



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 CHIHUAHUA, CHIH.

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR N° 16 EN LA CIUDAD DE CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA, MEXICO.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CÉSAR IBARRA ESCOBEDO.

CHIHUAHUA, CHIH. MEXICO

2010



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.

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR N°. 16 EN LA CIUDAD DE CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA, MEXICO.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CÉSAR IBARRA ESCOBEDO.

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

Dra. Rosa Emma Contreras Solís.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

Dra. Alma Rosa Ávila Esparza.

DR. Pedro Rodríguez Palma.

ASESORES DEL TEMA DE TESIS.

Dra. Margarita Levario Carrillo.

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.

Dra. MARIA ELENA CONTRERAS CAMPOS.

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR N° 16 EN LA CIUDAD DE CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA, MEXICO.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CÉSAR IBARRA ESCOBEDO.

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

Dr. Francisco Javier Fúlvio Gómez Clavelina

JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

Dr. Felipe de Jesús García Pedroza

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

Dr. Isaías Hernández Torres

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

I. Título.

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR N°. 16 EN LA CIUDAD DE CUAUHTÉMOC, CHIHUAHUA, MEXIC

1.- Título.	1
2.- Índice General.	2
3.- Marco Teórico.	7
3.1. Introducción.	7
3.2. Definición conceptual de familia.	15
3.2.1 Tipología familiar.	17
3.2.2 Conformación familiar.	17
3.2.3 Clasificación de la familia en base a su demografía.	18
3.2.4 Clasificación de la familia en base a su desarrollo.	18
3.2.5 Clasificación de la familia en base a su integración.	19
3.2.6. Clasificación de la familia en base a la ocupación.	19
3.2.7 Clasificación de la familia en base a nivel socioeconómico.	19
3.2.8 Ciclo vital.	19
3.2.9 Estructura.	21
3.2.10 Roles familiares.	23
3.2.11 Equilibrio o adaptación familiar.	24

3.2.12 Dinámica familiar.	25
3.2.13 Funcionalidad familiar.	26
3.2.14 Crisis familiar.	27
3.2.14.1 Crisis normativas.	28
3.2.14.2 Crisis paranormativas.	29
3.2.15 Disfunción familiar.	31
3.2.16 Instrumentos de evaluación de la dinámica familiar.	31
3.2.16.1 Generalidades.	31
3.2.16.2 Tipos de instrumento	31
3.2.16.3 Instrumento de medición de la dinámica familiar nuclear.	33
3.3. Definición conceptual de Insuficiencia Renal Crónica.	38
3.3.1 Etiología.	38
3.3.2 Prevalencia.	39
3.3.3 Clasificación de Insuficiencia Renal Crónica.	40
3.3.4 Cuadro clínico.	41
3.3.5. Datos de laboratorio.	43
3.3.6. Mecanismo de progresión.	43

3.3.7. Parámetros de control de la Insuficiencia Renal Crónica	43
3.3.8. Criterios diagnósticos.	45
3.3.9. Características generales de Insuficiencia Renal Crónica.	46
3.3.10. Dinámica familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.	47
4 Planteamiento del problema.	48
5 Pregunta de investigación.	50
6 Justificación.	51
7 Objetivos.	54
8 Hipótesis.	55
9 Metodología.	56
9.1 Tipo de estudio.	56
9.2 Población, Lugar y tiempo de estudio.	57
9.3 Tipo y tamaño de la muestra.	58
9.3.1 Tipo de muestra.	58
9.3.2 Tamaño de muestra.	58
9.4. Criterios de selección.	59
9.4.1 Criterios de inclusión.	59

9.4.2. Criterios de exclusión.	59
9.4.3. Criterios de eliminación.	59
9.5 Variables.	60
9.5.1 Variable independiente.	60
9.5.2 Variable dependiente.	60
9.6 Técnica y procedimientos.	70
9.7 Consideraciones éticas.	73
9.8 Plan de análisis estadístico.	74
10 Resultados.	75
10.1 Descripción de los resultados.	75
10.2 Cuadros y gráficas.	78
11 Discusión.	84
11.1 Interpretación analítica de los resultados.	84
12 Conclusiones.	86
13 Referencias.	88
14 Anexos.	93
14.1 Carta de consentimiento Informado.	93

14.2 Encuesta de la dinámica familiar en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.	96
14.3 Instrumento de medición de la dinámica familiar nuclear.	105

3 Marco Teórico.

3.1 Introducción.

En los últimos años la medicina se ha dejado arrastrar por la ciencia, ha perdido su propósito natural y confunde su destino original de profesión humana al querer convertirse en una ciencia pura. Nos estamos volviendo ingenieros de la medicina. Todo lo medimos, lo pesamos, lo experimentamos y lo mas triste es que muchas veces, a pesar de esta avalancha de conocimientos y técnicas, la curación no llega (1).

Durante mucho tiempo la enseñanza de la medicina ha estado orientada hacia la detección y curación de los síntomas, capacitando al médico para interrogar, no para conversar y dialogar con el paciente y así difícilmente se aprende a detectar el verdadero estímulo iatrotrópico de este al no permitir una comunicación abierta se pierde gran cantidad de datos valiosos, perdida que repercute en una pobreza terapéutica pues no solo se desconocerá el estímulo iatrotrópico, sino que además, se ignoraran las motivaciones, expectativas y formas de vida del paciente; y una cosa es cierta no se puede curar a quien no se conoce(1).

En los últimos tiempos ha causado gran controversia la pérdida paulatina de las características humanísticas de la practica medica, lo cual se impugna como resultado de la conjunción de diversos factores causantes y reforzadores del antiguo modelo biomédico que conceptualiza a toda entidad nosológica en términos de daño o lesión que soslaya las dimensiones psicosociales económicas y culturales de la enfermedad (2).

Recientemente se ha señalado que los principales problemas de salud residen fundamentalmente en una etiología social más que biológica, situación que ha dado lugar al renacimiento de un viejo concepto, el de la familia como microsistema responsable de salud o enfermedad (2).

Ya sea para hablar de salud o enfermedad, la unidad mínima de estudio es la familia. De ahí que la atención médica en nuestros días debe ser de tal manera, que no solo se aboque a las acciones curativas sino también a las preventivas, tanto del paciente como de su familia, en forma continua y de acuerdo a las características y factores de riesgos encontrados en cada etapa del ciclo vital familiar (1)

El ser humano es la unidad biopsicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialéctico entre soma y psiquis (7).

Es conveniente recordar el concepto de sistema (La familia como sistema) como un conjunto de partes interactuantes que integran un todo organizado por reglas y jerarquías, y con una tendencia a la homeostasis, el sistema funciona de tal forma que cualquier cambio en alguno de sus elementos repercutirá en el resto, sabemos que la presencia de una enfermedad crónica demanda del sistema familiar una serie de ajustes (3).

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para alcanzar su desarrollo y crecimiento (4). Es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria (10). Es un organismo vivo, caracterizado por la fluctuación y el cambio, que tiende al mismo tiempo a la

conservación y a la evolución y aunque solo pueda fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar (5).

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, y según Le Play-Proudhon “es la célula básica de la sociedad (2).

En si la familia es un grupo social, organizado como un grupo abierto, constituido por un numero variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto del que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud y enfermedad (14).

El funcionamiento familiar esta mas relacionado a propiedades sistémicas y transaccionales del sistema familiar que a características intrapsíquicas individuales de los miembros de la familia y sus funciones primordiales es la de mantener el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos, y psicológicos, y su funcionamiento debe considerarse al ver como organiza su estructura y sus recursos a su disposición (5). Está constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente reciproca y reiterativa. Con fines prácticos se puede afirmar que la organización esta formada por los siguientes elementos: Jerarquía, alianzas, límites, o fronteras, funciones o papeles y formas de control del comportamiento. La estructura esta enfocada en la diferenciación y mantenimiento de las funciones.

En la dinámica familiar incluye determinadamente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención (8). Y consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro haciendo que funcione bien o mal como unidad (11)

La dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades en los integrantes de una familia, este proceso se enfatúa en un contexto cambiante en cada etapa evolutiva de la familia y permite o no la adaptación, el crecimiento, el desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar (14).

Al ser la participación de los miembros de la familia un factor determinante en el cuidado de los adultos mayores con enfermedades invalidantes o crónicas, una falla en el desempeño familiar pudiera traducirse en interrupción de la atención o tratamiento médico, y predisponer a sus miembros más venerables a la enfermedad (9). Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensaciones de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización (8).

Se denomina normofuncional a una familia cuando es capaz de cumplir las tareas (cuidado, afecto, alimentación, etc.) que le están encomendadas de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre, cuando una familia no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de disfuncional, toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo tanto la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia

funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros. La familia patológica, en este sentido, sería aquella que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, el afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de comunicación que haya entre los miembros de la familia, en las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es de aproximadamente del 77% (6).

La clasificación triaxial de las familias es un sistema que estudia la compleja naturaleza de las disfunciones familiares agrupándolas en tres dimensiones, la importancia de este sistema radica en la visión multidimensional que se obtiene de la disfunción familiar.

La disfunción del desarrollo es el primer eje que valora los aspectos del desarrollo familiar donde giran alrededor de la dimensión histórica de la familia, son aquellas que ocurren como resultado de la capacidad para manejar adecuadamente las situaciones difíciles en cada una de las etapas de su ciclo vital.

En segundo eje que es la disfunción en el subsistema conyugal se analizan las relaciones disfuncionales entre dos o más miembros de la familia, es un enfoque a los problemas en los subsistemas familiares en el conyugal, las interacciones como pareja giran entorno a situaciones conflictivas inconscientes que pueden llegar a involucrar a toda la familia, y el tercer eje es donde las disfunciones estructurales y funcionales en donde el grupo es analizado tanto en los aspectos estructurales y funcionales, como en los sociales(1).

Es bastante sabido que la mayor parte de los factores de riesgo –hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés, desinformación, etc. Están relacionadas con la dinámica familiar y su incidencia es mucho menor si se abordan desde una perspectiva que incluya el problema dentro del grupo familiar (25).

A todas estas razones entendemos que se aconseja la perspectiva familiar, la ínter consulta y el trabajo en equipo en la atención a la salud, pese a las dificultades que ello presenta, por los distintos lenguajes, por la compartimentación que todavía padecen las respectivas disciplinas, derivadas de la vieja percepción vigente, división: cuerpo/mente/familia, que pretendemos que sea reemplazada por un modelo biopsicosocial.

En la clínica de medicina familiar N° 16 de CD. Cuauhtémoc no se tienen estudios sobre la disfunción familiar que existe en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal. Por lo que sería importante identificar las causas de disfunción familiar en los pacientes con insuficiencia renal crónica para implementar estrategias que coadyuven al mejor control de la insuficiencia renal.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtrado glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso años y que puede ser asintomática hasta que el filtrado glomerular se haya reducido al 25% de lo normal, también podremos definir como la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas funcionantes que lleva a una incapacidad renal para realizar las funciones de depuración y excreción de los residuos nitrogenados, regulación del equilibrio hidroelectrolítico, regulación del equilibrio ácido-base y endocrino-metabólico(22).

En la actualidad se considera a la insuficiencia renal crónica como un problema de salud pública creciente (15).

En los últimos 10 años el número de pacientes nuevos que se incorporan al tratamiento renal sustitutivo ha crecido a un ritmo anual de 4% en Europa y alcanza el 9% en los Estados Unidos. Entre las diferentes causas de IRC ocupa el primer lugar la Nefropatía diabética seguida de la Nefropatía hipertensiva o vascular y de las glomerulonefritis (17).

La insuficiencia renal crónica afecta hasta 20 millones de estadounidenses, lo que constituye 1 de cada 9 adultos. La mayoría de ellos no está al tanto de esta condición, dado que permanecen asintomáticos, hasta que la enfermedad ha progresado significativamente. Más del 50% de los casos de insuficiencia renal crónica se debe a diabetes mellitus e hipertensión. La glomerulonefritis las enfermedades quísticas y otras enfermedades urológicas representan otro 20 a 25% y cerca de la sexta parte de estos tiene causas desconocidas (19). Por otra parte los españoles consideran que la insuficiencia renal se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo ya que cada año se registra entre el 4 y el 5% de casos y supone un gran riesgo de morbilidad según datos difundidos por la sociedad española de nefrología (SEN), advirtió que esta enfermedad cuenta con un mal pronóstico ya que la mayoría de los pacientes fallecen o precisan diálisis o trasplante, en la actualidad en España hay 22.000 personas sometidas a diálisis y cada año unas 5,500 personas entran en este tratamiento, su supervivencia de este grupo de población se sitúa en 34%. Y la tasa de hospitalizaciones es de 14 días al año por paciente con costos directos de tratamiento superior a los 800 millones de euros anuales. El 12 % de la población

española padece insuficiencia renal crónica sin saberlo, unos 4 millones de españoles presentan insuficiencia renal crónica (18).

En México, la IRC, constituye un problema de salud frecuente en la población, que genera un alto costo social y económico. Actualmente existe un incremento de pacientes, se estima que cada año son alrededor de 35 mil en todo el sistema de salud (16).

En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria, ocupando el 4° lugar en hombres con 55033 casos y el 10° lugar en mujeres con 50924 casos, con una tasa de 115.0 y 101.5 por 100,000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, del sector público del sistema nacional de salud, así mismo se reporta una mortalidad hospitalaria de con los hombres en el 10° lugar con 1972 casos y una tasa de 115.8 x 100.000 habitantes, y en mujeres ocupando el 8° lugar con 1743 casos y una tasa da 62.5 x 1000.000 habitantes, en el sector público del sistema nacional de salud (23).

Tan solo en el IMSS hay 13,000 pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y 1,300 en hemodiálisis, al tiempo que aparecen 120 nuevos casos por cada millón de habitantes (21).

