



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3

CD. VALLES, S.L.P.

**PREVALENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DEL HGZ No 6, CIUDAD
VALLES, S.L.P.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CATALINA DEL ANGEL CERVANTES

CD. VALLES S.L.P

MARZO 2012

**PREVALENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DEL HGZ No 6, CIUDAD
VALLES, S.L.P.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CATALINA DEL ANGEL CERVANTES

AUTORIZACIONES:

DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 CD. VALLES, S.L.P.

DR. OSMAN DAVID ACOSTA ORTEGA

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
MEDICO PEDIATRA DEL H.G.Z. No 6, CD. VALLES, S.L.P.

DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 CD. VALLES, S.L.P.

DR. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**PREVALENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DEL HGZ No 6, CIUDAD
VALLES, S.L.P.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CATALINA DEL ANGEL CERVANTES

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

PRIMERAMENTE A DIOS POR HABER PERMITIDO CONCLUIR CON ESTA ESPECIALIDAD, YA QUE SIEMPRE LE PEDÍ QUE ME DIERA FORTALEZA, SALUD Y PACIENCIA, PUES HUBO MOMENTOS EN LOS QUE ES DEMASIADO ESTRÉS Y QUEREMOS FLAQUEAR, PERO ÉL JAMÁS NOS ABANDONA. GRACIAS DIOS.

A MI MADRE POR QUEDARSE SIEMPRE AL CUIDADO DE MIS HIJOS, APOYÁNDOME Y DÁNDOME ANIMO A SEGUIR ADELANTE, LA QUIERO MUCHO MAMÁ CATA Y AGRADEZCO A DIOS POR TENERLA CONMIGO Y LE PIDO QUE LA COLME DE DICHA Y SALUD, YA QUE SIN USTED, NO HABRÍA LOGRADO MI PROPÓSITO.

A MI ESPOSO MANUEL POR SIEMPRE ESTAR A MI LADO, DÁNDOME SU APOYO PARA CONTINUAR SUPERÁNDOME Y ALENTÁNDOME A NO RENDIRME, SOPORTANDO MIS HORAS DE ESTRÉS Y QUEDÁNDOSE A CARGO DE NUESTRA FAMILIA EN MI AUSENCIA. SABES QUE TE AMO Y DOY GRACIAS A DIOS POR ESTAR JUNTO A TI.

A MIS HIJOS MANUEL Y KARIM QUIENES A PESAR DE SU CORTA EDAD, COMPRENDIERON MI AUSENCIA Y ESPERABAN A MI REGRESO COLMÁNDOME DE AMOR Y FELICIDAD. LOS AMO HIJOS.

A TODA MI FAMILIA QUE DE UNA U OTRA FORMA SIEMPRE ME BRINDAN SU APOYO Y ME DAN FUERZA PARA SEGUIR ADELANTE, PUES HE CUMPLIDO UN DESEO, A PESAR DE LAS ADVERSIDADES. GRACIAS A TODOS.

A MIS MAESTROS CON LOS QUE CONVIVÍ DURANTE ESTOS 3 AÑOS, A MI ASESORA LA DRA. JOVITA, GRACIAS POR SUS ENSEÑANZAS Y TAMBIÉN POR SU APOYO EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES QUE PASE, EN LOS QUE SIEMPRE ME DIO PALABRAS DE ALIENTO, SIEMPRE BUSCANDO LO MEJOR PARA NUESTRA GENERACIÓN. GRACIAS.

A ALGUIEN QUE GRACIAS A ÉL FUE POSIBLE TERMINAR ESTE TRABAJO, QUE NO LE IMPORTO DESVELARSE, SALIR DE SU JORNADA DE TRABAJO Y CONTINUAR ASESORÁNDOME EN LA TESIS, Y DESPUÉS REGRESAR A TRABAJAR SIN DESCANSO, MUCHAS GRACIAS DR. OSMAN.

TITULO

PREVALENCIA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIALISIS
PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DEL HGZ No 6, CIUDAD VALLES,
S.L.P.

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ÍNDICE**

1.- TITULO -----	1
2.- INDICE GENERAL -----	2
3.- ANTECEDENTES -----	3
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	13
5.- JUSTIFICACION -----	14
6.- OBJETIVOS-----	16
General	
Específicos	
7.- HIPOTESIS -----	17
8.- METODOLOGIA -----	18
Tipo de Estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación-----	19
Información a recolectar y variables a recolectar-----	20
Procedimiento para captar la Información -----	25
Consideraciones Éticas -----	27
9.- RESULTADOS -----	28
Descripción de los Resultados	
Tablas y Gráficos	
10.- DISCUSION (ANALISIS DE RESULTADOS) -----	42
11.- CONCLUSIONES -----	44
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	46
13.- ANEXOS-----	50

ANTECEDENTES:

Las enfermedades crónicas tienen una gran repercusión en la sociedad y específicamente en la familia del enfermo, por lo que la insuficiencia renal ocasiona que el paciente se haga dependiente de la familia, por lo tanto al atender a una persona padeciendo de una enfermedad catalogada como terminal, siempre debe tenerse en cuenta que la unidad básica a tratar es la familia, ¹ siendo ésta última la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. ^{1,2}

Las funciones de la familia permiten que sus miembros desarrollen la autonomía y la identidad. Sin embargo, ante una enfermedad crónica todos los integrantes sufren cambios en cuanto a la autonomía llegando a depender de sus familiares y se ven afectados sus roles, así como su desarrollo sin importar en que etapa de la vida se encuentre. Teniendo en cuenta las etapas que vive el ser humano como son:

- a) Sexual: Busca el encuentro afectivo de la pareja y la reproducción de la especie.
- b) Económica: La familia debe desarrollar sus habilidades para procurarse su manutención y satisfacer sus necesidades materiales.
- c) Social: La Familia transmite valores, tradiciones y principios que les permiten a los individuos insertarse en la sociedad.
- d) Afectiva: Es el clima afectivo que transmite la familia y está expresado en la calidad de sus lazos de amor, lealtad, apoyo y reconocimiento. Esta función es la única que la familia no puede delegar al sistema social.
- e) De soporte y apoyo mutuo: ayuda en crisis. Función fundamental, que se pierde peligrosamente en el momento del duelo. ^{2,3}

Los límites de la familia son una barrera invisible en la misma, que protege el espacio de cada individuo con relación al manejo de la información y distribución de funciones. Estos límites pueden ser de tres tipos: De límites claros, cuando se intercambia información manteniendo la privacidad y permitiendo la participación, la colaboración, el sentido de pertenencia y la presencia de normas claras; De límites difusos, cuando se comparte toda la información, no hay privacidad ni independencia,

los roles y las normas no son claras pues la familia no ha delimitado a su interior el cumplimiento de funciones específicas; y finalmente, de límites rígidos, cuando no se comparte información, existen barreras en la comunicación, no hay sentido de colaboración ni de pertenencia al grupo familiar.³

Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos; así mismo, están obligados a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible. La funcionalidad de cualquier familia se ve influida en forma determinante por el hecho de que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención.^{4,5}

Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación.^{6,7}

La influencia de esta enfermedad en el desarrollo de la personalidad del paciente es variable y depende de factores que van desde el nivel de desarrollo que haya alcanzado ésta antes del diagnóstico, hasta las características del medio social en el que se inserta.^{7,8}

Por lo anterior se denomina familia funcional, cuando es capaz de cumplir sus funciones básicas que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno. A su vez cuando una familia no puede ejercer estas funciones, utilizamos el término de familia disfuncional.⁹

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales y religiosos. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o

positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización.^{7,9}

En el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), los estudios de familia son escasos, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa; situación que viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas teóricas para la atención e intervención de los afectados.⁶

Investigaciones de la Calidad de Vida en el paciente renal y su influencia en la supervivencia, los niveles de nutrición, las relaciones psicosociales, también son importantes.¹⁰

La mayoría de las investigaciones al respecto se realizan en familiares de los niños con IRC, por su mayor influencia en la evolución de los pequeños. También se destacan las evaluaciones del impacto de la diálisis ambulatoria en los miembros de la familia, así como la vinculación de esta en el proceso de apoyo social.^{6,11}

De esos estudios, en el desarrollado por Watson se informa que padres de niños con tal afección han notado niveles más altos de estrés, depresión y ansiedad que las madres, sobre todo cuando se trata de niños mayores.^{6,11}

Paul Kimmel, un destacado investigador norteamericano de estos pacientes, se ha convertido en un defensor de la necesidad de evaluar y tener en cuenta los factores psicosociales en la valoración de las manifestaciones clínicas de ellos. El citado autor se dedica ahora a profundizar en el aspecto familiar y de pareja en relación con estos enfermos, así como a determinar diferencias de género en el impacto de la enfermedad.⁶

En uno de sus estudios más recientes, donde evalúa la estructura familiar de pacientes afroamericanos de procedencia urbana, con tratamiento hemodialítico, señala que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis. De igual manera refiere que en familias de pacientes afroamericanos de Washington y Filadelfia, en las que se evaluó el funcionamiento familiar y la adaptación a la enfermedad, los datos revelaron después de 3 años de seguimiento que solo la edad del paciente y la estructura familiar estuvieron asociadas con la supervivencia.

Niños que vivían en el seno de familias complejas, tenían un riesgo incrementado de mortalidad, particularmente las niñas.⁶

En Cuba se ha evaluado el nivel de estrés que padecían los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal terminal.

Existe otra investigación donde se dirime la relación existente entre apoyo social recibido y funcionamiento familiar en pacientes tratados con hemodiálisis, donde esta vinculación resultó altamente significativa. En ese contexto se determinó que mientras más disfuncional era la familia, más bajo era el apoyo percibido por los pacientes.¹⁰

Desde el punto de vista práctico se ha observado en nuestra labor profesional, las peculiaridades de las familias de estos pacientes en cuanto al nivel de demanda que se les impone, no solo por ser consideradas como familias con exigencias adicionales al contar en su seno con un paciente afectado por un proceso crónico, sino además, por asumir ciertos roles característicos de las familias de enfermos con IRCT en nuestro medio (siempre acompañan al paciente al tratamiento, pues como se prioriza en muchas ocasiones su atención médica, alguno de sus miembros se desvincula del trabajo para ocuparse de atenderle).¹⁰

Dicha situación puede conducir a una disfuncionalidad familiar si no se afronta convenientemente el hecho de tener a una persona enferma crónica en su seno. Por estas razones se investiga cuáles eran los atributos que caracterizaban a las familias de los pacientes con IRC que reciben tratamiento hemodialítico, desde los puntos de vista sociodemográfico y médico, así como determinar el nivel de adecuación del afrontamiento familiar a la enfermedad en dichas familias y evaluar el funcionamiento familiar de las personas evaluadas.^{10,12}

La mayoría de los pacientes estudiados conviven en familias que atraviesan por crisis no transitorias o paranormativas, dadas fundamentalmente por desmembramiento (hospitalización prolongada) y problemas de salud (descontrol de enfermedad crónica y diagnóstico de enfermedad con peligro para la vida), lo cual provoca, en muchas ocasiones, dificultades en las relaciones familiares. Así, 24% de las familias presentó crisis tanto transitorias como no transitorias al unísono, 1% crisis transitorias y 18% no presentaba ninguna crisis.

Es importante destacar que la mayoría de los pacientes con IRCT estudiados se encuentran en familias con condiciones socioeconómicas que van desde buenas, hasta regulares y solo una minoría se ubica en familias con malas condiciones socioeconómicas.¹⁰

En cuanto al nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, del total de pacientes, un alto porcentaje refiere un afrontamiento familiar a la enfermedad adecuado y el resto inadecuado.¹⁰

La mayoría de los pacientes son de familias funcionales, distribuidos de la siguiente forma: 54% funcional y 41% moderadamente funcional.¹⁰

Los tipos de crisis por las que atraviesan las familias de estos pacientes y de manera particular el predominio de las crisis no transitorias, evidencia cómo estas han sido objeto de acontecimientos fortuitos que demandan de ella esfuerzos adicionales para evitar la desorganización que se puede producir en el seno familiar y donde el apoyo social como recurso externo, así como las condiciones materiales de vida y el funcionamiento familiar como recursos internos, facilitan el afrontamiento adecuado a dichas crisis. Las condiciones socioeconómicas favorables presentes en las familias estudiadas indican que están en mejores condiciones para brindar apoyo social, en particular apoyo del tipo instrumental, lo que disminuye el grado de vulnerabilidad socioeconómica de estos pacientes.¹³

El nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, incide en la forma en que el individuo asume su enfermedad y los estilos de afrontamiento que aprende en la familia, dicho afrontamiento se caracterizó por la inexistencia de cambios en la organización familiar ante la presencia de un miembro enfermo de la familia, lo que sugiere cierta rigidez de roles, está presente además la desunión, las peleas, la culpabilidad y el hacer responsable a algún miembro de la familia (generalmente a las mujeres) de la labor de cuidador primario, sin asumirse el compromiso por otros miembros del núcleo familiar.^{6,13}

Resulta muy positivo el hecho de que la mayoría de las familias evaluadas resultaron ser funcionales, determinándose que estas se caracterizaban por tener una tendencia a ser armoniosas, cohesionadas, facilitar la expresión de los afectos y la comunicación de sus miembros, los roles se cumplían adecuadamente y el nivel de

flexibilidad y adaptabilidad resultó alto. En el caso de las familias moderadamente funcionales, aunque la cohesión, la armonía y la afectividad se vieron afectadas, las categorías más dañadas se concentraron en: permeabilidad familiar que se comportó en niveles de moderada a baja; comunicación familiar, con tendencia a la inadecuación; adaptabilidad familiar alterada, con tendencia a la rigidez moderada y también resultó frecuente la sobrecarga de roles.¹³

