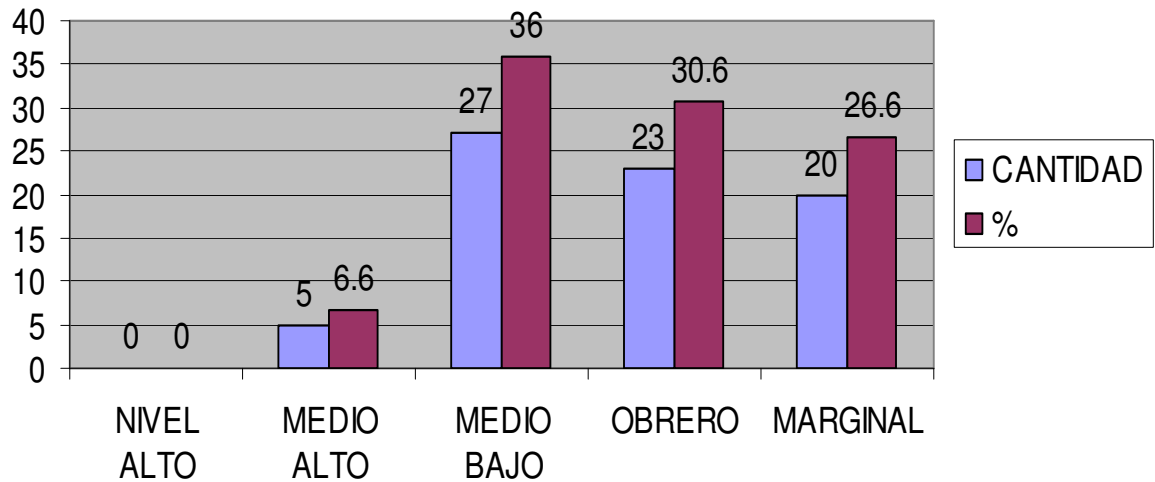


**FUENTE. Encuesta directa**

**GRÁFICA # 5**



## NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS 75 INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO



**FUENTE: Encuesta directa**

**Anexos:**

**MÓDULO CIRCUNFLEJO FACES III**

**16 TIPOS DE FAMILIAS. DAVID H. OLSON**

<b>FACES III. Puntaje lineal e interpretación</b>							
<b>cohesión</b>			<b>Adaptabilidad</b>		<b>Tipo de familia</b>		
<b>8</b>	<b>15</b>	<b>Aglutinados</b>	<b>8</b>	<b>01</b>	<b>Caótica</b>	<b>8</b>	<b>Balanceada</b>
	<b>04</b>			<b>08</b>			
<b>7</b>	<b>01</b>		<b>7</b>	<b>11</b>		<b>7</b>	
	<b>00</b>			<b>15</b>			
<b>6</b>	<b>11</b>	<b>Relacionados</b>	<b>6</b>	<b>05</b>	<b>Flexible</b>	<b>6</b>	<b>Moderada Mente balanceada</b>
	<b>07</b>			<b>08</b>			
<b>5</b>	<b>01</b>		<b>5</b>	<b>07</b>		<b>5</b>	
	<b>03</b>			<b>04</b>			
<b>4</b>	<b>08</b>	<b>Semirrelacionados</b>	<b>4</b>	<b>05</b>	<b>Estructurada</b>	<b>4</b>	<b>Rango medio</b>
	<b>08</b>			<b>02</b>			
<b>3</b>	<b>02</b>		<b>3</b>	<b>01</b>		<b>3</b>	
	<b>02</b>			<b>01</b>			
<b>2</b>	<b>01</b>	<b>No relacionados</b>	<b>2</b>	<b>02</b>	<b>Rígida</b>	<b>2</b>	<b>Extrema</b>
	<b>05</b>			<b>02</b>			
<b>1</b>	<b>05</b>		<b>1</b>	<b>03</b>		<b>1</b>	
	<b>02</b>			<b>00</b>			

**FUENTE:** Encuesta directa

**MÓDULO CIRCUNFLEJO FACES III**

**16 TIPOS DE FAMILIAS. DAVID H. OLSON**

	No Relacionadas	Semi Relacionadas	Relacionadas	Aglutinadas	Total	%
<b>Caóticas</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>35</b>	<b>46.6</b>
<b>Flexibles</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>24</b>	32
<b>Estructuradas</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>12</b>
<b>Rígidas</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>9.3</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>75</b>	
<b>%</b>	<b>17.3</b>	<b>26.6</b>	<b>29.3</b>	<b>26.6</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>BALANCEADAS 59</b>		<b>RANGO MEDIO 9</b>			<b>EXTREMAS 7</b>	