De la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). De acuerdo con el estudio por cada millón de derechohabientes existen 1,300 enfermos con insuficiencia renal que requieren terapia sustitutiva de ellos solo un 17 % sabe que es portador de este padecimiento. Estos datos contrastan con las cifras anteriores que eran de 200 pacientes por cada millón de derechohabientes. Los resultados del estudio del IMSS (Prevalencia de la Insuficiencia renal crónica

en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social) coinciden con otros realizados en EEUU. Y Japón, donde la tasa es de 1100 personas con Insuficiencia renal por cada millón de habitantes una de las mas altas del mundo (20).

El termino enfermedad crónica es muy extensa, incluye diversas entidades nosológicas, cada una de ellas tiene propiedades especificas y diferentes estados de gravedad, cada una tiene impacto sobre el enfermo su familia y el equipo de salud, esto trae consigo cambios internos y externos, cambia la autoimagen del enfermo ,su imagen del cuerpo, su autoestima, sus expectativas futuras, cambian sus relaciones interpersonales, cambia el manejo de la economía familiar del tiempo libre del área profesional de los vínculos con el barrio.

Los antagonismos entre el cielo y la tierra, espíritu y naturaleza, hombre y mujer, generan, gracias a su conciliación, la creación y la procreación de la vida (24).

3.2. Definición conceptual de familia: A medio siglo del surgimiento de la medicina familiar en este país, se continúa recurriendo a fuentes conceptuales surgidas en otros países, en los que culturalmente las familias e individuos, viven y sienten de manera distinta. Durante los cincuenta años de vida de la medicina familiar en México ha habido cambios importantes en cuanto a la estructura y funcionamiento de las familias. Gran cantidad de mujeres trabajadoras, jefas de familias, uniones de parejas entre el mismo sexo, etc. Sin embargo no se han considerado estos ajustes en las definiciones y conceptos que se enseñan durante el curso de especialización.

La familia es el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservando aun la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgares apoyo emocional y físico. Por otra parte es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de la familia varia en diversas sociedades, toda sociedad, mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad. (4-35).

Otra concepto de familia (desde la perspectiva del medico familiar) es un grupo social, organizado como sistema abierto, constituidos por numero variable de miembros , que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.

Si entendemos a la familia como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para facilitar la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y la formación y cuidados de los hijos. Este concepto no establece diferencia en cuanto a cómo la familia sea definida o como esta constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos, y en estrecha proximidad, geográfica. (4).

Concenso Canadiense Una familia esta compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con un o más niños, que viven bajo un mismo techo.

Concenso norteamericano: una familia es un grupo de dos o más personas que vivan juntas y están relacionadas con otras con lazos sanguíneos de matrimonio o adopción, ejerciendo una interacción reciproca por que saben que existe ellos y se consideran unidad.

La organización de naciones unidas menciona en su documento M, numero 44, en relación a los principios y recomendaciones relativos a los censos de población de 1970, que como familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. (4-)

3.2.1 Tipología familiar. La familia es una unidad micorsocial dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de las sociedades en general, que es la macroestructura.

3.2.2. Según su conformación familiar: Se los siguientes tipos de familia:

Familia nuclear (Conyugal, biparental, elemental o biológica). Es la que forma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo un mismo techo.

Familia Seminuclear (Monoparental o uniparental): Familia de un solo padre ya sea por la soltería de la madre, con hijos que pueden ser de un solo padre o

distintos.(Monogamia serial) por el fallecimiento (Familia Contraída),separación de la pareja (Familia interrumpida).

Familia extensa (Consanguínea o asociada). Es aquella que en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar dos generaciones.

Familia Compuesta (Ampliada): Puede ser cualquiera de los tipos de familia descrita incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (Sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes.

Familia múltiple: Son dos o mas familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo pueden ser extensas o compuestas según haya o no parentesco.

Familia extensa modificada: Se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. Este concepto implica la idea de una estructura, organización y relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el criterio es el criterio principal de la filiación al sistema o red. (1).

3.2.3. Clasificación de la familia en base a la demografía.

Urbana: De acuerdo al INEGI cuando una población tiene una proporción de 2,500 habitantes o mas.

Rural: De acuerdo al INEGI es cuando una población tiene una proporción de 2,500 habitantes.

3.2.4 Clasificación de la familia en base a su desarrollo se clasifica en:

Moderna.

Tradicional.

Arcaica o primitiva.

3.2.5. Clasificación de la familia en base a su integración:

Integrada: En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Semiintegrada: En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono. (4-1-35).

3.2.6. Clasificación de la familia en base a la ocupación: Es la actividad que desempeña el jefe de la familia y se clasifica como. Profesional, comerciante, obrero, campesina, vigilante, pensionado, sin ocupación.

3.2.7. Clasificación de la familia en base a nivel socioeconómico: Se considera la cantidad de salarios percibidos: Bajo, Medio, Alto.

3.2.8. Ciclo vital de la familia: Es una evolución en el curso de cual la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros esta en contacto se va extendiendo.

Las etapas constitutivas de la familia consta de:

Fase preliminar (Noviazgo).

Fase de recién casados (Sin Hijos).

La etapa procreativa de la familia consta de:

Fase de expansión (Crianza inicial de los hijos).

Nacimiento del primer hijo (Hijo mayor del nacimiento a los 30 meses).

Fase de consolidación y apertura.

Familia con hijos escolares (hijo mayor de 6 a 13 años).

Familia con hijos adolescentes (Hijo mayor de 13 a 20 años).

Etapa de dispersión.

Fase de desprendimiento (Separación del último de los hijos).

Etapa familiar final.

Fase de independencia (Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro).

Fase de disolución.

Familia anciana (Hasta la muerte de uno de los cónyuges).

Viudez (Hasta la muerte del miembro restante). (1).

Al enfocar el sistema familiar a atravesando por un ciclo vital, se puede hacer consideraciones, ya sea de tipo práctico, teórico o clínico, para su mejor comprensión y entendimiento de la misma, las ventajas que ofrece trabajar con esta herramienta del ciclo vital son dos:

1.- El concepto del ciclo vital ofrece un instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico que permite llegar con menos tropiezos al diagnóstico.

2.- Brinda, además, la oportunidad de revisar casos clínicos, que suelen dar la pauta para reconocer fenómenos similares en otras familias y que indica también las vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna.

Cuando los paciente se encuentran en etapa de expansión, implican mayores problemas afectivos, estos enfermos tienen una red social mas restringida debido a problemas relacionados con su participación en la problemática familiar, la capacidad para compartir problemas y su capacidad resolutive, fenómenos relacionados con los procesos de crisis familiar (8).

Las etapas de dispersión y expansión son las mas frecuentes encontradas, las que representan el (76.88%) y (23.12% respectivamente en pacientes con familias con disfunción familiar (6).

3.2.9. Estructura familiar:

Es un conjunto invisible de demandas funcionales en donde se organizan las formas que interactúan entre los miembros de una familia, que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntan el sistema. Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas. El primero es genérico que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, el segundo es idiosincrásico, implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia (1).

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, la existencia continua de familia como sistema depende de una gama

suficiente de pautas, las transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos, y por lo tanto debe ser capaz de transformarse de tal modo, que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que les proporciona un marco de referencia a sus miembros.

La estructura familiar es la forma que se organiza el sistema de acuerdo a los siguientes parámetros:

Jerarquía: Existencia de diferentes niveles de autoridad que forma parte de reglas que gobiernan, la organización familiar.

Límites: Son las reglas que definen quiénes y como participan en las transacciones interpersonales. Mediante los límites es posible establecer una diferenciación entre los individuos y los subsistemas y su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento familiar.

Centralidad o territorio: se refiere al espacio que cada quien ocupa en un determinado contexto.

Geografía o mapa: Es el esquema que representa gráficamente y sencillamente la organización de una familia y proporciona datos para entender la dinámica del grupo familiar.

Alianzas: Alude a la asociación abierta o encubierta entre dos o mas miembros de una familia. Resultan funcionales cuando incluyen a miembros de la misma generación o subsistema o se dan entre personas del mismo sexo, cuando se vuelven rígidas y persistentes o cuando se dan entre miembros de diferente

generación con interacciones negativas, dan lugar a alianzas disfuncionales llamadas coaliciones (1).

Ninguna familia esta libre de problemas, los síntomas son el resultado de desequilibrio estructural familiar actual: Disfunción generacional, jerarquías, límites, estilos aglutinados o no relacionado, reacciones de la mala adaptación hacia las demandas de cambio de desarrollo o ambiental.

3.2.10. Roles familiar: es cuando lo miembros de una familia están ligados por una serie de lazos que une como familia y que conforman una relación reticular, los lazos pueden considerarse o relajarse ante los eventos críticos que se presentan en la existencia del individuo y que se manifiesta en la vida familiar.

Es la forma de actuación del individuo al relacionar ante una situación específica en la que están involucrados otras personas u objetos. Es un modelo abstraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia y describe ciertas conductas esperadas permitidas de la persona en ese rol, implica las funciones asumidas o asignadas por una persona dentro del grupo familiar, pueden ser múltiples y simultáneos así como funcionales y disfuncionales.

Características de los roles familiares funcionales:

Si son aceptados: si cada miembro se ve a si mismo como lo ven los demás y hay acuerdos lo que se espera de el.

Si son flexibles: De tal manera que se pueden llevar ajustes periódicos ante la presencia de eventos clínicos, sin que se altere la homeostasis familiar.

Si son complementarios: Los roles tradicionales siempre significan pares. No se puede desempeñar el papel de esposos sin marido ni el de padre sin hijos (1).

Cuando se analiza la estructura de la familia, se pone énfasis en los miembros que la componen sobre todo en cuanto al lugar (Status) que ocupa en ella, todos los grupos, todos los grupos desempeñan un rol de acuerdo al status, el rol del padre es el de proveedor económico del hogar y el de la madre, el cuidador de los hijos. Pero cada individuo tiene dos tipos de status: los adscritos o los que adquiere al nacer (Religión, Nacionalidad) y los adquiridos o sea aquellos que por los que luchara de acuerdo por las normas establecidas por su familia y por su grupo, todos estos elementos serán vitales para el análisis de la estructura y función de la familia (23).

3.2.11. Equilibrio o adaptación familiar: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver situaciones de crisis, donde existe un equilibrio interno que conserva unida la familia a pesar de las presiones producidas en el interior como en el exterior de ella, es definido, por Jackson como homeostasis familiar, ocurre por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. Cuando la homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme, o comience a expresar conflictos. Los incidentes afectan a los miembros de la familia en formas distintas en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de este equilibrio es requisito indispensable para que la familia cumpla sus funciones eficazmente (1).

Las familias tienen mecanismos que tienden a mantenimiento del equilibrio y que ayuden a perpetuarla como sistema de vínculos complementarios y sistémicos. Se le podría comparar con un sistema cibernético que, buscando compensar los inevitables problemas que le afectan, trata de mantenerse estable.

Las relaciones interpersonales (Las del enfermo con su familia y consigo mismo) pueden afectar significativamente la evolución de las enfermedades, su recuperación, la forma de percepción y manejo del dolor. Los patrones de intercambio pueden favorecer o entorpecer el correcto cumplimiento de los tratamientos médicos.

Los trastornos orgánicos a menudo generan estados depresivos que retroactúan sobre estos trastornos, se ha comprobado que la influencia de la depresión y el estrés es trastorno fisiológico, se ha comprobado la influencia de la depresión y el estrés en trastornos fisiológicos por ejemplo en alteraciones del sistema inmunológico. Las emociones y el estrés se dan siempre en el marco de las relaciones interpersonales.

3.2.12. Dinámica Familiar. Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia, en su totalidad de fuerza tanto positiva como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, siendo la dinámica familiar una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro, lo que permite a cada uno desarrollarse como individuo y le infunden además el sentimiento de no estar aislado y poder contar con el apoyo

de los demás, Una familia con dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviendo de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez (1).

3.2.13. Funcionalidad Familiar: Para determinar el grado de funcionalidad Virginia satir emplea los siguientes criterios:

Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa específica. Características opuestas en una disfuncional.

Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, Si no que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha del poder.

Reacción a los eventos críticos una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas, en cambio en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatologías cuando la crisis amenaza en romper el equilibrio.

Los eventos críticos familiares se pueden resolver en forma racional, cuando los miembros que participan perciben los eventos de manera clara o cuando dichos eventos se contienen gracias a diversas compensaciones, mientras se buscan

soluciones. En los casos en que los miembros de la familia perciben mal o distorsionan sus relaciones con los otros, la situación hace que aumente a tal grado la emoción que uno de los miembros o varios, expresen el evento en forma de actos o se aíslen. Es muy útil comprender como se relaciona con la conducta patológica y la comunicación defectuosa, cuando las diferencias dentro de la familia en vez de ser percibidas como experiencias valiosas se vuelven amenazas para los individuos lo que, provoca separaciones, los miembros de la familia forman grupos antagónicos o seleccionan a uno o varios miembros de “chivo expiatorio” el conflicto familiar se organiza entonces en torno al miembro seleccionado que quizás este enfermo.

La dinámica de la insuficiencia renal crónica ejerce influencia y es influida por el ámbito familiar, en la practica, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma, que son en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás.

Las limitaciones, que sufre un enfermo con diagnostico de insuficiencia renal crónica requiere del apoyo de la familia, para que lo auxilien en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas, sin esta ayuda al paciente quizá no de la prioridad necesaria a su propia asistencia.

3.2.14. Crisis Familiar: Se denomina crisis a un estado de cosas en el cual es inminente un cambio en un sentido o en otro. En chino, la palabra crisis se compone de los anagramas peligro y oportunidad. En tal sentido, se podría decir que las crisis son una oportunidad peligrosa. Es la oportunidad de generar

cambios y agregar al repertorio familiar nuevas alternativas para resolver los problemas (27).