En la disfuncionalidad, a pesar de existir alteraciones en todas las categorías, lo más notable fue la poca correspondencia entre los intereses y necesidades individuales y familiares lo que genera desarmonía, poca capacidad de la familia para cambiar su estructura de poder, roles y reglas cuando es necesario, inadecuación de los roles familiares con sobrecarga en algunos miembros, poca permeabilidad familiar, lo cual dificulta su intercambio con el ambiente que le rodea. Esto no coincide con estudios previos donde se evalúa el nivel de funcionalidad familiar en estos pacientes, siendo superiores los valores de disfuncionalidad.^{6,13}

Como regla general se puede decir que la permeabilidad de la familia de pacientes con IRC es baja, pues generalmente limitan el contacto de sus miembros con la comunidad, reduciendo la capacidad familiar para brindar y recibir experiencias y ayuda de los otros.^{6, 13}

Los atributos que caracterizan el funcionamiento familiar en la mayoría de los pacientes con IRC evaluados son: armonía, cohesión, alto grado de afectividad, comunicación adecuada, roles funcionales y bien definidos, así como nivel de flexibilidad y adaptabilidad adecuados.¹⁰

Predominaron las familias nucleares, con ciclos vitales superpuestos y que atraviesan crisis transitorias o paranormativas, con un afrontamiento familiar a la enfermedad adecuado, que indica que estas familias poseen factores tanto protectores como de riesgo que puede influir en el nivel de salud y ajuste al medio alcanzado. La mayoría de los pacientes convivían en familias con condiciones socioeconómicas favorables, lo cual apunta a la repercusión familiar que tiene todo el proceso de recuperación económica que ocurre en el país. Las familias de estos pacientes resultaron ser funcionales en su mayoría, caracterizándose por ser armoniosas, cohesionadas, con alto grado de afectividad, comunicación adecuada, roles bien

definidos y funcionales, alto nivel de flexibilidad y adaptabilidad. En el caso de las familias disfuncionales, fueron mínimas, dentro de estas existía desarmonía, poca flexibilidad en la estructura de poder, sobrecarga de roles y poca permeabilidad.^{10,13}

La poca permeabilidad estuvo presente en todos los tipos de funcionamiento familiar, lo que sugiere la posibilidad de que este sea un fenómeno característico de estas familias que es necesario profundizar en futuros estudios. Existe adecuación en el afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, lo que incide en la forma en que el individuo asume su enfermedad y los estilos de afrontamiento que aprende en la familia.⁶

Se podría inferir, que el proceso en el paciente comienza al producirse cambios orgánicos que llevan a una manifestación emocional de estas experiencias, hecho que puede aumentar o disminuir la intensidad del síntoma en cuestión, dependiendo del manejo; en la familia, la primera manifestación es emocional, al ser testigos del proceso de deterioro de su ser querido, y de acuerdo a su historia familiar, sus mitos y experiencias previas, estas manifestaciones podrán o no, hacerles daño, incluso haciendo que aparezcan síntomas físicos similares a los del paciente, o exacerbando enfermedades previas.¹

Si no se modifican estas diferencias, a través de una información creíble y continuada, estas conductas repercutirán negativamente en el paciente y bloquearán los cuidados del equipo. La cantidad de tiempo y desgaste que conlleva la asistencia a la familia es recuperada con creces al conseguir que no interfieran negativamente en la buena marcha del proceso individual e intransferible de la propia muerte de la persona.
14,15

Ninguna familia que haya tenido que convivir con una enfermedad fatal sale ileso de esa experiencia, pues debe enfrentarse permanentemente a desgastantes exigencias y cambios, el último es la muerte del ser querido y cuando esto ocurre cada miembro es diferente de lo que era cuando aquel gozaba de salud.^{14,15}

Es importante señalar que la familia juega un rol central, trabajar psicoeducativa y terapéuticamente con ella mejora en mucho la atención del enfermo mitigando el dolor de ambos. Es necesario realizar intervenciones psicoterapéuticas orientadas a conseguir que las familias encuentren los recursos necesarios para enfrentar los retos

que impone la enfermedad, con la finalidad de facilitarles la adquisición de las habilidades necesarias para enfrentarlos y resolverlos.¹⁶

El instrumento de evaluación Faces III ha sido aplicado en múltiples estudios sobre funcionalidad familiar (adaptabilidad, cohesión y comunicación), este instrumento fue creado en 1985 por Olson, Portner y Lavee, con 20 ítems, a lo largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar.¹⁷ Este instrumento ha demostrado tener unas buenas cualidades psicométricas, al haber obtenido unos índices de fiabilidad más altos que las habituales (alfa de Cronbach de 0,89 y 0,87 respectivamente para las subdimensiones de Cohesión y Adaptabilidad), y una adecuada validez convergente y divergente demostrada a través de escalas relevantes. La validez de constructo resulta respaldada a través de un análisis factorial confirmatorio, el cual arrojó índices adecuados en relación a la estructura bidimensional establecida por los autores ($GFI= 0,92$; $NFI= 0,89$; $RMSEA= 0,07$). Esta escala supera las dificultades observadas en versiones españolas previas. En las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta). La comunicación es una dimensión facilitadora, cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar.¹⁷

El instrumento FACES III, ha sido utilizado en estudios de pacientes de diversas patologías aplicadas en un integrante de la familia: como el de Ramos Juarez G, Gonzalez Dzib R, Dominguez Hernandez C. En donde evalúan la disfunción familiar en el paciente diabético tipo 2 en el 2007, con estos resultados: Los pacientes con

diabetes mellitus tipo 2 presentaron una media de edad de 55.9 años, la prevalencia de disfunción familiar fue del 67% (no relacionadas, aglutinadas, rígidas y caóticas) y familias funcionales el 33% (semirrelacionadas, relacionadas, estructurada y flexible). El tipo de familia más habitual fue la nuclear numerosa 51.44% y la etapa del ciclo vital con mayor frecuencia fue la de independencia 62.42%.¹⁸

Otro estudio en donde se aplica este instrumento es el de Disfunción Familiar en embarazadas adolescentes por López Bozada AL. Obteniendo estos resultados Las embarazadas de 15 a 19 años presentaron una media de edad de 20.8 años, prevalencia de disfunción familiar fue de 85% y familias funcionales

14.9%. El grupo de 19 años fue el que más frecuencia presentó disfunción familiar (31.34%), el tipo de familia predominante fue la extensa 61.19%.¹⁹

Existe un estudio de *Jiménez Solís S. E., 1 Rojano Osorio J.2, (2009) el cual habla de funcionalidad familiar en cuidadores de adultos mayores con demencia, con los resultados de: 73.3% eran mujeres y 26.7% eran hombres; 42.2% fueron amas de casa, con escolaridad secundaria (33.3%) de una edad de 50 años (DE +/- 13.44), 35.6% fueron hijos del paciente con demencia. 60% reportó sobrecarga intensa, 31.1% sobrecarga leve y 8.9% sin sobrecarga. Al aplicar el instrumento para evaluar la funcionalidad familiar, 64.4% se evaluó como disfuncional y el 35.6% como funcional. Conclusiones: la disfunción familiar encontrada en los cuidadores de adultos mayores con demencia es elevada, la atención de éstos genera importantes cambios en la vida familiar y pone en riesgo su estabilidad.*²⁰