**FUENTE: Encuesta directa**

## **Discusión**

**En relación a los resultados obtenidos, nos dimos cuenta, que de edad, sexo, nivel socioeconómico y el grado de escolaridad, continúan siendo los factores para las enfermedades crónicas y degenerativas como en este caso con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, para la enfermedad renal crónica, siendo afectada la clase más vulnerable. Llama la atención que la gran mayoría de los casos tenían por ocupación el servicio doméstico por lo que consideramos que el trabajo en el hogar, el estrés diario y la variedad de actividades realizadas, en el mismo, disminuyen o afectan directamente la atención prioritaria y diagnóstico oportuno de estos pacientes. En cuanto al grado de disfunción familiar encontramos que el 68 % de nuestras familias encuestadas correspondía a familias funcionales lo que contrasta con el 52 % encontrado en estudios previos realizados en otras unidades de medicina familiar. Encontramos que el 24 % eran familias con una disfunción moderada, contra 39 % encontrados en el mismo estudio y el 8 % de los casos correspondía a familias gravemente disfuncional, el cual corresponde al estudio realizado en la unidad de medicina familiar número 66 del IMSS de Jalapa, Veracruz. En cuanto a la tipología familiar se**

**encontró 32 casos de familia nuclear numerosa, que corresponde al 42.6 % de los casos. De familias nucleares simple fueron 31, que corresponden al 41.3 de los casos, 8 familias monoparentales, que corresponden al 10.6 % de los casos. Familias extensas fueron 3 que corresponden al 4 % de los casos y un caso de familia divorciada que corresponde al 1.3 % de los casos.**

**En cuanto a la ocupación: 43 de los casos realizaban alguna actividad fuera del hogar, 24 de los casos, que corresponde al 32 % de los casos eran obreros no especializados. 11 eran obreros especializados, que correspondía al 14.6 %, 6 de los casos eran comerciantes, que corresponde al 8 % de los casos y 2 de los casos con licenciatura, que corresponde al 2.6 % de los casos.**

**En relación a Faces III: reveló que 25 casos, fueron balanceadas, que corresponde al 33.3% de las familias, 24 de las familias se ubicaron en moderadamente balanceadas, que corresponde a un 32 %. Correspondió 9 familias a rango medio, al 12 % y 7 familias se ubicaron en extremas correspondiendo a un 9.3 %.**

**En cuanto a la clasificación triaxial de la familia, encontramos que el 20 % eran familias caóticas aglutinadas, que corresponde a 25 casos. Mientras que las familias caóticas relacionadas fueron el 14.6 % de los casos, que corresponden a 11 de los casos. Los roles flexibles predominaron sobre los rígidos y de éstos eran las familias flexibles no relacionadas predominando sobre las familias flexibles aglutinadas. Mientras que las rígidas relacionadas predominan sobre las rígidas semirrelacionadas.**

#### **Conclusiones:**

**En este estudio encontramos, que esta patología a pesar de ser una enfermedad que ha cursado por un período largo de complicaciones, las familias en un alto porcentaje continúan siendo funcionales, seguidas de familias con una disfunción moderada y muy pocas de ellas presentaron un disfunción grave. También encontramos, que el padecimiento, fue más frecuente en las familias nucleares numerosas, en las que tenían un grado menor de escolaridad, abajo de secundaria, en los cuales se encontraron que eran casados. Nos llama la atención que gran número de ellos eran amas de casa, encontramos también que el nivel socioeconómico se presentó en los que tenían menos ingresos. Se encontró que las**

**adicciones tenían un porcentaje muy bajo, el sexo, fue el más afectado por lo que proponemos:**

**Iniciar programas de detección oportuna en la enfermedad renal en etapa incipiente o temprana, orientando a los grupos vulnerables que nosotros identificamos, la educación al grupo familiar para poder tener a la población más orientada en relación a esta enfermedad, lo que traerá como consecuencia una mejor comprensión del padecer de la enfermedad y fomentar un padecer familiar con menos repercusiones en la dinámica de la familia afectada. También proponemos darle continuidad a este tipo de estudios para tratar de encontrar factores que puedan modificar el padecer del paciente y de la familia en este tipo de enfermedad**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA**