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma, los eventos críticos pueden asociarse a pérdidas, cambios o a problemas interpersonales (1).

Las crisis pueden ser peligrosas en varios sentidos: Los sistemas pueden sentirse amenazados o pueden poner en marcha soluciones contraproducentes (hacer todo para que no cambie nada). Crisis y cambios son conceptos entrelazados si bien puede existir una crisis sin que cambie nada, no puede haber cambios sin crisis.

Se produce una crisis cuando una tensión afecta a un sistema y requiere cambios, (Recordemos que los sistemas se resisten a cambiar y que son capaces de soslayar la tensión con tal de no moverse). La tensión es una fuerza que tiende a distorsionar y es específica de cada sistema, lo que es tensionante para la familia puede no serlo para otra (27).

3.2.14.1. Crisis normativas (Evolutivas): Se refiere a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia (intrasistémicos), los cuales se acompañan por complejas transformaciones en los roles familiares que implican fuentes de ambigüedad con respecto a las reglas que gobiernan la conducta de los miembros de la familia y a las expectativas en torno a ella.

Etapa constitutiva: Matrimonio dependencia económica, o afectiva de la pareja de sus familias de origen, con adolescentes, problemas de adaptación sexual,

diferencias socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja.

Etapa procreativa: Diferentes expectativas sobre el embarazo, nacimiento del primer hijo dificultad para asumir el rol paternal, familia con hijos lactantes y preescolares, adolescencia, ingresos y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos, familia numerosas, sobreproducción o rechazo a los hijos, crecimiento, y desarrollo de los hijos.

Etapa de dispersión: Separación de los hijos por causas escolares y/o laborales independencia y matrimonio de los hijos.

Etapa familiar final: Padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez.

3.2.14.2. Crisis paranormativas (No normativas): Son eventos provenientes del exterior (Intersistémicos) que aunque frecuentes, generalmente resaltan impredecibles para la familia.

Las crisis paranormativas que ocurren en el interior de la familia , tales como infidelidad, divorcio, alcoholismo y actividades criminales, habitualmente ocasiona mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico. Estas crisis se asocian a grandes periodos de disfunción, durante los cuales, los miembros de la familia presentan dificultades para la comunicación y para identificar los recursos necesarios para resolverlos.

Factores ambientales: Abandono o huida del hogar, relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no

planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, separación o divorcio, incorporación de otras personas con las familias por adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembros de la familia extensa, suspensión de la escuela.

Enfermedades o accidentes: Abortos provocados o espontáneos, complicaciones del embarazo y parto, enfermedades venéreas, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, esterilidad, toxicomanía, suicidio.

Factores económicos: cambios bruscos en el estatus socioeconómico graves.

Factores laborales: Cambios de puestos u horarios en el trabajo, huelgas, despidos, desempleo prolongado.

Factores legales por conductas delictivas: detención, juicios, actividades criminales, pérdida de la libertad.

Situaciones ambientales: Emigración, cambios de residencia, desastres naturales, Terremotos) o provocados (Guerra) (1-)

3.2.15. Disfunción familiar: Se le considera como disfunción familiar cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impiden ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, como características principal es la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierten la jerarquía y cuando se confunde con el autoritarismo (1).

3.2.16. Instrumentos de Evaluación, Familiar.

3.2.16.1 Generalidades.

La familia desempeña un rol fundamental en la salud de los individuos y en el sistema de asistencia sanitaria. Es una característica universal de todas las culturas y sociedades. Tiene influencia en la enfermedad y salud de cada uno de sus miembros por medio de una compleja serie de interacciones entre factores relacionados con la genética el medio ambiente, el estilo de vida y la conducta Es imprescindible que el Medico Familiar detecte los indicios o riesgos que una persona y su familia puedan tener en la esfera psicosocial, para prevenir enfermedades y alteraciones del funcionamiento familiar (37).

3.2.16.2. Tipos de instrumentos.

1. El Familiograma. Aporta datos sobre la estructura familiar, acontecimientos vitales, recursos de la familia, y sobre todo de las relaciones familiares.
2. El APGAR familiar. Desarrollado por Smilkstein, es un instrumento que da una idea grosera de la funcionalidad familiar, consiste en cinco ítems, A

(Apoyo), P (participación), G (crecimiento), A(afecto) y R(recursos), tiene un rango de cinco preguntas con un rango de respuestas, la interpretación de los resultados es: Buena función familiar(8-20 puntos), disfunción familiar leve/14-17), disfunción familiar severa (9 puntos o menos).

3. El modelo de Mac Master. Estudia la resolución de problemas, comunicación, roles, responsividad afectiva, control conductual. Permite identificar al personal entrenado, el área de la familia que existen problemas.
4. Intervención Familiar de Olson (1979). Estudia la adaptabilidad, cohesión, comunicación, este estudio requiere de mayor entrenamiento por personal con experiencia en orientación familiar a terapia de familias.
5. Clasificación triaxial de la familia. Explora la disfuncionalidad familiar a través de tres ejes: del desarrollo, los subsistemas, y la familia como sistema. Tiene la desventaja de utilizar escalas diferentes, lo que dificulta la valoración disfuncional y tiene la ventaja de explorar en forma amplia los subsistemas familiares. Este instrumento fue propuesto por la Academia Americana de psiquiatría Infantil para investigar problemas familiares que incluyan en la conducta infantil, este instrumento constituye una buena integración nosológica de los problemas que pueden manifestarse en el grupo primario, los cuales pueden corresponder a uno o más de los tres ejes considerados (13).

3.2.17. Instrumento de medición de la dinámica familiar nuclear mexicana:

Este instrumento está diseñado para ser aplicado en diferentes estratos sociales y económicos e identifica patrones de compartimiento familiares considerados como “Normales” consta de una matriz de preguntas con un sistema de puntuación específica para análisis cuantitativo y sistema paramétrico. Las preguntas fueron acomodadas en una secuencia determinada, en forma independiente del área de la que proceden para evitar el sesgo de respuesta “Encadenadas”.

El instrumento de medición contempla ocho áreas de comportamiento:

1.- Los padres: su dinámica como pareja.

Concepto. La pareja representa la parte central o medular de la familia nuclear también entendida como familia conyugal. Este concepto conlleva un proceso fuerte de individualización e independencia y una reafirmación de la familia: padre, madre, e hijos.

Indicadores:

1.- Aspiraciones y metas comunes; 2.- Odio-agresión (Física y psicológica); 3.- Concordancia de ideologías; 4.- Amor; 5.- Compatibilidad de caracteres; 6.- Comunicación.

II:- Formación de Identidad.

Concepto. Los hijos necesitan del grupo familiar para descifrar y forjar su identidad personal. Al nacer dependen totalmente de sus padres. Posteriormente, al final de la adolescencia tendrán que afrontar su independencia y la separación de su

familia, ser autosuficiente y transferir los valores adquiridos en la niñez a personas fuera de su familia.

Indicadores:

1.- Facilitación de la independencia; 2.- Confianza en si mismo; 3.- Toma de decisiones; 4.- Modelos de identidad; 5.- Tolerancia a la frustración.

III.- Comunicación, expresión y solidaridad en la familia.

Concepto: el ambiente emocional que caracteriza una familia influye en una familia en el desarrollo de la personalidad y reacciones sociales del niño. La identidad individual se fortalece con la comunicación. La expresión y la solidaridad que conforma la identidad familiar, que a su vez se apoya en la identidad social de la comunidad.

Indicadores:

1.-Manifestaciones afectivas; 2.- Cooperación familiar; 3.- Confianza; 4.- Estructura familia; 5.- Comunicación.

IV.- Estructura de la autoridad en la familia.

Concepto: La estructura que ha sido creada para designar y distribuir el poder y estar relacionada con los fines del grupo familiar. Los esfuerzos unificados de los integrantes de la familia para conseguir fines comunes o similares requieren que cada miembro ejerza un control sobre parte de si mismo en sus relaciones con los otros miembros. La autoridad, con el poder de afianzar tales controles, se ha establecido tradicionalmente por consentimiento común o por normas autocriticas

que impone el miembro con más poder o fuerza para que la familia funcione adecuadamente debe existir límites, jerarquías, e intimidad.

Indicadores:

Toma de decisiones; 2.- Administración de la economía; 3.- Influencia de los familiares (Abuelos); 4.- Dependencia conyugal.

V.- Manejo del conflicto y la agresividad.

Concepto: uno de los factores de la personalidad que auxilia o en su defecto la socialización es la agresividad, esta, cuando encuentra ciertas formas de expresión adecuadas al medio, permite el ajuste, fomentando la seguridad propia y funcionamiento psicosocial adecuado.

Indicadores:

1.- Integración familiar, 2.- Evasión de los conflictos; 3.- Agresión; 4.- Indiferencia afectiva (como una manifestación de rechazo).

VI. Disciplina y método.

Concepto. Todos los sistemas vivientes y mecánicos están gobernados por reglas. Estas responden la pregunta de cómo un patrón dado se repite por sí mismo, por consiguiente, las reglas que rigen a una familia ofrecen características específicas de su funcionamiento, en el término "Regla familia" sugiere normas que respetan la disciplina. Las reglas que mantienen algunos sistemas familiares son de mucho más exclusivas y algunas veces no coinciden con las reglas que rigen la disciplina de la comunidad.

Indicadores:

1. Organización familiar; 2. Disciplina familiar; 3. Cuidado de salud; 4. Empleo de tiempo libre.

VII: Sistema de valores.

Concepto. El desarrollo de la conducta moral, indispensable para la socialización, es un proceso educativo que permite al niño adquirir ciertas normas y prohibiciones razonables con las expectativas de la sociedad; mantener el orden social, mostrar respeto por la autoridad, comprender la necesidad de que existan reglas y adquirir una conciencia gobernada por ideales.

Indicadores.

1. Ambición por la escolaridad; 2. Religiosidad-valores morales.; 3. Confianza padre-hijos; 4. Autopercepción de la familia.

VIII Aislamiento o integración sociocultural.

Concepto. El grupo primario, como factor de integración sociocultural, es un conjunto de personas que determinan en lo fundamental la identidad de una persona y se caracteriza por las reacciones estrechas y afectivas, por la comunicación personal y se caracteriza por las relaciones estrechas y afectivas, por la comunicación personal y frecuente y por que tiende a generar el sentimiento de una unidad común asimilada como "Nosotros". Es un hecho que la conciencia de pertenecer a un grupo u otro grupo afecta lo que a las personas son y hacen, cabe pensar que la pertenencia a una determinada clase social influye conscientemente en la actuación de los grupos y de las personas.

Indicadores:

1. Apego a su identidad cultural; 2. Interés de los padres por las relaciones de amistad de los hijos; 3. Sentimientos de solidaridad social.

La matriz consta de 85 preguntas con respuesta de "Sí" y "No" la deseable o cuya respuesta cuando es la deseable o considerada inadecuada tiene un valor de "0", en algunas ocasiones la respuesta contestada negativamente es la "Correcta" por lo tanto, aunque la respuesta sea "No" se califica como 1. Así, si todas las respuestas tuvieran una respuesta adecuada daría una clasificación de 100 y por lo tanto cada pregunta tendría un valor de 1.18 ($100/85=1.18$).

El promedio de clasificación aceptable para considerar a una familia funcional es de 83 puntos o una puntuación mayor a 1 desviación estándar (DE) de promedio. Aquellas familias con una puntuación menor a 1 de DE del promedio se consideran sospechosas de "Disfuncionalidad" y las ubicadas en menos de 2 DE del promedio son consideradas francamente disfuncionales y requerirán de una valoración clínica y psicológica integral en un periodo relativamente corto con el propósito de diagnosticar una psicopatología o sociopatología.

Calificación de la dinámica familiar.

Familia	Puntuación.
Funcional	≥ 72
Probablemente disfuncional	< 72 y > 61 .
Disfuncional	< 61 .

La validez del instrumento cumple el requisito ya que “Parece” medir el constructo adecuado, se considera que este parámetro no constituye una prueba aceptable de calidad del instrumento. Sin embargo puede ser útil que una medida sea aparentemente válida si también se ha demostrado otros tipos de validez: validez de contenido. Validez de criterio, validez de constructo, interpretación de la validez, relación con la validez externa (32).

3.3. Definición conceptual de insuficiencia renal.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso años y que puede ser asintomática hasta que el filtrado glomerular se haya reducido al 25% de lo normal. También podemos definirla como la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas funcionantes que lleva una incapacidad renal para realizar las siguientes funciones:

- Depurativa y excretora de residuos nitrogenados tóxicos.
- Reguladora del equilibrio hidro-electrolítico.
- Reguladora de equilibrio ácido-base.
- Endocrino-metabólica (22).

3.3.1. Etiología.

En el varón predominan las glomerulonefritis y las nefropatías vasculares. En la mujer predominan las Pielonefritis y las nefropatías por fármacos y quísticas.

A partir de los 15-18 años en adelante con manifestaciones de glomerulonefritis, enfermedad vasculorrenal que incluyen la hipertensión arterial. Enfermedades metabólicas que incluyen a la Diabetes, Cistinosis, Oxalosis, Hipercalcemia, Enfermedad de Fabry, Nefropatías túbulo-intersticiales, Pielonefritis, Nefropatías por fármacos o tóxicos, Enfermedades quísticas, Displasia o hiperplasia renal, Nefropatías hereditarias, Mieloma múltiple, Tuberculosis renal, Tumor renal, Nefropatías asociadas a HIV. No filiadas (22).