Un estudio reciente es el de Marcela Elena Gatica Cerna (2011) donde evalúa las características psicosociales, funcionalidad familiar y satisfacción usuaria que asisten al programa de depresión del centro de salud familiar ultraestación de Chillán, Chile, 2010. Aplicado en un integrante de la familia, con estos resultados: La adaptabilidad familiar de los pacientes que asisten al programa de depresión tiene como promedio 29,78 puntos con desviación estándar de 7,45 puntos respecto de la media, lo que indica que se presenta una adaptabilidad familiar caótica por la dificultad de asumir liderazgo al interior de la familia, producto de cambios de roles y disciplina irregular. Es así como el 50% de los casos se presentan sobre los 29 puntos. En tanto, la cohesión familiar es en promedio de 27 puntos con una desviación estándar de 7,25 puntos,

presentándose una cohesión familiar conectada caracterizada por una unión afectiva e interdependencia entre sus miembros que puede llegar hasta la dependencia y el 50% de los casos se encuentran por sobre los 27 puntos y el 50% restante por debajo de dicho valor.²¹ De los estudios relacionados con diálisis peritoneal se encuentra el de Salazar Sosa X. (2007) el cual obtuvo resultados: El 73.5% de las familias se identificaron como disfuncionales, cohesión 54.6% (desprendida). Adaptabilidad el 50.2% (caótica). Por el ciclo vital según Geyman en etapa de retiro el 66.7%. En la composición familiar predominó la nuclear simple 60.3 %.. Con referencia al género predominó el femenino con el 57.6%. Conclusiones: Al paciente renal no se lo puede abordar aisladamente sin la inclusión de la familia como estrategia terapéutica.²²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En nuestro país se estima que alrededor de 55,000 pacientes se encuentran en tratamiento con diálisis peritoneal.²³ En ciudad Valles en el IMSS en el 2009 se registraron 518 casos nuevos de pacientes con IRC, incrementándose en el 2010, 446 casos nuevos con IRC.²⁴, lo que da como resultado el incremento de pacientes que ingresan a programas de diálisis peritoneal. La falta de adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas que ocasionan la insuficiencia renal, así como la negación de su padecimiento y una dieta inadecuada son probablemente las causas de que este padecimiento vaya en aumento.

El Mantener un adecuado control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial basado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico ayudaría en gran medida a prevenir la Insuficiencia renal a través de programas de prevención, los cuales incluyen fomento a la salud, detecciones oportunas, tratamiento y control adecuado en las unidades médicas podría disminuir la aparición de esta complicación.

Se desconoce el impacto que tiene a nivel familiar el ingreso al programa de diálisis peritoneal, de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Como es sabido, cualquier enfermedad crónica que se presente en algún miembro de la familia, afecta tanto en la actitud personal como en la familiar, y puede ser: de rechazo, miedo al tratamiento o de colaboración, máxime si es el jefe del hogar, ya que esto lleva consigo casi siempre un proceso invalidante, lo cual trae como consecuencia cambios en los roles familiares; el saber conocer cómo enfrentan las familias la problemática que contraen los pacientes con IRC en diálisis, ayudaría a buscar nuevas estrategias para apoyar a otras familias en crisis. Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la Prevalencia de funcionalidad familiar en pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria?

JUSTIFICACION:

Se pretende estudiar la manera en que influye a nivel familiar la existencia de un integrante de la familia con IRC en el programa de diálisis peritoneal, ya que la diálisis continúa siendo una técnica a la que están sometidas miles de personas cada año en el mundo, con la problemática que ello conlleva en nuestra sociedad actual.

En el IMSS se atienden alrededor de 40 mil pacientes que reciben tratamiento con diálisis peritoneal y 10 mil con hemodiálisis,²⁵ en el HGZ No 6 de Cd. Valles, SLP en el año 2010, fueron atendidos en el área de consulta externa 707 pacientes con insuficiencia renal crónica de los cuales 446 fueron de primera vez y 261 subsecuentes de estos 390 fueron del sexo masculino y 317 del sexo femenino.²⁴ De estos pacientes se encuentran en programa de DPA 73 pacientes de estos 42 del sexo masculino y 31 del sexo femenino y en programa de DPCA 104 de los cuales 61 son del sexo masculino y 43 del sexo femenino. Observándose el mayor número en hombres.²⁶

La gran prevalencia en pacientes renales crónicos que se encuentran en tratamiento con diálisis, hacen necesaria la prestación de una serie de cuidados para mejorar la calidad de vida; considerándose que para conseguir una atención integral de estos pacientes es necesario un abordaje bio-psico-social.

En el siguiente estudio se abordarán los cambios que produce el paciente con IRC en diálisis peritoneal en la familia: como las repercusiones que causa en los roles familiares y la funcionalidad familiar.

El enfermo portador de IRC experimenta alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares importantes: en el plano psicológico la enfermedad impacta sobre imagen y estima del paciente, quien al verse obligado a depender del cuidado de familiares o personal especializado y haber modificación de su estilo de vida, puede asumir desde una conducta pesimista y fatalista hasta una conducta agresiva o francamente psicopatológica. Pasando por períodos de distimia y depresión. Condición que tiene una repercusión importante sobre las relaciones que establece con familiares, compañeros de trabajo y personal de salud.

En el plano familiar la IRC genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia.¹⁵ Las pautas de interacción y las funciones establecidas

entre sus integrantes también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar; el conocer como enfrentan los familiares la problemática del paciente con IRC en DPCA para mantener la homeostasis familiar y superar la crisis y como se preparan para solucionar las nuevas crisis, ya que el paciente crónico en especial con IRC constantemente presenta recaídas, de esta manera se podrán implementar nuevas estrategias para orientar y concientizar al paciente y sus familiares, sobre el padecimiento y lograr la aceptación del procedimiento para una mejor calidad de vida del paciente y sus familiares.

OBJETIVOS:

GENERAL:

1. Conocer la prevalencia de trastornos en la funcionalidad de las familias de pacientes con IRC registrados en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del H.G.Z.No 6.

ESPECIFICOS:

1. Determinar la prevalencia de trastornos de la funcionalidad de las familias de pacientes con IRC registrados en el programa de Diálisis Peritoneal Continua, según sexo, grupo de edad, ocupación, estado civil, tipo de familia, tiempo de permanencia en el programa de diálisis y escolaridad.
2. Determinar la proporción de familias con trastornos de la cohesión familiar en pacientes con IRC registrados en el programa de Diálisis Peritoneal Continua.
3. Determinar la proporción de familias con trastornos de la adaptabilidad familiar en pacientes con IRC registrados en el programa de Diálisis Peritoneal Continua.

HIPÓTESIS:

Por tratarse el presente de un estudio de prevalencia (estudio descriptivo), no cuenta con hipótesis.