- 1. Valderrabano, F. Tratado de Hemodiálisis. Primera Edición, Barcelona, España, Editorial Médica JIMS S. L., 199**
- 2. Yera Loyola, L. L. “Hemodiálisis arteriovenosa Continúa en paciente crítico”. Revista Cubana de Medicina Militar. La habana, Cuba, Vol. 33 no. 2 abril-junio 2004, editorial Ciencias médicas. 1-6.**
- 3. Sagardoy A. J. “Adelantos de la Hemodiálisis en los últimos 20 años”. Revista de Nefrología Diálisis y Trasplantes. Buenos Aires, Argentina, Editor Dr. José Petrolito. No. 53. marzo de 2001. 29-31.**
- 4. Pisciotano, D. Nefrología Clínica y Medio Interno. Primera edición, Buenos Aires, Librería Akadia Editorial, 2005. 71-76**
- 5. Ramírez, M. J. “Evaluación de los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica”. Revista Cubana de Enfermería. La Habana, Cuba, Editorial Ciencias Médicas. Vol. 23 No. 1. Enero-Marzo 2007. 1-11.**
- 6. Harrison, Tinley, Principios de Medicina Interna. Dieciseisava edición, México, Distrito Federal, editorial**



**mcGraw-hill Interamericana editores, S. A. de C. V. Ajay K.**

**B. M. 2005; 262: 1835-1838.**

- 7. Mcphee. Stephen J. Papadkis, Maxine A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 47 Ed. Sn. Francisco, California, Editor Senior Lawrence M. Tierney, Jr. Suzanne Watnick. G. M. 2008; 22: 798-799.**
- 8. Beers, Mark y Berkow, Robert. El Manual Merck. Décima edición, Madrid, España., Editorial Harcourt, 1999; 223:1855-1860**
- 9. Di Gioia, María Cristina “Recomendaciones de vacunación para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal y tratamiento dialítico”. Nefrología, Diálisis y trasplante. Buenos Aires, Argentina, Editor propiedad de la asociación regional de diálisis y trasplantes renales. Número 3 volumen 23. Septiembre 2003. 107-108.**
- 10. R. Alcazar, M. I. E. y cols. “Documento de consenso SEN- sem FYC Sobre la enfermedad renal crónica”. Revista de Nefrología.. Madrid, España, editorial SEM FYC ediciones Barcelona. Número 28 (3). 2008. 273-282.**
- 11. Zubirán, Salvador. Manual Terapéutica Médica y Procedimientos de urgencias. Quinta edición, México,**

**Distrito Federal, editorial Mc Graw-Hill Interamericana,  
2006; 43:308-309**

- 12. Traversa, Mercedes y López González, Eva.  
“Hipoglicemia en pacientes sin insuficiencia renal  
avanzada”. Revista de Nefrología Diálisis y Trasplantes.  
Buenos Aires, Argentina. Editoriales Schiavelli, Augusto  
Vallejos, Vol. 23 No. 23. Septiembre 2003. 114-115.**
- 13. Viniegra Velázquez, Leonardo. “Las enfermedades  
crónicas y la educación. La Diabetes Mellitus como  
paradigma”. Revista Médica del Instituto Mexicano del  
Seguro Social. México, Distrito Federal, IMSS. No. 44 (1)  
2006. 47-49**
- 14. Peña R. J. “Paracalcitriol comparado con calcitriol en el  
tratamiento del hiperparatiroidismo secundario de  
pacientes en hemodiálisis”. Revista de investigación  
clínica. México, Distrito Federal, Editor Gamboa Ayala  
Gerardo. Número 56 (1) enero-febrero 2004. 8-10.**
- 15. Pérez-Oñivas D. “Efectos del tratamiento con  
eritropoyetina cubana sobre hormonas seleccionadas en  
pacientes hemodializados con anemia renal”. Revista**

**Habanera de ciencias Médicas. La Habana, Cuba. Editor**

**CECAM. Vol. 3, No. 10, 2004. 1-5.**

- 16. Rodríguez, Isabela y Gabriela. “Disfunción Familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica”. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Distrito Federal, editor Juan Manuel Saucedo García. Vol. 42 No. 2. marzo-abril. 2004. 97-101.**
- 17. .Mendoza-Solís, LA y colaboradores “Análisis de la Dinámica y Funcionamiento Familiar en atención Primaria”. Archivos en Medicina Familiar, México, Distrito Federal, editorial Medicina Familiar. Vol. 8 No. (1). 2006. 27-32.**
- 18. Azcarate-García E. y colaboradores.”Funcionamiento Familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: Intermittente y Ambulatoria”. Archivos de Medicina Familiar. México, Distrito Federal, Editorial M Medicina Familiar Mexicana. Vol. 8 (2). 2006. 97-102.**
- 19. Méndez LDM y colaboradores.”Disfunción Familiar y control del paciente diabético” Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Distrito**

**Federal. Editor Juan Manuel Saucedá García. No. 42. 2004.**

**181-284.**