3.3.2. Prevalencia.

Es un problema de salud pública mundial en la cual en todos los países se reporta como una incidencia y prevalencia crecientes de pronóstico pobre y alto costo. Hablando de prevalencia en relación de la enfermedad encontramos que esta es muy diversa, ya que los EE.UU. el numero de pacientes con nefropatía terminal, esta aumentando a un ritmo de 7-9% anual. Cada año 2/10.000 desarrollaran la IRC, sin embargo Canadá hace referencia que la enfermedad renal crónica afecta entre 1.9 millones y 2.3 millones de canadienses (27), algunos otros países europeos. El 12 % de la población española padece insuficiencia renal crónica sin saberlo, unos 4 millones de españoles presentan insuficiencia renal crónica (18).

En Chile, la prevalencia de la ERC en fase 3-4 (VFG de 30-59) y 15-19 ml respectivamente) es de 5,7% y 0,2% (31).

En México se menciona una prevalencia de 10.9 en una población de 20 a 69 años de edad, lo equivalente lo equivalente a mas de 6 millones de diabéticos y se estima que para el 2025 habrá 12 millones de los cuales el 33% (dos millones) desarrollaran enfermedad renal crónica (29), otras literaturas refieren que en

nuestro país no tienen una base electrónica que permita conocer con precisión las características de los pacientes en los programas de diálisis (26).

En relación de la IRC con algunas otras enfermedades, por ejemplo en lo que corresponde a la depresión encontramos una prevalencia general de 32.6% de depresión y siendo esta depresión postnatal en mujeres en Durango, esta prevalencia es una de las mas altas informadas en el mundo (32). Otras de las enfermedades que comparamos nuestra prevalencia es la de cáncer de mama en México de la cual consideramos que en cuanto a la prevalencia en cuanto a su edad el 60% de todos los casos se encuentran entre edades fluctuantes de 30 y 59 años y no disponen de datos confiables de nivel nacional sobre la prevalencia e incidencia de la enfermedad debido a la ausencia de un registro de cáncer. Las estimaciones publicadas sugieren que en 1990 se presentaron alrededor de 6000 nuevos casos y se prevé 16,500 nuevos casos por año para el 2020 (33).

De lo anterior consideramos que la IRC se encuentra como las enfermedades que son consideradas como problemas de salud pública.

3.3.3. Clasificación de Insuficiencia Renal Crónica.

La enfermedad renal crónica se divide en cinco estadios, con el estadio mayor representando la peor función renal. En el estadio 1 están los pacientes que no tienen un claro déficit de filtración y se define como una función renal normal o elevada (≥ 90 ml/min/1.73m²) en presencia de daño renal evidente; el cual se define ampliamente, pero mas frecuente se encuentra albuminuria persistente. El estadio 2 (60-89 ml/min/1.73m²) es una reducción leve de la función renal en presencia de daño renal. Los estadios 3-4 (30-59 y 15-29 ml/min/m²)

corresponden a reducción moderada y severa de la función renal. Esta disminución grande de la función renal se clasifica como enfermedad renal sin considerar la evidencia adicional de daño renal. Se escogió el umbral de 60 ml/min/1.73 m²) porque representa una reducción de 50% de la función renal, comparada con el nivel normal de un adulto joven, y además, porque se aumenta las complicaciones cuando la tasa de filtración glomerular cae por debajo de 60ml/min/1.73m². El estadio 5 es la falla renal, definida como TFG< 15ml/min/1.73m². O la necesidad de terapia de sustitución o remplazo (diálisis o trasplante).

Este sistema de clasificación se enfoca en la severidad de la disfunción renal y no en consideraciones diagnósticas, y como tal, complementa y no reemplaza en modo alguno los esquemas tradicionales de clasificación basados en la etiología. Es importante distinguir entre enfermedad renal crónica y los marcadores de la etiología y progresión de la enfermedad renal (28).

3.3.4. Datos clínicos.

Los síntomas de la insuficiencia renal crónica se desarrollan con frecuencia lentamente y resultan inespecíficos, los individuos pueden permanecer asintomáticos hasta que la insuficiencia renal se encuentre sumamente avanzada (VFG< 10-15 ml/min.) Las manifestaciones incluyen fatiga, debilidad y malestar general. Son comunes las molestias gastrointestinales como anorexia, náuseas, vómitos, un sabor metálico en boca e hipo. Los problemas neurológicos comprenden irritabilidad, dificultad en la concentración, insomnio, movimiento incesante de las piernas y contracciones espasmódicas. El prurito es común y difícil de tratar. Al progresar la uremia pueden desarrollarse disminución de la

libido, irregularidades menstruales, dolor torácico con pericarditis y parestesias. Los síntomas de toxicidad medicamentosa, específicamente para aquellos fármacos eliminados por el riñón, aumentan al empeorar la depuración renal.

Al examen físico, el paciente se presenta crónicamente enfermo; la hipertensión es común; la piel puede ser amarillenta con signos de magullabilidad fácil. Pocas veces vista en la era de la diálisis, la escarcha urémica es una manifestación cutánea reflejo de la enfermedad renal en la fase terminal. El hedor urémico es un olor característico, como el de pescado del aliento. Los signos cardiopulmonares pueden incluir estertores, cardiomegalias, edema y un frote de fricción pericárdico. El estado mental puede variar desde concentración disminuida hasta confusión, estupor y coma. El mioclono y la asterixis representan signos adicionales de efectos urémicos en el sistema nervioso central.

El término "Uremia" se utiliza para el síndrome clínico pero la causa exacta continúa siendo desconocida. Se piensa que el BUN y la creatinina del suero son marcadores de toxinas desconocidas y que la urea y la hormona paratiroidea tiene una participación parcial en la toxicidad urémica.

En cualquier paciente con insuficiencia renal crónica, resulta importante identificar y corregir todas las causas reversibles posibles, Deben excluirse infecciones de las vías urinarias obstrucción, depleción de volumen extracelular, nefrotoxicidad, hipertensión e insuficiencia cardiaca congestiva. Cualquiera de estos factores puede empeorar la insuficiencia renal crónica de fondo (19).

3.3.4 Datos de laboratorio.

El diagnóstico de de insuficiencia renal se establece documentando los aumentos en las concentraciones séricas de el BUN y creatinina, exámenes generales de orina anteriores anormales y creatinina sérica estable pero anormal en días sucesivos, es sumamente consistente con un proceso crónico. Es útil registrar la Creatinina reversa sérica (1/Scr) frente al tiempo si se dispone de tres o más mediciones previas; esto estima el tiempo a la enfermedad renal en etapa terminal. Si la inclinación de la línea declina agudamente, deben excluirse causas nuevas de insuficiencia renal. La anemia, la acidosis metabólica, la hiperfosfatemia, la hipocalcemia y la hiperpotasemia pueden desarrollar la insuficiencia renal tanto aguda como crónica. El examen general de orina muestra isostenuria cuando se encuentra deteriorada la concentración tubular y la capacidad de depuración. El sedimento urinario puede mostrar cilindros anchos como resultado de nefronas hipertróficas dilatadas (19).

3.3.6. Mecanismos de progresión de la (IRC).

Una vez que la causa primaria ha ocasionado una destrucción irreversible de un número determinado de nefronas se pondrán en marcha unos mecanismos que tratan de remplazar la función de estas nefronas destruidas. Se producirá una hiperfiltración e hipertrofia glomerular. Estos mecanismos perpetuarán el daño irreversible en las nefronas restantes (22).

3.3.7. Parámetros de control de la Insuficiencia Renal Crónica.

Como cualquier otro enfermo, el que padece insuficiencia renal crónica debe tener una historia clínica bien elaborada, una exploración física, completa y un estudio

analítico que proporcione información tanto sobre la actividad de proceso que causó el daño renal como del grado de deterioro de la función renal, así como se indicaran algunas de las particularidades de la historia del enfermo cuya patología fundamental reside en el riñón, pero conviene insistir en la necesidad de prestar atención a los antecedentes personales lejanos, que muchas veces proporcionan la clave de la enfermedad original, lo imprescindible del conocimiento de la historia social y ocupacional del enfermo así como de sus hábitos dietéticos y de toma de medicamentos. Una recogida de antecedentes familiares, son requisitos imprescindibles para conseguir el diagnóstico del enfermo con insuficiencia renal.

La exploración física debe ser también completa e incluir parámetros que determinen la nutrición y, sobre todo, en los niños, el desarrollo.

Entre los datos de laboratorio, conviene no olvidar los que pueden contribuir al diagnóstico y actividad de la enfermedad de fondo y es muy importante elegir un dato que nos sirve para medir lo más exactamente posible el declinar de la función renal. De éstos el más usado frecuentemente es la cifra de creatinina en sangre. Es conveniente recordar que esta cifra no se altera hasta que el filtrado glomerular se reduce por debajo del 50% del que corresponde para la edad y el sexo del paciente; a partir de este momento, las reducciones ulteriores de la tasa del filtrado se acompañan de incrementos lineales en la concentración de creatinina sérica.

Cuando la función se reduce más (por debajo del 15%), las variaciones de este metabolito tienen mucho que ver con la masa muscular del enfermo y el contenido en carne de la dieta.

Respecto a las exploraciones radiológicas, conviene recordar el peligro que en situación de IRC supone el uso de contrastes yodados y la mucha información que la ecografía puede proporcionar, con ningún riesgo y bajo costo.

Finalmente, conviene subrayar que cuando se ve por primera vez a un enfermo con IRC, o cuando en el seguimiento de alguno conocido desde hace tiempo se produce un deterioro brusco, es preciso repasar las causas de deterioro brusco de la función renal en la IRC, muchas de ellas corregibles y que pueden desacelerar el curso de deterioro, modificando el pronóstico del paciente (30).

El control también comprende la tensión arterial, nutrición y déficits vitamínicos, osteodistrofia renal, anemia, trastornos lipídicos, Complicaciones metabólicas, hidroelectrolíticas, y ácido base, Ingestión hídrica, Comorbilidad (22).

3.3.8. Criterios diagnósticos.

Para considerar la relación de estos criterios es necesario tomar en cuenta en primer lugar la Demostración del descenso del filtrado glomerular.

El incremento de la creatinina sérica: marcador sencillo, barato y que en la práctica cotidiana resulta el habitual.

Descenso del aclaramiento de creatinina mediante recogida de orina de 24 horas y determinación de creatinina en el plasma y orina.

$$CCr = (\text{ml/min}): \frac{\text{Cru} \times \text{Volumen urinario}}{\text{Crpl}}$$

CCr = Aclaramiento de creatinina expresado en ml. por min.

Cru = Concentración de creatinina en orina en mg/dl. Volumen urinario en ml/min.

Si la recogida de orina es de 24 horas, se divide la cantidad total por 1.440.

Crp = Concentración de creatinina en plasma en mg/dl.

Mediante medición indirecta (formula de Cockroft Gault).

$$\text{Aclaramiento estimado} = \frac{140 - \text{edad (años)} \times \text{peso (Kg)}}{72 \times \text{Crp (mg/dl)}}$$

En mujeres debe multiplicarse el resultado por 0,85 (22)

Las bases para el diagnóstico se manejan con azoemia progresiva durante meses o años, síntomas y signos de uremia cuando se acerca la etapa final de la enfermedad, hipertensión en la mayoría, la isostenuria y los cilindros gruesos en el sedimento urinario son comunes, los riñones pequeños bilaterales en el ultrasonido son diagnóstico (19).

3.3.9. Características generales con los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Un paciente se presentará con enfermedad renal en 1 de 2 maneras: Descubierta de modo incidental durante algún examen médico regular o con evidencia de disfunción, como hipertensión, edema, náuseas, y hematuria. El enfoque inicial en ambas situaciones debe consistir en evaluar la causa y la severidad de las anomalías renales. En todos los casos, esta evaluación incluye 1) Una estimación de la duración de la enfermedad, 2) Un examen general de orina cuidadoso y 3) Una evaluación de la velocidad de filtración glomerular (VFG). La historia clínica y el examen físico aunque al igual importante, son variables entre los síntomas y signos específicos se exponen en cada entidad patológica. La siguiente clasificación diagnóstica se realiza de acuerdo con la distribución

anatómica: enfermedades prerrenales, enfermedades postrenales y enfermedades renales intrínsecas. A su vez, las enfermedades renales intrínsecas pueden dividirse adicionalmente en anormalidades glomerulares, tubulares, intersticiales y vasculares (19).

3.3.10. Dinámica familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

En las familias donde el paciente es un adulto que tiene pareja, esta se vuelca sobre él, interrumpiendo sus actividades cotidianas para protegerlo y cuidarlo. Las funciones a las cuales se dedicaba el cónyuge antes del padecimiento son asumidas por un hijo mayor o por un pariente de la familia extensa, en la mayoría de los casos la madre de algunos de los miembros de la pareja. Ahora bien sí el esposo es el enfermo, la mujer contará con un amplio grupo de personas que podrán ayudar en el cuidado del paciente. Esto debe a que la mujer cuenta con un mayor círculo de amistades o apoyos sociales; su problema no estará pues, en el área de quien le brindara apoyo emocional sino en los problemas económicos, especialmente sí el cónyuge enfermo era el proveedor del hogar (13).

4 Planteamiento del problema.

Determinar la importancia de la dinámica familiar en los pacientes con insuficiencia renal crónica ya que esta disfunción familiar es un problema importante y creciente de salud que requiere el desarrollo de un proceso de educación sobre todo dirigido a modificar actitudes, mejorar las habilidades y conocimientos del paciente y de sus familiares, para reforzar las acciones necesarias de apoyo al núcleo familiar.

Aun que la convivencia familiar es alta el apoyo familiar es escaso ya que hay asociación entre el paciente renal y la fase del ciclo vital familiar.

Es de primordial importancia estudiar a la familia del paciente crónico en general y del paciente con insuficiencia renal en particular puesto que es la red más cercana al paciente. La familia se constituye en el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir la prescripción médica, a mantener conductas de salud establecidas, así como para procurar información, asistencia y aliento durante la enfermedad. Así el apoyo familiar es determinante en el control adecuado del paciente.