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO:

- a) Por el control de la maniobra: OBSERVACIONAL
- b) Por la captación de la información: PROSPECTIVO
- c) Por la medición en el tiempo: TRANSVERSAL
- d) Por finalidad del estudio: DESCRIPTIVO

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

El estudio se llevó a cabo en el servicio de diálisis peritoneal continua ambulatoria del Hospital General de Zona No 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Valles, S. L. P. durante el periodo comprendido de Julio del 2011 a Septiembre del 2011.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Todos los Paciente de ambos sexos, con Insuficiencia Renal Crónica registrados en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital General de Zona No. 6 del IMSS de Ciudad Valles San Luis Potosí. El número total para el universo de trabajo antes referido es de 104.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Reclutando a todos los pacientes que se encuentran en control de diálisis peritoneal y acudieron a su sesión de diálisis en el HGZ No 6 de ciudad Valles, S.L.P. Encuestándose únicamente al usuario, (como en estudios anteriores^{18,19,20,21,22}). Al final del mes se realizó un cotejo para verificar que pacientes no han acudido a su sesión de diálisis peritoneal, con la finalidad de acudir a su domicilio, investigar la causa de su ausencia, invitándolo a participar en el estudio o excluyéndolo definitivamente del mismo, minimizando las perdidas y procurando conservar el número muestral obtenido.

Debido a que el universo de trabajo son 104 pacientes y no representa dificultad para reclutarlos en el estudio, se incluyó a todos. Es decir, se estudiaron al total del universo de trabajo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes de Ambos géneros con Insuficiencia Renal Crónica registrados en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital General de Zona No. 6 del IMSS de Ciudad Valles San Luis Potosí.
2. Pacientes que acepten participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Criterios de Eliminación:

1. Pacientes con encuestas incompletas.

INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR:

Se realizó una prueba piloto de una semana antes del inicio del período de estudio, en el área de diálisis peritoneal del Hospital General de Zona No 6 de Cd. Valles, S.L.P. para la aplicación de las encuestas a pacientes con IRC en programa de diálisis peritoneal siete días antes del período de estudio, a fin de detectar las dificultades que pudieran surgir en la aplicación del instrumento, redacción de los enunciados y nivel de entendimiento del instrumento y del formato de autorización. Así mismo y durante ese mismo período, se procedió a recolectar los nombres y números de seguridad social de los pacientes que se encuentran registrados en el censo de control de pacientes en DPCA de trabajo social del HGZ No 6 para conocer el número total de paciente a incluirse en el estudio.

A partir del primer día hábil del mes de Julio del 2011, se identificaron los pacientes que acudieron a sesión de diálisis peritoneal continua ambulatoria, en compañía de un familiar, todos los días de lunes a sábado de 8:00 a 10:00 y de 14:00 a 16:00 hrs. Una vez identificados, se abordaron para hacerles la invitación a participar en nuestro estudio.

Tras corroborar el nombre y la edad, se procedió a explicar el motivo de la encuesta, la ausencia de riesgos para la salud de este estudio y la confidencialidad de los datos otorgados, enfatizándose en la confidencialidad de la información otorgada a los investigadores y en su utilización exclusiva para fines estadísticos. Si aceptaban la invitación verbal se procedió a solicitar que firmen la hoja de consentimiento informado.

Una vez otorgada la autorización se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos elaborado para tal fin, indagando en principio los datos socio-demográficos y posteriormente aplicando la encuesta FACES III.

Cada día se cotejó el censo de pacientes a incluir en el estudio, recabada en la primera semana, a fin de llevar un control de los pacientes faltantes para que al fin del primer mes se identifiquen a los remisos.

Para los pacientes que eran menores de edad, que no tuvieran un familiar en el momento de su identificación, se les solicitó que acudan con un familiar directo mayor de edad habilitado para otorgar la autorización de inclusión al estudio.

Cuando se confirmó el cumplimiento de los criterios de inclusión y se obtuvieron las hojas de autorización correspondientes, se procedió a la aplicación de la encuesta al paciente. La encuesta fue llenada por el propio investigador. Una vez completado el llenado de la encuesta, se corrobora que no se haya omitido ningún dato y siendo así, se dio por terminada la aplicación de este instrumento, agradeciendo su participación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Las definiciones de variables, sus tipos y las escalas de medición, se muestran en las tablas siguientes.

(Tablas 1,2 y 3):

VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE
Diálisis peritoneal	Tratamiento de terapia de sustitución renal.	Terapia de sustitución renal al momento del estudio	Censo del servicio de trabajo social

TABLA 2: VARIABLES CONFUSORAS:

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional	clasificación	Estratificación	FUENTE
Género	Condición de diferencia con respecto a la reproducción de la especie	Condición de diferencia con respecto a la reproducción de la especie humana y determinantes fisiopatológicas. Pregunta 1	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Lo referido por el paciente
Edad	Periodo del tiempo comprendido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Período de tiempo comprendido desde al nacimiento hasta el momento de la entrevista. Pregunta 2.	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 15-24 años • 25-40 años • 41-59 años • 60 y más 	Lo referido por el paciente
Años de DPCA	Es el tiempo de pertenencia al Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria	Es el tiempo de pertenencia al Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Pregunta 3	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 • 1 a 2 años • 3 a 4 años • 5 y más 	Expediente clínico
Ocupación	Actividad laboral que desempeña con respecto a su actividad productiva.	Actividad laboral que desempeña una mujer con respecto a su dependencia económica. Pregunta 4	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Desempleado • Empleado • Profesional • Jubilado/pensionado 	Lo referido por el paciente
Estado Civil	Condición social que determina la relación de un individuo con el sexo opuesto	Condición social que determina la influencia de un individuo al convivir con otro del sexo opuesto relacionado en su convivencia diaria. Pregunta 5	Cualitativa. Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Divorciado • viudo 	Lo referido por el paciente
Tipo de Familia	Es la categoría a la que pertenece una familia de acuerdo a los miembros que la componen y sus relaciones	Es la categorización de la familia según los miembros que refiere el encuestado la componen. Pregunta 6	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Compuesta • Extensa 	Lo referido por el paciente

CONTINUA TABLA 2: CONTINÚA VARIABLES CONFUSORAS:

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Estratificación	Fuente
Escolaridad	Grado de estudios realizados en educación formal por una persona.	Nivel de enseñanza escolar cursado de manera completa por el encuestado. Pregunta 7	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Bachillerato • profesional 	Lo referido por el paciente

TABLA 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES:

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Estratificación
Cohesión familiar	Grado en el cual los miembros de la familia se sienten implicados o unidos (aspecto emocional), se ayudan y se sostienen (autonomía familiar) de manera mutua.	Categorización del grado de unión entre los miembros de la familia, según la suma del valor ponderal de todas las respuestas otorgadas por la encuestada a la preguntas nores de la encuesta aplicada	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • No relacionada: De 10 a 34 • Semirrelacionada: De 35 a 40 • Relacionada: De 41 a 45 • Aglutinada: De 46 a 50
Adaptabilidad familiar	Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder (jerarquía), la relación de los roles y sus reglas de relaciones en respuesta a estrés de desarrollo o situacional.	Categorización del grado de cambio en las relaciones familiares como respuesta a situaciones de estrés, según la suma del valor ponderal de todas las respuestas otorgadas por la encuestada a la preguntas pares de la encuesta aplicada	Cualitativa Ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Rígida: De 10 a 19 • Estructurada: De 20 a 24 • Flexible: De 25 a 28 • Caótica: De 29 a 50