En las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es de aproximadamente del 77%(6).

Es necesario continuar investigando en nuestro medio la influencia de estos factores en el control metabólico y la mejoría en la calidad de vida del paciente y su familia, a fin de identificarlos y darles atención adecuada.

El estudio de la influencia que tiene la familia sobre el individuo con insuficiencia renal resulta complicado aunque se ha admitido la importancia de la familia en el

control del paciente, en la actualidad existe poca información sobre la familia, el paciente renal en nuestro estado, en nuestra localidad lo que nos ha llevado a la realización de esta investigación.

5. Pregunta de Investigación.

¿Cual es la dinámica familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica en el

Hospital General de Zona con UMF N° 16 de Cd. Cuauhtémoc, Chihuahua?

6. JUSTIFICACION.

La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento. Se prefieren algunas pautas, suficientes para responder a los requerimientos habituales, pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas, transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian en cada una de estas familias.

El enfermo crónico se la pasa una buena parte del tiempo, bajo el cuidado de sus familiares, dependiendo de ellos, por eso el pronóstico depende tanto de la interacción familiar y además de una acción dirigida eficaz, las familias que cuentan con un miembro con diagnóstico de insuficiencia renal suelen funcionar en base a características de excesiva fusión, incapacidad para resolver los conflictos, evitación y disociación de estos a través del enfermo de la familia y una excesiva rigidez.

La relación existente de disfunción familiar encontrada en pacientes con enfermedades crónicas en nuestro país es referida de la siguiente forma:

Los resultados de estudios que han evaluado la dinámica familiar en pacientes con enfermedades crónicas, nos han mostrado que dichos estudios han variado en cuanto al porcentaje de funcionalidad y disfuncionalidad de cada familia, existiendo una gran diferencia de resultados en cada uno de los estudios analizados, motivando a determinar cual es la dinámica familiar existente en esta unidad, en los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

Estudio.	Año	No. Pacientes	Resultados
Salud competencia de las familias diabetes tipo 2. Rev. Med. Imss.	2002	622 Familias	Familias sanas 88.1% Familias patológicos 11.9%
Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch. Med. Fam.	2001	377 familias	Familias funcionales 11.08% Familias disfuncionales 88.92%.
Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica Rev. MED. Imss.	2004	226 familias	Familias funcionales 59% Familias disfuncionales. 41%.
Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II	1993	121 familias	Familias funcionales 74.3%.

diabético tipo II.			Familias disfuncionales 25.7%
Salud publica de México.3			

De ahí que tomamos como punto de partida estos resultados para la realización de este protocolo de investigación cuestionándonos sobre la dinámica familiar en nuestro medio.

7. Objetivos.

1.- Determinar cual es la dinámica familiar en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica adscrito a la Unidad Medica Familiar N° 16 en la ciudad de Cuauhtémoc, Chihuahua.

2.- Identificar la influencia de la disfuncionalidad familiar en el control del paciente con insuficiencia renal crónica

8. Hipótesis.

Hipótesis Trabajo.

Existen diferencias en la dinámica familiar en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica adscritos al HGZ de la UMF N° 16 en la ciudad de Cuauhtémoc, Chihuahua.

Hipótesis nula.

No existen diferencias en la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica adscritos al HGZ de la UMF N° 16 en la ciudad de Cuauhtémoc, Chihuahua.

9 METODOLOGIA

9.1 Tipo de estudio.

Por el control de la maniobra experimental por el investigador:

Es un estudio observacional.

Por la captación de la información:

Es prospectivo.

Por la medición del fenómeno en el tiempo:

Es transversal.

Por el estudio de frecuencia en la población de estudio y en el grupo de riesgo:

Es descriptivo.

9.2 Población, Lugar y tiempo de estudio.

Población, lugar y tiempo de estudio.

El universo de trabajo es El Hospital General de Zona de la Unidad de Medicina Familiar N°. 16 De segundo nivel de atención ubicada en la Localidad de ciudad Cuauhtémoc, Chihuahua, la cual cuenta con servicio de consulta externa, de medicina familiar, de Odontología, especialidades de urología, cardiología, ginecología, pediatría, ortopedia, cuenta con terapia intensiva intermedia, salas de quirófanos, Servicio de Medicina Preventiva, Archivo, farmacia, servicio de urgencias, se cuenta con rayos X, departamento de ultrasonografía, laboratorio de análisis clínicos, departamento de enseñanza.

El medio de Transporte a esta unidad es por medio de autobús urbano, además de autobús rural, vehículos particulares y caminando.

La población total del municipio es de 124,378 habitantes comprendidos (60,901 como hombres y 63,477 como mujeres).

La población derechohabiente a la Unidad de Medicina Familiar es de 67,664 personas.

PERIODO DEL ESTUDIO 2008.

9.3 Tipo y tamaño de muestra.

9.3.1. Tipo de muestra.

Estudio clínico con un tipo de muestra no probabilística de pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Hospital General de Zona de la Unidad de Medicina Familiar N°. 16 con diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

9.3.2. Tamaño de muestra.

El tamaño de la muestra se calculó de una población (n=90) con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, una proporción esperada de 41% de disfunción familiar (Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica Rev. Med. IMSS 2004; 42(2):97-102)

Se consideró un nivel de confianza del 95% y un 80% de poder de prueba.

El tamaño de la muestra fue de 83 pacientes. Para el cálculo del tamaño de la muestra nos apoyamos en el programa EPIINFO v.6 (1993).

9.4 Criterios de inclusión y exclusión

9.4.1 Criterios de inclusión.

- derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social
- Tener una edad mínima de 25 años.

Todo paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que acepte participar con consentimiento informado.

9.4.2. Criterios de exclusión.

- Cuestionarios incompletos o que respondieron con una escala diferente a la indicada.
- Pacientes en los que en el expediente clínico, no estén reportados los exámenes de laboratorio.

9.4.3. Criterios de no inclusión.

- Paciente con diagnóstico insuficiencia renal aguda.
- Tener una edad menor de 25 años.
- Cursar con 3 ó mas diagnósticos simultáneamente.

9.5 Variables.

9.5.1. Variable independiente.

Insuficiencia Renal Crónica.

Definición conceptual.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular, a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso años y que puede ser asintomática, hasta que el filtrado glomerular se haya reducido al 25% de lo normal (22)

9.5.2. Variable Dependiente.

Dinámica Familiar.

Definición Conceptual. Conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo por el ciclo vital por el que este atravesando dicha familia.

Definición Operacional.

Funcionalidad.

Para el presente estudio se define como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, la cual se obtendrá por un instrumento de medición de la dinámica familiar mexicana. El instrumento de medición fue estructurado a partir de un cuestionario que consta de una matriz de preguntas con un sistema para ser aplicado en diferentes estratos sociales, educacionales y económicos, e identifica patrones de comportamiento familiar considerado como normales, fue rediseñado en la estructura de las preguntas, las cuales fueron acomodadas sin una secuencia predeterminada en forma independiente del área de la que proceden para evitar sesgos de respuestas encadenadas, contempla 8 áreas de comportamiento las cuales son las siguientes.

- A. Los padres. Su dinámica y solidaridad en la familia
- B. Formación de identidad.
- C. Comunicación, expresión y solidaridad en la familia
- D. Estructura de la autoridad en la familia
- E. Manejo del conflicto y la agresividad.
- F. Disciplina y método.
- G. Sistema de valores.

H. Aislamiento o integración sociocultural.

La matriz aplica a familias con hijos mayores de 72 meses, familias con hijos menores de 18 meses y, familias con hijos menores de 72 meses.

La que se utilizará en esta encuesta es la de familias con hijos mayores de 72 meses en un total de 85 preguntas.

Parámetros.

0. Funcional > 72.

1. Probablemente disfuncional. <72 y >61.

2. Disfuncional < 61.

Escala de medición: Ordinal.

Es una variable ordinal.

Otras Variables.

Edad.

Para los fines del presente estudio será la que refiere el paciente al momento del estudio.

Todos aquellos que tengan por ejemplo 50 años 5/12 meses o menos se marcará como 50 años y, el que tenga 50 años 6/12 se marcará como 51 años.

Indicador: Años.

Escala de medición: Razón.

Genero.

Para los fines del presente estudio se define como las características fenotípicas del paciente y se clasificara como: Dicotómica

Indicador.

0. Hombre.

1. Mujer.

Escala de medición: Razón.

Peso.

Para el presente estudio será el que se obtenga al colocar al paciente en una báscula calibrada, sin zapatos y será la que marque la báscula y se ajustara el peso por ejemplo: 500 gramos o menos será el inmediato anterior y, 501 gramos o más se ajustara al inmediato superior.

Indicador: Kilogramos.

Es una variable de razón.

Talla.

Para el presente estudio será medido en metros y se define de la siguiente manera. Será medido en metros al colocar al paciente en una báscula con estadímetro, sin zapatos, sin gorra, sin sombrero, u alguna otra prenda que porte en la cabeza, se le colocara hacia la parte posterior con los talones juntos y, las puntas separadas. Se ajustara la talla aquella que marque por ejemplo 150.5 metros y menos se registrara con 150 metros, y aquella que marque 150.6 y mas se registrara con 151 metros.

INDICE DE MASA CORPORAL.

Para el presente estudio se obtendrá dividiendo el peso por la altura en metros al cuadrado. Se clasificara de acuerdo al índice de Quetelet.

0.	Bajo peso	<18.5
1.	Peso adecuado	18.5-24.9
2.	Sobre peso	25-29.9
3.	Obeso	30-39.9
4.	Extremadamente obeso	>= 40

Indicador: Peso entre altura al cuadrado.

Es una variable de razón.

Estado civil.

Para los fines del presente estudio se define al estado de unión civil y/o religioso que manifiesten los entrevistados al momento de estudio y se clasificara como.

0. Casado(a).
1. Soltero(a).
2. Unión libre.
3. Divorciado (a).
4. Separado (a).
5. Viudez.

Indicador: Nombres Propios.

Es una variable Nominal.

Escolaridad.

Para los fines del presente estudio se entiende por escolaridad el grado de instrucción terminada en el sistema escolar Mexicano que refiera el paciente al momento del estudio y se clasificara como años cursados.

0. Analfabetas.
1. Primaria incompleta.
2. Primaria completa.
3. Secundaria incompleta.
4. Secundaria completa.

5. Técnica incompleta.

6, Técnica completa.

7. Instrucción media superior incompleta.

8. Instrucción media superior completa.

9. Instrucción superior incompleta.

10. Instrucción superior completa.

11. Otras.

Indicador: Nombres propios.

Es una variable Nominal

Nivel socioeconómico.

Para los fines del presente estudio, se considera el nivel socioeconómico el que refiera el paciente al momento de la entrevista y, se clasificar:

0.	Bajo: 2 o menos salarios mínimos.
1.	Medio: 3 a 6 salarios mínimos.
2.	Alto: 6 o mas salários mínimos.

Indicador: Salarios Mínimos.

Es una variable ordinal.

Ocupación:

Para los fines del presente estudio la ocupación del paciente se define como la actividad que desempeña al momento de la entrevista y, se clasificara como:

0. Profesional.

1. Comerciante.

2. Obrero.

3. Campesino.

4. Vigilante.

5. Hogar.

6. Pensionada

7. Sin ocupación.

8. Otra.

Indicadores: Nombres propios.

Es una variable Nominal.

Tipología.

Demografía.

Para el presente estudio se considerara la demografía de acuerdo a la comunidad que pertenezca y se clasificara:

Urbana cuando la familia viva en una localidad de 2.500 habitantes o mas.

Rural cuando lo haga en una localidad de menos de 2.500 habitantes

Indicador. Numero de habitantes.

0. Urbana 2.500 habitantes

1. Rural menos de 2.500 habitantes.

Es una variable de razón Dicotómica.

Desarrollo.

Para el presente estudio se considera el tipo de familia de acuerdo a usos y costumbres de la misma y se clasifica como:

0. Moderna.

1. Tradicional.

2. Arcaica.

Indicador Nombres propios.

Es una variable Nominal.

Según la conformación de la familia.

Para el presente estudio serán las características en su composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la conforman y la presencia de otras sin parentesco y, se clasificara como:

0. Familia nuclear.

1. Familia Seminuclear.
2. Familia extensa.
3. Familia múltiple.
4. Familia extensa modificada.

Indicador: Nombres propios.

Es una variable Nominal.

Ciclo vital de la familia.

Para el presente estudio el ciclo vital es una evolución en el curso de la familia que se contrae a medida que el medio social lo hace con cada uno de sus miembros que están en contacto y se va extendiendo, la cual para el presente estudio se divide en:

0. fase preliminar.
1. Fase de recién casados.
3. Fase de expansión.
4. Fase de consolidación y apertura.
5. Fase de independencia.
6. Fase de disolución.

Indicador: Nombres propios.

Es una variable Nominal.

En base a su integración:

Para el presente estudio se clasificara de acuerdo a su integración en:

0. Integrada en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
1. Semi-integrada en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
2. Desintegrada es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio o separación.

Indicador: Nombres propios.

Es una variable: Nominal.

9.6 Técnica y procedimientos.

Para llevar a cabo este estudio se realizará un estudio descriptivo, transversal, en familias de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, en el Hospital General de Zona de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N° 16 en la ciudad de Cuauhtémoc, Chihuahua de el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los años 2007,2008. Con los pacientes integrantes del programa de diálisis peritoneal.

La UMF N° 16 otorga servicios a una población aproximada de 67,664 derechohabientes repartidos 12 consultorios, los cuales distribuidos en dos turno matutino además de 12 consultorios en el turno vespertino.

Se tomarán como criterios de inclusión: Que fueran pacientes renales crónicos captados durante el tiempo señalado y que aceptaran participar en esta investigación, la captación será realiza de los pacientes integrantes del programa de diálisis peritoneal y los que fueran enviados por los especialistas en las fechas mencionadas solicitando la autorización por escrito de cada uno de los integrados al estudio (consentimiento informado).

La encuesta incluye datos generales del paciente: edad, sexo, talla, índice de masa corporal, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación, control médico.

Se incluirán los aspectos familiares: tamaño de la familia, estructura familiar, ciclo de la vida familiar y, la funcionalidad, que estará evaluada por el instrumento de la dinámica familiar nuclear mexicana: Un enfoque cualitativo. Lo que permitirá clasificar a la familia de la siguiente manera de acuerdo a las puntuaciones obtenidas.

Mayor o igual de 72 puntos como funcional, de 71 a 61 puntos probablemente disfuncional y, de 60 o menos puntos como disfuncional.

Una vez reunidas las características anteriores se aplicara el cuestionario por el investigador para evaluar la dinámica familiar, se cotejaron los expedientes correspondientes en comunicación con los médicos especialistas, verificándose las cifras de urea, creatinina, y hemoglobina para verificación y certificación del diagnóstico.

9.7 Consideraciones éticas.

De acuerdo a los códigos internacionales de ética de la investigación, código de Nuremberg (1947), 18° asamblea mundial médica (AMM 1964), declaración de Helsinki 1.29 asamblea (AMM, Tokio 1975), Helsinki II enmendada en la 35ª AMM(Venecia 1983 y 41°, AMM(Hong-Kong 1989).

I. Principios básicos y II. Investigación médica asociada a la atención profesional (investigación clínica) y del consentimiento informado de los pacientes (Declaración de Helsinki II. Artículo 19). Se elaboró este consentimiento informado.

Se informaran los objetivos y la confidencialidad del estudio a realizar, luego se procederá a aplicar la encuesta de la dinámica familiar en el paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

Así mismo se le explicara riesgos y beneficios tanto en formas verbal como por escrito de este trabajo (anexo 1).

Riesgo: A cada uno de los integrantes de este proyecto de estudio se le notificara que no existe riesgo alguno para su salud debido a que en este trabajo no se implican métodos de estudio que pongan en riesgo su integridad.

Beneficios: El diagnóstico oportuno en pacientes con disfunción en la dinámica familiar nos ayudará a referirlo tempranamente a un especialista en medicina familiar para coadyuvar a mejorar en la funcionalidad familiar y por ende mejorar su salud.

Nos apegaremos al artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud en su fracción II.

9.8 Plan de análisis estadístico.

Se realizará un análisis exploratorio para evaluar la calidad de registro de los datos. Se llevará a cabo un análisis univariado en las variables cuantitativas se informará el promedio y la desviación estándar y en las cualitativas la n y la proporción

Se informará la proporción de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en lo que a la dinámica familiar sea disfuncional.

El análisis estadístico se realizará con el programa STATA 9.0 para Windows. (Stata Corp. Stata Statistical software. Release 9.0 College Station, Tx: stata).

10. Resultados.

10.1 Análisis de los resultados.

Este estudio se realizó en el período comprendido entre marzo del 2008 y marzo del 2009 en las familias adscritas a la Unida de Medicina Familiar N°. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Cd. De Cuauhtémoc, chihuahua, México, la población estudiada se muestra en la figura 1.

Se estudiaron 95 pacientes con una edad mínima de 25 años y como máxima de 78 años, de los cuales 51 pacientes eran del género masculino y 44 del género femenino, todos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

Figura 1. Población estudiada.

En la tabla 1, 2, 3, 4, 5, se muestra las características clínicas de los pacientes estudiados.

En la tabla 1 se muestran las características clínicas de los pacientes estudiados en los pacientes estudiados persiste la patología en el género masculino, y su edad promedio fue de 55 años, son pensionados o comerciantes, unidos, con baja escolaridad e ingresos mensuales bajos con predominio de las familias nucleares, tradicionales e integradas en etapas de independencia y retiro; con el tiempo de evolución de la patología de 4 años o menos y en este estudio aparentemente no afecta a la dinámica familiar.

En la Tabla 2 se muestra las características clínicas de las pacientes estudiadas. En este grupo su distribución se aprecia de la siguiente manera, en lo referente a la categoría familiar el grupo presentó una tendencia de mayor incidencia hacia los

pacientes que son considerados como beneficiarios presentando un porcentaje de el 38% seguidos de aquellos que son jefes de familia con el 36% de ellos, En lo correspondiente a su ocupación encabeza este grupo los comerciantes con el 21% y seguidos de los jubilados correspondiendo a un 19%.

Tabla 3 Características clínicas de las familias estudiadas, con respecto a su ingreso mensual de los cual se observo que la mayor parte de las familias estudiadas se encuentran con el grupo en los que corresponde menos de dos salarios mínimos correspondiendo a un 94% de todas las familias, y estas ubicadas en la Cd. De Cuauhtémoc.

Tabla 4.- Características clínicas de las familias estudiadas, con respecto a la relación de su masa corporal en el paciente con el diagnostico de insuficiencia renal los cuales se distribuyen que la mayor parte de ellos se encuentran con sobrepeso correspondiendo a este grupo el 60%,y seguidos por obesidad el 38% de ellos. En cuanto a la relación existente de la enfermedad con el tiempo de evolución, se presento que el grupo muestra mayor predominio entre 1 y 4 años de los cuales equivale al 53% de ellos.

Tabla 5. Características clínicas de los pacientes con insuficiencia renal crónica y la relación de esta con enfermedades concomitantes de las cuales predominaron las enfermedades crónicas degenerativas de las cuales destacan las correspondientes a hipertensión con un 26% y DM con un 23%.

Tabla 6. Características familiar de los pacientes en estudio. En relación a la tipología familiar se presenta un predominio urbano con un porcentaje de 74%, y lo correspondiente a la tipología familiar con predominio de familias nucleares de las

cuales correspondían a un 60%; de estas se mostraron que su desarrollo familiar era tradicionales correspondiendo un 75%, en cuanto a su ciclo familiar se encontró que el 45% en retiro y muerte, y el 85% del grupo estudiado son integradas.

Tabla 8. Correspondiente a funcionalidad familiar y control médico. Los pacientes incluidos en este estudio mostraron 100% de control medico aceptable.

Tabla 9. Nos muestra la funcionalidad familiar de la cual encontramos que las familias estudiadas, las familias disfuncionales mostraron un 44% cercano a lo relacionado con algunos estudios y las familias funcionales corresponden a un 56%.

Figura 1. Población estudiada.

Figura 1. Población estudiada

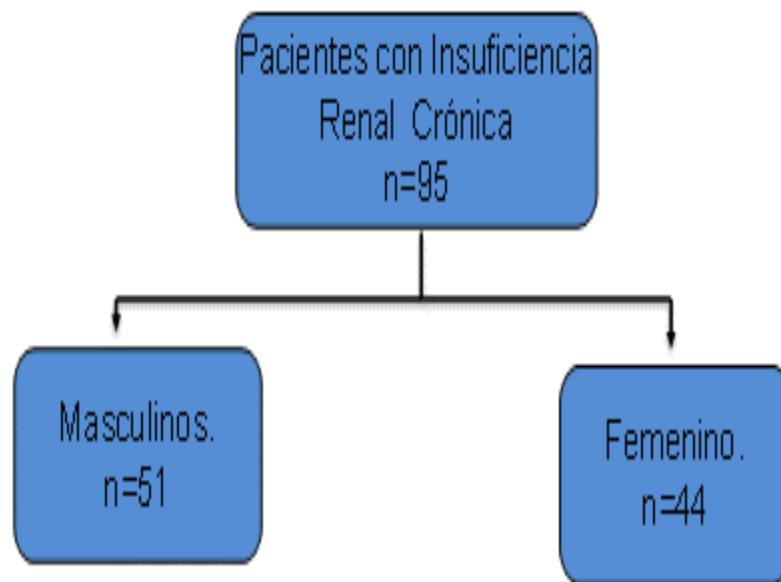


Tabla 1. Características clínicas de las pacientes estudiadas.

Variable	Disfuncional n=22(%)	Probablemente disfuncional n=20(%) n /X ± DE	Funcional n=53(%)	p
Edad		55±16		
Género:				
Masculino	12(55)	9(45)	30(57)	0.81
Femenino	10(45)	11(55)	23(43)	
Estado civil:				
Unidos	19(86)	16(80)	44(83)	0.22
No Unidos	3(14)	4(20)	9(17)	
Escolaridad				
Primaria o menos	18(82)	16(80)	44(83)	0.45
Secundaria o mas	4(18)	4(20)	9(17)	

Tabla 2. Características clínicas de las pacientes estudiadas.

Variable	Disfuncional n=22(%)	Probablemente disfuncional n=20(%)	Funcional n=53(%)	p
Categoría familiar:				
Jefe de familia (A)	8(36)	3(15)	19(36)	0.07
Beneficiarios	9(41)	7(35)	20(38)	
Otro familiar	5(23)	10(50)	14(26)	
Otro no familiar	0(0)	0(0)	0(0)	
Ocupación:				
Desempleado	1(5)	0(0)	0(0)	0.03 *
Pensionado	6(27)	12(60)	19(36)	
Campesino	10(45)	2(10)	5(9)	
Comerciante	4(18)	5(25)	21(40)	
Otros	1(5)	1(5)	8(15)	

*P= < 0.05

Tabla 3. Características clínicas de las pacientes estudiadas.

Variable	Disfuncional n=22(%)	Probablemente disfuncional n=20(%)	Funcional n=53(%)	p
Ingreso				
Mensual:				0.52
Hasta 2 SM	21(95)	18(90)	50(94)	
De 3 a 10 SM	1(5)	1(5)	3(5)	
Mas de 10 SM	0(0)	1(5)	0(0)	
Lugar:				
Cuauhtémoc	8(36)	14(70)	39(74)	0.02 *
Fuera	14(64)	6(30)	14(26)	

*P= < 0.05

Tabla 4. Características de los pacientes estudiados.

Variable	Disfuncional n=22(%)	Probablemente disfuncional n=20(%)	Funcional n=53(%)	p
IMC:				
				0.17
Bajo	0(0)	1(5)	1(2)	
Normal	4(18)	0(0)	9(17)	
Alto/Sobrepeso	12(55)	12(60)	23(43)	
Alto/Obesidad	6(27)	7(35)	20(38)	
Tiempo de evolución:				
				0.43
Menos 1 año	8(36)	7(35)	10(19)	
1-4 años	11(50)	9(45)	28(53)	
5-9 años	3(14)	4(20)	15(28)	
10 y mas	0(0)	0(0)	0(0)	

Tabla 5. Características clínicas de los pacientes estudiados.

Variable	Disfuncional n=22(%)	Probablemente disfuncional n=20(%)	Funcional n=53(%)	p
Enfermedades acompañantes:				
✓Diabetes tipo 2	5(23)	2(10)	8(15)	0.55
✓Hipertensión arterial	9(41)	6(30)	14(26)	
✓Enfermedad articular degenerativas	1(5)	1(5)	0	
✓Cáncer	0	0	0	
✓Cefaleas	2(9)	4(20)	5(9)	
✓Gastritis	2(9)	1(5)	8(15)	
✓Infección Vías respiratorias	1(5)	3(15)	6(11)	
✓Diarreas				
✓Infecciones urinarias	1(8)	2(10)	5(9)	
✓Otras	1(5)	0	3(5)	
	0	1(5)	4(7)	

Tabla 6 Características familiares.

Variable	Disfuncional n=22(%)	Probablemente disfuncional n=20(%)	Funcional n=53(%)	p
Tipología Familiar:				
Urbana	9(41)	14(70)	39(74)	0.06
Rural	13(59)	6(30)	14(26)	
Tipo Familia (Parentesco):				
Nuclear	21(96)	16(80)	32(60)	0.04 *
No nuclear	1(4)	4(20)	21(40)	
Desarrollo Familiar:				
Moderna	4(18)	6(30)	13(25)	0.61
Tradicional	18(82)	14(70)	40(75)	

*P= < 0.05

Tabla 7. Características Familiares.

Variable	Disfuncional n=22(%)	Probablemente disfuncional n=20(%)	Funcional n=53(%)	p
Ciclo Familiar:				
Matrimonio	0	0	1(2)	0.22
Expansión	0	1(5)	1(2)	
Dispersión	6(27)	5(25)	12(23)	
Independencia	11(50)	3(15)	15(28)	
Retiro o Muerte	4(18)	11(55)	24(45)	
No contestó	1(4)	0	0	
Integración Familiar:				
Integrada	19(86)	15(75)	45(85)	0.07
Semintegrada	0(0)	3(15)	5(9)	
Desintegrada	3(14)	2(10)	3(5)	

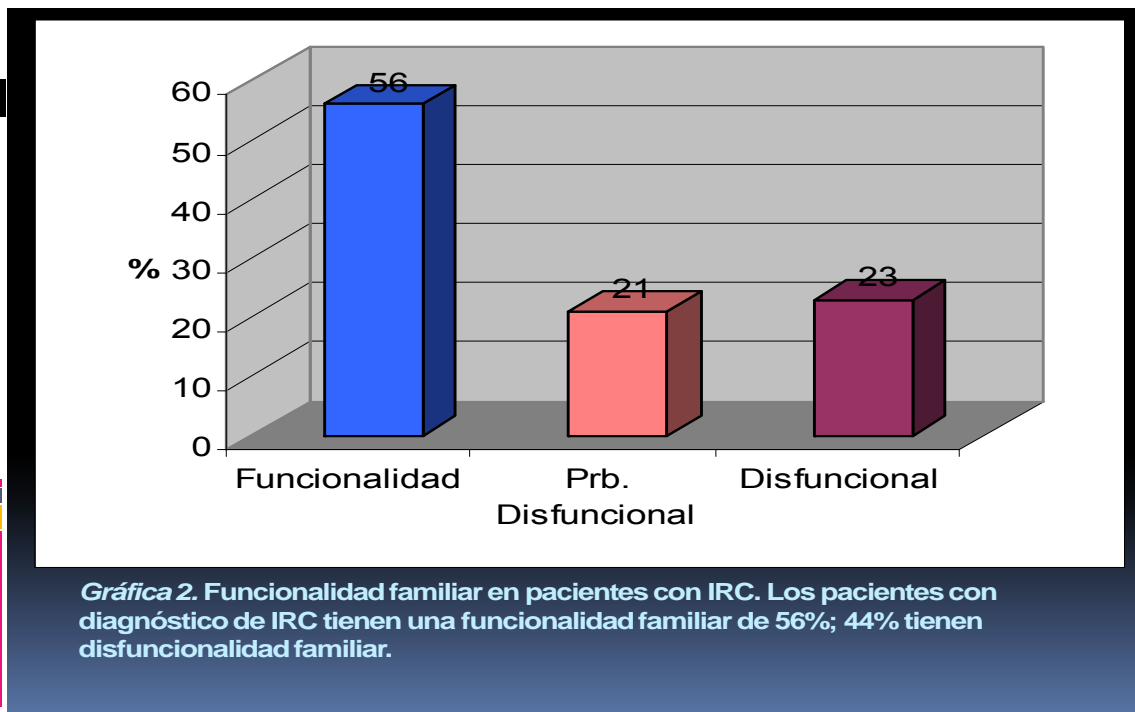
Tabla 8. Funcionalidad familiar y control médico.