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION:

Se aplicó una encuesta que consta de dos partes: En una primera parte se incluyen datos sociodemográficos del encuestado y en la segunda parte la encuesta FACES III que es un instrumento para valorar la adaptabilidad, cohesión y comunicación familiar. La encuesta está constituida por una serie de preguntas relativas a la cohesión familiar (los cuestionamientos con número non) y a la adaptabilidad familiar (cuestionamientos con número par), cada una con cinco posibles respuestas a saber: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre, según el grado en que la característica cuestionada es percibida por el paciente con IRC en programa de diálisis peritoneal ambulatoria en el seno de su propia familia. A cada opción de respuesta por tanto, se le proporciona un valor ponderal que junto con los demás es susceptible de incluirse en una sumatoria: la suma de los cuestionamientos pares, de los cuestionamientos nones, y del total de cuestionamientos, dan diversos diagnósticos en relación a la función de adaptabilidad familiar, a la función de cohesión familiar y a la funcionalidad global familiar, respectivamente, como se detalla en la operacionalización de las variables.²²

El instrumento FACES III es una encuesta creada por Olson, Russel y Sprenkel y ha sido validada en diversos estudios de la funcionalidad familiar.²² Este instrumento ha demostrado tener unas buenas cualidades psicométricas, al haber obtenido unos índices de confiabilidad más altos que las habituales (alfa de Cronbach de 0,89 y 0,87 respectivamente para las subdimensiones de Cohesión y Adaptabilidad).

ANALISIS DE DATOS:

La captura de datos se realizó en el programa Epi Info® versión v. 6.04d (distribuido por el Center of Disease Control and Prevention [CDC] de E.U.A., a través de <http://www.cdc.gov>).

Los datos se analizaron mediante el cálculo de prevalencias (tasas porcentuales) con IC al 95%. Se calculó la prevalencia de funcionalidad en las familias de pacientes con IRC en diálisis peritoneal de acuerdo a género, edad, tiempo de evolución de la diálisis, estado civil, escolaridad, ocupación, a fin de conocer las diferencias que pudieran existir entre cada estrato de cada variable para lo que se utilizó la prueba χ^2 , para correlacionar las prevalencias por estrato, considerándose una significancia estadística si $p < 0.05$. También se calcularon prevalencias del nivel de cohesión y nivel de adaptabilidad de las familias como dos aspectos diferentes de la funcionalidad familiar a fin de determinar cuál de estos dos aspectos prevalece en las familias de los pacientes con IRC en diálisis peritoneal.

Para la presentación de los resultados se usaron tablas en donde se muestran las prevalencias calculadas, según lo referido en los párrafos anteriores y consideramos la utilización de gráficos pastel para aquellas prevalencias cuya diferencia entre subgrupos resulto significativa.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo cumple con lo estipulado en la Ley General de Salud, según sus últimas reformas (DOF-30-12-2009), en el Título Segundo “Sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en su capítulo I, artículos 13 a 18 y artículos 20 a 23; Título Cuarto “Recursos Humanos para los Servicios de Salud”, Capítulo I “Profesionales, Técnicos y Auxiliares”, Artículo 79; y del Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100; Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que establece las bases para la investigación en seres humanos.

También está en concordancia con lo estipulado en el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki cuyo principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

El presente estudio es una investigación “sin riesgo” para la integridad física, psicológica y social de los participantes.

La información recolectada se manejará de forma no nominal, para garantizar la preservación del anonimato de los participantes.

La recolección de datos se hará previa autorización por escrito de los participantes. No se recolectarán datos si los sujetos de estudio no proporcionan su autorización por escrito.

RESULTADOS:

Fueron un total de 104 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) registrados en el Servicio de Diálisis y Hemodiálisis del Hospital General de Zona (HGZ) No. 6, de Ciudad Valles, SLP. Para el presente estudio se incluyó al total de dichos pacientes para lo que la totalidad de pacientes fueron entrevistados sin dificultades durante alguna de sus sesiones en el área de Diálisis Peritoneal durante el período de estudio, sin que se tuvieran pérdidas por defunción, pérdida de derechohabencia, deserción del programa o traslado a Hemodiálisis. Todos aceptaron a participar en el estudio sin condición alguna, otorgando su autorización para participar en el estudio, mediante la firma de la hoja de consentimiento informado.

El rango de edad de los pacientes estudiados fue de 19 a 88 años, con una media de 60.48 años (IC 95% 57.8 a 63.1 años). Poco más de la mitad (58.6%) son mayores de 60 años. Una proporción un tanto mayor de los pacientes fueron del sexo masculino con un 58.7% (Gráfico 1).

En relación a la escolaridad, un tercio refirió tener primaria completa con un 34.6%. Una proporción similar terminó el bachillerato con un 39.4%. Los que terminaron la secundaria constituyeron el 16.3% y finalmente sólo el 9.6% tiene estudios profesionales (Gráfico 1).

En cuanto a la ocupación, poco más de un tercio refirió estar pensionados (33.7%) y similarmente el 39.4% tienen un trabajo remunerado. Los pacientes desempleados representan el 26.9% (Gráfico 2).

Respecto al estado conyugal, el 74.0% refirieron estar en una relación formal y estable (casados y en unión libre) y sólo 26% refirieron no tener pareja estable (viudos, divorciados y solteros) (Gráfico 2).

En la presente población de estudio predominaron las familiar nucleares con un 67.3%, seguidas de las familias extensas con un 25% y en menor porcentaje las familiar compuestas representando un 7.7% (Gráfico 2).

En cuanto al tiempo de pertenencia al programa de Diálisis Peritoneal poco menos de la mitad refirieron tener de 1 a 2 años en el programa (45.2%), y en conjunto, 72.1% de los pacientes tienen de 1 a 4 años en el programa de DPCA. 12.5% de los pacientes tienen menos de 1 año y 15.4% refirieron tener más de 5 años en dicho programa (Gráfico 3).

Los resultados de la aplicación de la encuesta FACES III se muestran en la Tabla 1 y en el Gráfico 4. Cuando consideramos las combinaciones entre los cuatro niveles de cohesión y los cuatro niveles de adaptabilidad y las agrupamos en tres tipos de familias (Funcionalidad conjunta), obtuvimos una prevalencia de Familias Balanceadas del 15.4% (IC95% 9.1% a 23.8%, n= 16, Gráfico 4 y Tabla 1, en ésta última se muestran en verde claro), Familias en Rangos Medios del 58.8% (IC95% 44.7% a 64.6%, n = 57, en la Tabla 1 se muestran en amarillo claro) y las Familias Extremas constituyeron el 29.8% (IC95% 21.2% a 39.6%, n = 31, en naranja para la Tabla 1).