Variable	Disfuncional n=22(%)	Probablemente disfuncional n=20(%)	Funcional n=53(%)	p
Control médico:				
Aceptable	22(100)	20(100)	53(100)	0.08
No aceptable	0(0)	0(0)	0(0)	
Descompensado	0(0)	0(0)	0(0)	

Tabla 9. Funcionalidad familiar pacientes con IRC.

Dinámica Familiar	(n=95)	%
Disfuncionalidad	22	23
Probablemente disfuncional	20	21
Funcional	53	56

Grafica 1. Funcionalidad familiar en pacientes con IRC.



11. Discusión.

11.1. Interpretación analítica de los resultados.

Se realizó la aplicación del instrumento de medición de la dinámica familiar nuclear mexicana a un total de 95 familias el cual cuenta con 85 reactivos, valorando la familia funcional, la familia probablemente disfuncional y familias disfuncionales.

En Este estudio nos encontramos que la frecuencia de familias funcionales en paciente de los cuales fueron diagnosticados como paciente con insuficiencia renal crónica, encontrando como resultado familias funcionalidad de 56%, familias probablemente disfuncionales 21% y familias disfuncionales de 23%.

En relación a la disfunción familiar, en las familias estudiadas en general, observamos una alta prevalencia de disfunción familiar (88.92%) en una muestra de 377 familias (6). Otros autores en pacientes con insuficiencia renal crónica identificaron que el 41% eran familias disfuncionales (n=226) (8). Los instrumentos utilizados para la evaluación familiar fueron diferentes (Apgar y Beavers).

Los resultados de nuestro estudio fueron similares a los observados por Rodríguez-Abrego L y cols. 2004 con respecto a la frecuencia de funcionalidad familiar los cuales identificaron un 59% en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, y 41% de disfuncionalidad familiar, aunque para la obtención de los resultados fueron obtenidos con instrumentos de valoración distintos como Apgar y Holmes.

Sin embargo algunos otros estudios realizados por Rodríguez Palma P. y cols. 2005. Con respecto a la frecuencia de funcionalidad familiar identificaron 30% y

con disfuncionalidad de un 70% siendo este estudio valorado con el mismo instrumento de valoración. Cedula para la medición de la dinámica familiar en familias nucleares mexicanas, otros estudios en relación con patologías como depresión Mejía Martínez C. y cols. En el 2008 reportan 81% de familias disfuncionalidad y 19% familias funcionales

En la práctica médica es creciente el incremento de casos de esta patología la cual esta siendo alarmante, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento producidos como consecuencia de la misma enfermedad en el sentido de una mayor dependencia hacia los demás, podríamos inferir que la presión ejercida por dicho padecimiento puede alterar las condiciones facilitadoras de la funcionalidad familiar, considerando necesariamente que la familia conozca cuáles conductas considera útiles o inútiles en el paciente, en forma general, la familia orienta hacia determinados objetivos, sin rigidez ni estricto control bajo niveles de conflicto.

Es de primordial importancia estudiar a la familia del paciente crónico en general y del paciente renal, puesto que es la red social más cercana al paciente.

La familia constituye el primer grupo de apoyo que deberá brindar soporte necesario ya que es determinante en el control adecuado del paciente.

El hecho de no determinar asociación entre el descontrol metabólico en el paciente renal debe ser motivo para realizar estudios mas amplios dado que no fue posible atribuirlo a la funcionalidad familiar.

12. Conclusiones.

Las limitaciones del paciente con diagnóstico de insuficiencia renal requieren del apoyo incondicional de la familia esto con la finalidad de superar una serie de barreras en su tratamiento, el problema es de tipo motivacional (Actitudes negativas) las cuales se incrementan conforme la evolución de la enfermedad, se sabe que el tratamiento intensivo de la insuficiencia renal esta dirigido a conseguir un buen control, retrasar la aparición y progresión de las complicaciones de la enfermedad

Es imprescindible no solo hacer el diagnostico temprano y dar tratamiento oportuno a estos pacientes si no además mejorar la dinámica de sus familias ; la familia de estos pacientes deberán comprender que la enfermedad renal crónica es un padecimiento que como algunas otras enfermedades crónicas como la depresión, la diabetes, la Hipertensión, cada una en su momento afecta el entorno familiar y que el paciente con enfermedad renal necesita sentir el apoyo de sus familiares cercanos, mejorar sus debilidades así como hacer uso adecuado de sus recursos y potencialidades, ya que de primer instancia es la familia quien mas cerca de ellos están; quienes verdaderamente son pilares en su vida quienes pueden contribuir de una forma positiva para una mejor y mas rápida recuperación.

Por otra parte consideró necesario que el medico en el primer nivel de atención a la salud le de este enfoque familiar al tratamiento de sus pacientes con enfermedades crónicas, dejando de lado el tratamiento individualizado, que solo apunta a la cronicidad y a la perpetuación del deterioro de la salud, no solo de quienes la padecen si no de todo el entorno familiar.

Este, es sin duda un problema que deberá seguir estudiándose en nuestro medio, tanto en áreas rurales como urbanas ya que la frecuencia o incremento de los pacientes renales esta en aumento considerablemente y sin duda influye en la dinámica familiar de este grupo social.

En las unidades de medicina familiar se requiere de establecer compromisos a fin de realizar un manejo mas estrecho con las familias disfuncionales y con los pacientes que son diagnosticados con patología renal crónica, existe la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar independientemente de las características de las familias para incidir oportunamente en la aparición de las complicaciones.

Los hallazgos fueron similares a los registrados no en su totalidad. Un programa para detección oportuna de enfermedad crónica renal (ECR) en primer contacto , mayor numero de nefrólogos, una clínica predialisis y un registro electrónico de pacientes con ERC serán aéreas de oportunidad imperativas para la mejoría.

13. Referencias Bibliográficas.

- 1.- Huerta J., 1999. Relación Médico Paciente. (Ed.) La familia en el proceso salud-enfermedad. Intersistemas, pp. 55-64.
- 2- Huerta, J., Farfán G., 1999. Estudio de la salud familiar. (Ed.) PAC MF-1. Intersistemas, Cd. De México, pp. 1-30.
- 3.- Vázquez, F., Saucedo, J.M., Maldonado J.M., 2003. El individuo diabético y su sistema familiar. (Ed.) La familia: Su dinámica y tratamiento. Paltex, Washington D.C., pp. 201-208.
- 4- Irigoyen, A., Wall, C., Esteban R., y cols., 1985. La familia. (Ed.) fundamentos de medicina familiar. Méndez, C. Editor. Impreso en México, pp.3-11.
- 5- Álvarez, A.M., Ayala, A., Nuño A.E., Efrén M., Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI). Rev. Mexicana de medicina física y rehabilitación. Julio-Septiembre 2005, Vol. 17, Núm. 3.
- 6.- Huerta, N., Valadès, B., Sánchez, L., Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Archivos en medicina familiar 2001;3 (4): 95-98
- 7.-Azcarate, E., Ocampo, P., Quiroz, JR., Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Archivos de medicina familiar 2006, Vol. 8 (2) 97-102.

- 8.-Rodríguez, G., Rodríguez, I., Disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia renal crónica. Rev. Medica del IMSS. Marzo-abril del 2005, Vol. 42. N° 2.
- 9.- López, D., Sabag, E., Díaz, M.J., Monzón, M.A., Neumonía adquirida en la comunidad. Enfoque de riesgo y funcionalidad familiar. Rev. Médica del IMSS. Enero-Febrero 2006. Vol.44. N° 1.
- 10.- Mendoza, L.A., Soler, E., Sainz, L., Gil, I., Mendoza, H.F., Pérez, C., Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos de medicina familiar. 2006, Vol. 8(1) 27-32.
- 11.- Méndez, D.M., Gómez, V.M., Garcia, M.E., Pérez, J.H., Navarrete, A., Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Medica del IMSS. 2004; 42 (4):281-284.
- 12.- Gómez, FJ., Ponce, ER., Irigoyen, A.E., Originales breves, Faces III: Alcances y limitaciones. Atención Familiar.2005 Enero-Febrero, 12 (1) 11.
- 13 .- Saucedo, J.M., Maldonado, J.M., 2003. Bases teóricas y técnicas de la terapia familiar: Organización o estructura. En: Saucedo, J.M. (Ed.) La familia: su dinámica y tratamiento. Organizaron panamericana de la salud oficina regional de la salud organización mundial de la salud. Instituto mexicano del seguro social. Washington D.C. pp.3-13.
- 14 .- Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en medicina familiar. 2005. Vol. 7. Suppl 1. 15-19.

- 15 .-Treviño, A., Insuficiencia renal crónica: Enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. Cir. Ciruj. Vol. 72 N°.1, Enero-febrero 2004.
- 16 .- Torales, F.M., GARCIA, L., Insuficiencia Renal Crónica. Subsecretaria de prevención y control de enfermedades. Junio 2000, Vol.2, N°. 6.
- 17 .- Tranche, S., Riesgo, A., Marín, R., Díaz, G., García, A., Prevalencia de insuficiencia renal oculta en población diabética tipo 2. Atención primaria semFYC. ABRIL, 2005. Vol. 35, N°.07. pp.359-354.
- 18 .- Los casos de insuficiencia renal crónica aumentan 5% cada año. Jano on-line. 23/05/2005.
- 19 . - Lawrence, M., Stephen J., Maxine, A., 2005. Insuficiencia renal crónica. En: Lawrence, M. (Ed.) Diagnostico clínico y tratamiento. Manual moderno, pp. 867-874
- 20 .- Amato, D., La insospechada insuficiencia renal. Periodismo de ciencia y tecnología, Investigación y desarrollo. Marzo 2001.
- 21 .-Arredondo, A., Rangel, R., De Icaza, E., Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal. 1998. Rev. Salud publica vol.32 N°. 6 1-14.
- 22 .- Ferrer, R., Hernández, J., Insuficiencia renal cronica1: definición, estadios evolutivos, mecanismo de progresión, etiología y criterios de diagnostico. Guías clínicas de la insuficiencia renal en atención primaria. Nefrología. 2001 Vol. XXI suppl 5. 14-57.

23.-Insuficiencia renal.

http://www.zaragoza.unam.mx/educacion_n_linea/tema_10_insuf_rena...

30/07/2007.

24.- Robles, T., Eustace, R., Fernández M., 1987. El paciente difícil, su familia y el equipo de salud. En: Eustace, R, (Ed.) El enfermo crónico y su familia, propuestas terapéuticas. Ediciones nuevo mar, S.A. de C.V. CEMIC. Impreso en México. pp.129-149.

25.- Gafre, O., Barinboim, B., Aportes para un campo interdisciplinario: cuidados médicos y abordajes psicoterapéuticos. Salud y familia: la relación entre enfermedad y dinámica familiar. Mayo 2001. Nº. 78. pp. 3-29. 14.1

26.- Méndez, A., Méndez, F., Tapia, T., Epidemiología de la Insuficiencia Renal crónica, Diálisis y Trasplantes. Sociedad Española de Diálisis y Trasplantes. Vol. 31. Issue1. Enero-marzo 2010. Pag. 9-11.

27. - Clinical Guidelines, Guidelines for the management of chronic kidney disease, CMAJ. November 18, 2008; 179 (11). Canadian Medical Association.

28.- León, D. Ordoñez, I. Guía para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica, Fundación para la investigación y desarrollo de la salud y seguridad social, Bogotá, 2005.

29.- Méndez A. Prevención del daño, manejo de la Enfermedad Renal Crónica en el primer nivel de atención médica, Aten. Fam. 2010. Vol. 17 (3). 74-78.

30.- Avendaño L., Aljama, P., Arias, M. Nefrología clínica. Procedimiento diagnóstico en el enfermo con Insuficiencia Renal Crónica. Capítulo 18.1, Editorial médica panamericana. pag 692-695.