En la Gráfico 4 se aprecia mejor la prevalencia de los diferentes niveles de funcionalidad considerando las dimensiones estudiadas por la encuesta por separado. En relación a la Adaptabilidad, las familias aceptablemente Balanceadas las constituyen las familias Flexibles con el 24.0% (IC95% 16.2% a 33.4%, n = 25) y las familias Estructuradas con el 17.3% (IC95% 10.6% a 26.0%, n = 18), que en conjunto constituyen el 41.3% de las familias (n = 43). Similarmente y en términos de la cohesión las familias aceptablemente balanceadas son las familias relacionadas con el 29.8% (IC95% 21.2% a 39.6%, n = 31) y las familias semi-relacionadas con el 14.4% (IC95% 8.3% a 22.7%, n = 15) que en conjunto constituyen el 44.2% de las familias (n= 46).

Existe una alta correlación entre la Adaptabilidad y la Cohesión como queda demostrado en el gráfico 5 en el que se observa un coeficiente de correlación r de 0.66 ($r^2 = 0.44$; IC95% $0.27 < r^2 < 0.58$).

En la Tabla 2 a 4 se muestran las relaciones entre las variables estudiadas y las dos dimensiones de la funcionalidad familiar por separado y en forma conjunta. Cuando se analizan las variables con la funcionalidad conjunta, no se encontraron diferencias significativas por grupo de edad ($p= 0.808$), género ($p= 0.375$), escolaridad ($p= 0.174$), ocupación ($p= 0.836$), condición conyugal ($p= 0.341$), tipo de familia ($p= 0.104$) y rango de tiempo de pertenencia al programa de DPCA ($p= 0.605$) (Tabla 2).

El análisis de las variables con cada una de las dimensiones de la funcionalidad tampoco arrojó diferencias significativas para la Adaptabilidad y la Cohesión familiar según grupo de edad ($p= 0.419$ y 0.261 respectivamente), género ($p= 0.341$ y 0.148 respectivamente), escolaridad ($p= 0.262$ y 0.518 respectivamente),

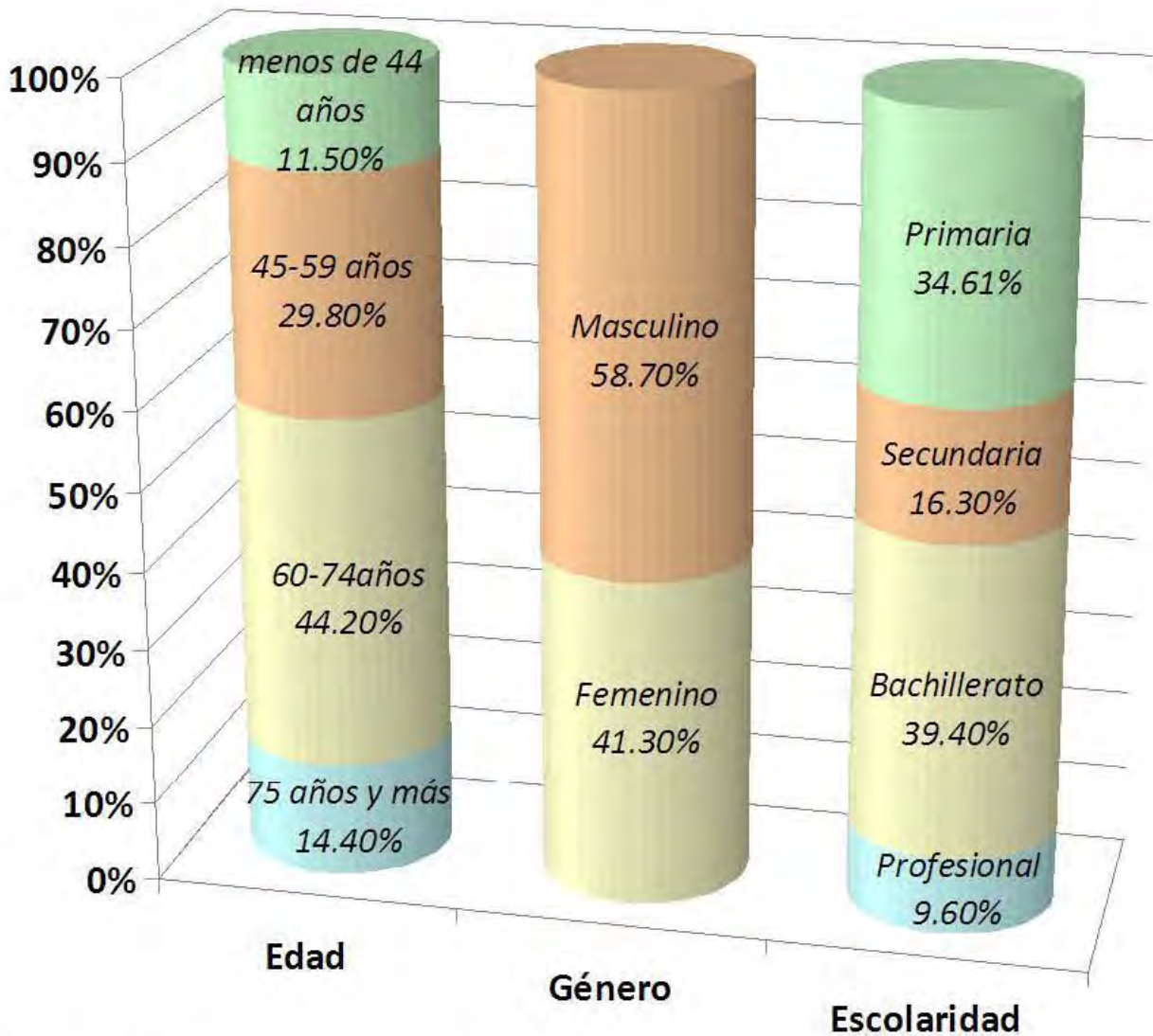
ocupación ($p= 0.455$ y 0.396 respectivamente) y tiempo de pertenencia al programa de DPCA ($p= 0.762$ y 0.421 respectivamente) (Tablas 3 y 4).

El Estado Conyugal tuvo diferencias significativas en la Adaptabilidad familiar ($p= 0.01$) apreciándose que en los pacientes Unidos más de la mitad de las familias son Caóticas (55%), mientras que en los pacientes No Unidos conyugalmente una cifra similar la constituyen en conjunto las familias Flexibles, Estructuradas y Rígidas (56%). Bajo esta misma variable, no hubo diferencias significativas en relación a la Cohesión Familiar ($p= 0.372$).

El Tipo de Familia también tuvo diferencias significativas en la Adaptabilidad Familiar ($p= 0.006$) encontrándose que entre las familias de tipo Nuclear predominan las Adaptaciones de tipo Caótico y Flexible (57% y 29% respectivamente), en las familias Extensas predominan las Adaptaciones Caóticas y Estructuradas (46% y 31% respectivamente), y finalmente en las familias Compuestas predominan las Adaptaciones Caóticas, Estructuradas y Rígidas (25%, 25% y 38% respectivamente) (Tablas 3 y 4).