- 31.-Mezzano, S., Aros, C., Enfermedad Renal crónica; clasificación, mecanismo de progresión y estrategias de renoprotección. Rev. Méd. Chilena V.133. n.3. Santiago 2005. Pag. 338-348.
- 32.- Cosme, A., Sifuentes, A., Estrada, S. Prevalencia de depresión post natal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Méd Méx Vol. 146 No. 1 1,2010.
- 33.- Marie, F., Nigenda, G., Cáncer de Mama en México Una prioridad apremiante. Méx. V.51 sup. Cuernavaca 2009.
- 34.- Taylor, R., Chronic Renal Failure. Manual of family practice, lippincott Williams y wilkins 2002. 2nd,ed. Pag. 368-372.
- 35.- Irigoyen-Coria, A., Fernández, M., Reyes,. Fundamentos de la Medicina Familiar 3^a. Ed. México. Medicina Familiar mexicana 1995: 21-54.
- 36.- Fred, F., Ferri, M., Insuficiencia Renal Crónica, Consultor clínico de medicina interna, Editorial océano, Barcelona España. Pag. 241-242.
- 37.-Pizarro, E., Rivera, M. La familia como problemática de salud en atención primaria, Tendencias en salud publica salud. Pag. 1-12.
- 38.-Vasquez-Garibay E.,cuantitativo. Bol Med Hosp Infantil Sanchez-Talamantez, E., Instrumento de medición de la dinámica de la familia nuclear mexicana un enfoque cuantitativo. Bol Med Hosp Infantil Méx. 2003, 60: 33-53.

14. Anexo.

14.1 Anexo 1

Formato para adulto.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.

LUGAR: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 16.

FECHA _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado Dinámica familiar en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de el Hospital General de Zona N°. 16 de la CD de Cuauhtémoc, chihuahua, México.

Registrado ante el comité local de investigación médica como el número

El objetivo de este estudio es: Identificar la dinámica familiar en paciente con insuficiencia renal crónica.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder al cuestionario de escala de funcionamiento familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: no existe riesgo alguno.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado , que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda, que le plantee acerca de los procedimientos que llevaron acabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

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

César Ibarra Escobedo

11090308

Nombre y firma del paciente

Nombre, matricula y firma del

Investigador.

Testigo.

Testigo.

14.2.- Anexo 2

INSTRUMENTO DE MEDICION.

CUESTIONARIO SOBRE DINAMICA FAMILIAR.

Matriz general (aplica a familias que incluyan hijos mayores de 72 meses).

1. ¿Ustedes disfrutan el tiempo libre en actividades familiares?

Si = 1 No = 0

9. ¿Usted ha enseñado a su hijo(a) con el ejemplo a prestar ayuda cuando esta dentro de sus posibilidades hacerlo?

Si = 1 No = 0

2. ¿Usted se interesa por los asuntos de la escuela de su hijo(a)?

Si = 1 No = 0

10. ¿Usted cree que su hijo(a) se siente capaz de contradecirla?

Si = 1 No = 0

3. ¿Usted cree que la gente con una carrera universitaria vale mas?

Si = 1 No = 0

11. ¿Usted siente que impide madurar a su hijo (a)?

No = 1 Si = 0

4. ¿En su familia los deberes de cada quien están claramente definidos?

Si = 1 No = 0

12. ¿A usted le parecen útiles los estudios universitarios?

Si = 1 No = 0

5. ¿Ustedes luchan en los momentos difíciles por mantener unida a la familia?
13. ¿Puede decir que su familia es organizada?

familia?

Si = 1

No = 0

Si = 1

No = 0

6. ¿En su familia hay reglas que deben cumplir?

14. ¿Su hijo (a) es responsable de todos sus asuntos de la escuela?

Si = 1

No = 0

Si = 1

No = 0

7. ¿Usted, participa en actividades comunitarias (vecinal, condominios, organizaciones sociales, etc.)?

15. ¿Usted y su pareja se han agredido físicamente?

Si = 1

No = 0

No = 1

Si = 0

8. ¿Su pareja critica con frecuencia su forma de ser?

16. ¿Para cuestiones importantes usted toma en cuenta la opinión de su hijo (a)?

No = 1

Si = 0

Si = 1

No = 0

Vázquez GE, Sánchez TE, Navarro LME, Romero VE, Pérez CL.

17. ¿El manejo del ingreso familiar es compartido en pareja?

26. ¿Usted piensa con frecuencia que su pareja la odia?

Si = 1

No = 0

No = 1

Si = 0

18. ¿En su familia se preocupan por comer sanamente?

27. ¿Su pareja la (o) ha golpeado?

comer sanamente? No = 1 Si = 0

Si = 1 No = 0

19. ¿Considera usted que su pareja es un ejemplo a seguir por su hijo (a)? 28. ¿Usted y su pareja discuten con mucha frecuencia?

Si = 1 No = 0 N0 = 1 Si = 0

20. ¿Usted respeta las decisiones de su hijo? 29. ¿Frecuentemente su hijo (a) hace algo

Si = 1 No = 0 para molestarlos?

No = 1 Si = 0

21. ¿Su hijo (a) puede hablar con usted sobre su curiosidad, dudas e inquietudes relacionadas con el sexo? 30. ¿Su hijo (a) es ordenado y limpio?

Si = 1 No = 0

Si = 1 No = 0

22. ¿En su casa se puede decir lo que cada quien piensa? 31. ¿Usted y su pareja tienen formas de pensar muy parecidas?

Si = 1 No = 0 Si = 1 No = 0

23. ¿A usted generalmente le disgusta el comportamiento de su pareja? 32. ¿La mayoría de las decisiones en casa se toman en pareja?

Si = 1 No = 0

No = 1 Si = 0

24. ¿Usted convive con los amigos de su hijo?

Si = 1 No = 0

33. ¿Usted es cariñoso (a) con su hijo(a)?

Si = 1 No = 0

25. ¿A su hijo se le dificulta actuar sin antes consultarlo con ustedes?

No = 0 Si = 1

34. ¿En su familia tratan siempre de ayudarse unos a otros

Si = 1 No = 0

35. ¿En su familia todos tienen ideas muy parecidas sobre el bien, la justicia, la religión, etc.?

Si = 1 No = 0

44. ¿Usted admira a su pareja?

Si = 1 No = 0

36. ¿Los momentos difíciles suelen resolverlos juntos?

Si = 1 No = 0

45. ¿Su hijo(a) se siente seguro en su hogar?

Si = 1 No = 0

37. ¿Usted tiene amigos de toda la vida?

Si = 1 No = 0

46. ¿Usted cree que su unión es para toda la vida?

Si = 1 No = 0

38. ¿Usted le da libertad a su hijo(a) de escoger su ropa? 47. ¿Usted le ha dicho a su hijo(a) lo que debería estudiar?

Si = 1 No = 0 Si = 1 No = 0

39. ¿Su hijo(a) cree que le toca crecer en una buena familia? 48. ¿En los momentos de crisis logra la familia ponerse de acuerdo?

Si = 1 No = 0 Si = 1 No = 0

40. ¿Su hijo (a) puede hablar con usted de todo lo que le sucede? 49. ¿Acostumbran salir y divertirse juntos en familia?

Si = 1 No = 0 Si = No = 0

41. ¿Su pareja ha abandonado por mas 24 horas la casa a consecuencia de un disgusto? 50. ¿En su casa la disciplina se basa en regaños?

No = 1 Si = 0 No = 1 Si = 0

42. ¿Alguno de sus hijos se ha marchado de la casa a consecuencia de un problema? 51. ¿Piensa usted que su pareja la(o) quiere?

No = 1 Si = 0 Si = 1 No = 0

Anexo 1. Continuación.

43. ¿En su familia cada quien hace su vida sin importarle los demás?

No = 1 Si = 0

52. ¿Usted cree que es mas importante ganar dinero que tener un titulo?

No =1 Si = 0

53. ¿Con frecuencia comentan en su casa los problemas de México?

Si = 1 No = 0

62. ¿Usted confía en su hijo?

Si = 1 No = 0

54. ¿Su pareja depende totalmente de usted?

No = 1 Si = 0

63. ¿Alguno de ustedes rechaza a su hijo(a)

No = 1 Si = 0

55. ¿Cuándo discuten frecuentemente alguno pierde por completo el control?

No = 1 Si = 0

64. ¿En su familia la religión es un tema del que se habla mucho?

Si = 1 No = 0

56. ¿Usted se interesa porque su hijo(a) practique deporte?

Si = 1 No = 0

65. ¿Usted cree que después de los años de vivir juntos conoce a su pareja?

Si = 1 No = 0

57. ¿Le ha enseñado a su hijo(a) a

66. ¿Se considera usted un ejemplo

esperar para obtener lo que desea?

Si = 1 No = 0

que le gustaría seguir a su hijo(a)?

Si = 1 No = 0

58. ¿Usted trata a su hijo como si fuera mas pequeño?

No = 1 Si = 0

67. ¿Sus hijos le hablan de tu?

Si = 1 No = 0

59. ¿Usted platica con su hijo(a) sobre lo que piensan acerca de la moral e inmoralidad?

Si = 1 No = 0

68. ¿Usted le pega con frecuencia a su hijo(a)?

No = 1 Si = 0

60. ¿Sus padres influyen mucho en sus asuntos familiares?

No = 1 No = 0

69. ¿Cuándo su hijo(a) quiere hacer algo por si mismo usted le pone obstáculos?

No = 1 Si = 0

Anexo 1. Continuación.

61. ¿Usted ha enseñado a su hijo(a) a fijarse metas pequeñas y posibles?

Si = 1 No = 0

70. ¿El dinero familiar se maneja cuidadosamente?

Si = 1 No = 0

71. ¿En su familia pelen mucho?

80. ¿Comparte usted, con su pareja sus metas, aspiraciones v provecos?

- | | | | |
|--|--------|--|--------|
| No = 1 | Si = 0 | sus metas, aspiraciones y proyectos? | |
| | | Si = 1 | No = 0 |
| 72. ¿Su pareja acostumbra ayudar en el trabajo de la casa? | | 81. ¿Muchas veces platica toda su familia junta? | |
| Si = 1 | No = 0 | Si = 1 | No = 0 |
| 73. ¿Su hijo(a) tiene un horario para hacer tareas y estudiar? | | 82. ¿Usted impulsa a su hijo(a) a que tome sus decisiones? | |
| Si = 1 | No = 0 | Si = 1 | No = 0 |
| 74. ¿Usted se siente orgulloso de ser mexicano? | | 83. ¿Las actividades de su familia en su mayoría las planean con anterioridad? | |
| Si = 1 | No = 1 | Si = 1 | No = 0 |
| 75. ¿Después de situaciones difíciles han logrado vivir sin rencor ni resentimiento constante? | | 84. ¿En su familia acostumbran rezar, (orar, hacer oración)? | |
| No = 1 | Si = 0 | Si = 1 | No = 0 |
| 76. ¿Se siente separado(a) sentimentalmente de su pareja aunque viven juntos? | | 85. ¿Considera usted que su hijo(a) manifiesta un miedo excesivo a enfrentar dificultades? | |
| No = 1 | Si = 0 | No = 1 | Si = 0 |

77. ¿En su familia siempre se tratan con groserías?
FAMILIA PUNTUACION
FUNCIONAL ≥ 72
No = 1 Si = 0

78. ¿Ustedes casi siempre logran ponerse de acuerdo para ordenarle algo a su hijo (a)?
PROBABLEMENTE DISFUNCIONAL
 < 72 Y > 61
Si = 1 No = 0

79. ¿En su familia cuando se pelean muy fuerte buscan pronto contentarse?
DISFUNCIONAL ≤ 61 .
Si = 1 No = 0

14.3. Anexo 3

DISEÑO DE LA ENCUESTA.

ENCUESTA DE DINAMICA FAMILIAR.

Ficha de identificación.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Afiliación. _____

Edad: _____ Años.

Peso: _____ Kg.

Talla: _____ Mts.

IMC: _____ Kg. /m²

(0). Bajo peso < 18.5 (1) Peso adecuado 18.5-24.9. (2) Sobre peso 25-29.9.

(3) Obeso 30-39.9 (4).Extremadamente obeso 40 y mas.

Genero:

(0) Hombre (1). Mujer.

Estado Civil:

(0) Casado (1) Soltero (2) Unión libre. (3). Divorciada.

(4). Separado. (5). Viudez.

Ingreso Familiar:

(0). Alto mas de 10 salarios mínimos.

(1). Medio de 2.5 a 10 salarios mínimos.

(2). Bajo menos de 2.5 salarios mínimos.

Continuación anexo 1.

Escolaridad en años cursados: _____

(0) Analfabeta.

(1). Primaria incompleta.

(2). Primaria completa.

(3). Secundaria incompleta.

(4). Secundaria completa.

(5).Técnica incompleta.

(6). Técnica completo.

(7). Instrucción media incompleta.

(8). Instrucción media completa.

(9). Instrucción superior incompleta.

(10). Instrucción superior completa.

Funcionalidad Familiar:

(0). Funcional ≥ 72 .

(1). Probablemente disfuncional. < 72 y > 61 .

(2). Disfuncional. $< 0 = 61$.

Tipología familiar en base a su demografía:

(0). Urbana (1). Rural.

En base a su composición:

(0). Familia nuclear. (1). Familia Seminuclear. (2) Familia extensa.

(3) Familia compuesta (4). Familia múltiple. (5) Familia extensa modificada.

Anexo 1. Continuación.

Por su desarrollo:

(0). Moderna (1). Tradicional. (2). Primitiva.

Por la ocupación del jefe de familia.

(0). Profesional. (1). Comerciante. (3). Campesina.

(4). Vigilante. (5). Hogar. (6). Pensionada.

(7). Sin ocupación. (8). Otra.

Etapas actuales del ciclo de vida familiar.

- (0). Fase preliminar. (1) Fase de recién casados. (2). Fase de expansión.
- (3). Fase de consolidación y apertura. (4). Fase de desprendimiento.
- (5). Fase de independencia. (6). Fase de disolución.

De acuerdo al grado de integración.

- (0). Integrada.
- (1). Semi-integrada.
- (2). Desintegrada.