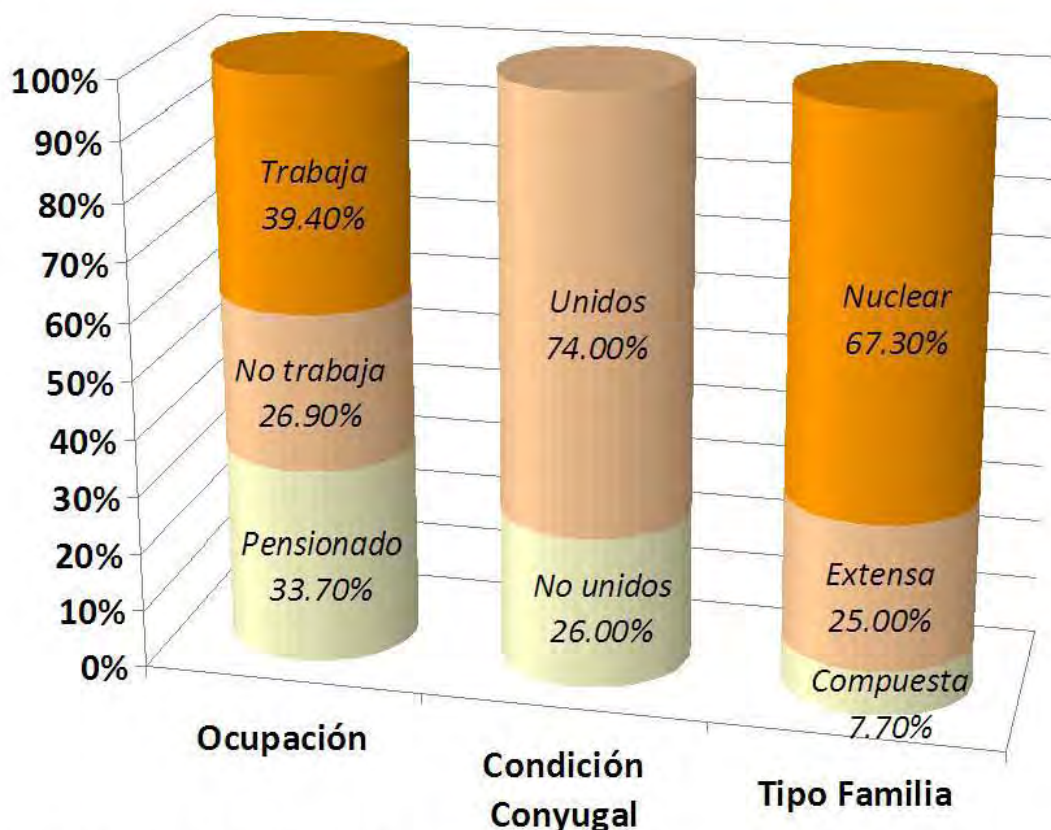
En relación a la Cohesión Familiar también se encontraron diferencias significativas ($p= 0.03$) en cuanto al Tipo de Familia. Así tenemos que en las familias Nucleares predominan las Cohesiones Relacionadas y Aglutinadas (34% y 26% respectivamente), en las familias Extensas las Cohesiones No relacionadas, Relacionadas y Aglutinadas (50%, 23% y 23% respectivamente) y en las familias Compuestas las Cohesiones No Relacionadas y Semirelacionadas (50% y 38% respectivamente) (Tablas 3 y 4).

Gráfico 1: Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del HGZ No 6 de Ciudad Valles SLP, según Edad, Género y Escolaridad



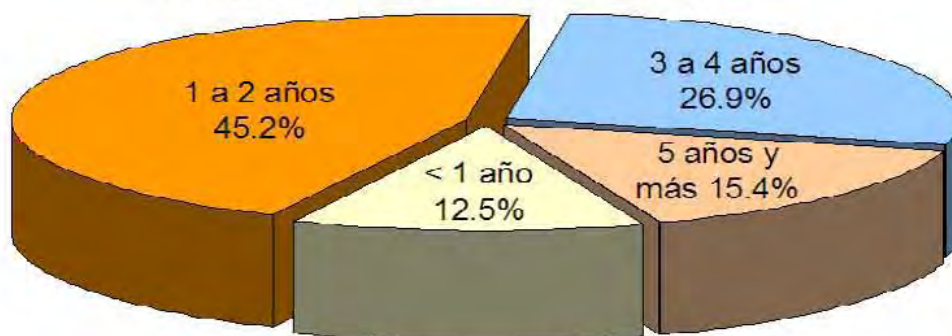
Fuente: Encuestas a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

Gráfico 2: Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del HGZ No 6 de Ciudad Valles SLP, según Ocupación, Condición conyugal y Tipo de Familia



Fuente: Encuestas a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

Gráfico 3: Tiempo de pertenencia al programa de los Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del HGZ No 6 de Ciudad Valles SLP.



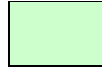
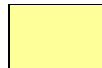

Fuente: Encuestas a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

Tabla 1: Proporción de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del HGZ No 6 de Ciudad Valles SLP según su Cohesión y Adaptabilidad como dimensiones de la Funcionalidad.

		COHESION				TOTAL
		No Relacionada*	Semi-relacionada*	Relacionada*	Aglutinada*	
ADAPTABILIDAD	Caótica*	3 (2.88%)	10 (9.62%)	18 (17.31%)	23 (22.12%)	54 (51.92%)
	Flexible*	12 (11.54%)	3 (2.88%)	9 (8.65%)	1 (0.96%)	25 (24.045%)
	Estructurada*	14 (13.46%)	0 (0.00%)	4 (3.85%)	0 (0.00%)	18 (17.31%)
	Rígida*	5 (4.81%)	2 (1.92%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	7 (6.73%)
	TOTAL	34 (32.69%)	15 (14.42%)	318 (29.81%)	24 (23.08%)	104 (100.00%)

* $p < 0.05$

Tipos de familias según su Funcionalidad:

	Familias Balanceadas
	Familias en Rango medio
	Familias Extremas

Fuente: Encuestas FACES III a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

Gráfico 4. Prevalencias de familias Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del HGZ No 6 de Ciudad Valles SLP, según su Funcionalidad y según su Cohesión y Adaptabilidad.

FUNCIONALIDAD*	n	%	IC95%
Balanceadas	16	15.4	9.1-23.8
Rango Medio	57	58.8	44.7-64.6
Extremas	31	29.8	21.2-39.6
TOTAL	104	100.0	

ADAPTABILIDAD*	n	%	IC95%
Caóticas	54	51.9	41.9-61.8
Flexibles	25	24.0	16.2-33.4
Estructuradas	18	17.3	10.6-26.0
Rígidas	7	6.7	2.7-13.4
TOTAL	104	100.0	

COHESION*	n	%	IC95%
No relacionadas	34	32.7	23.8-42.6
Semirelacionadas	15	14.4	8.3-22.7
Relacionadas	31	29.8	21.2-39.6
Aglutinadas	24	23.1	15.4-32.4
TOTAL	104	100.0	

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

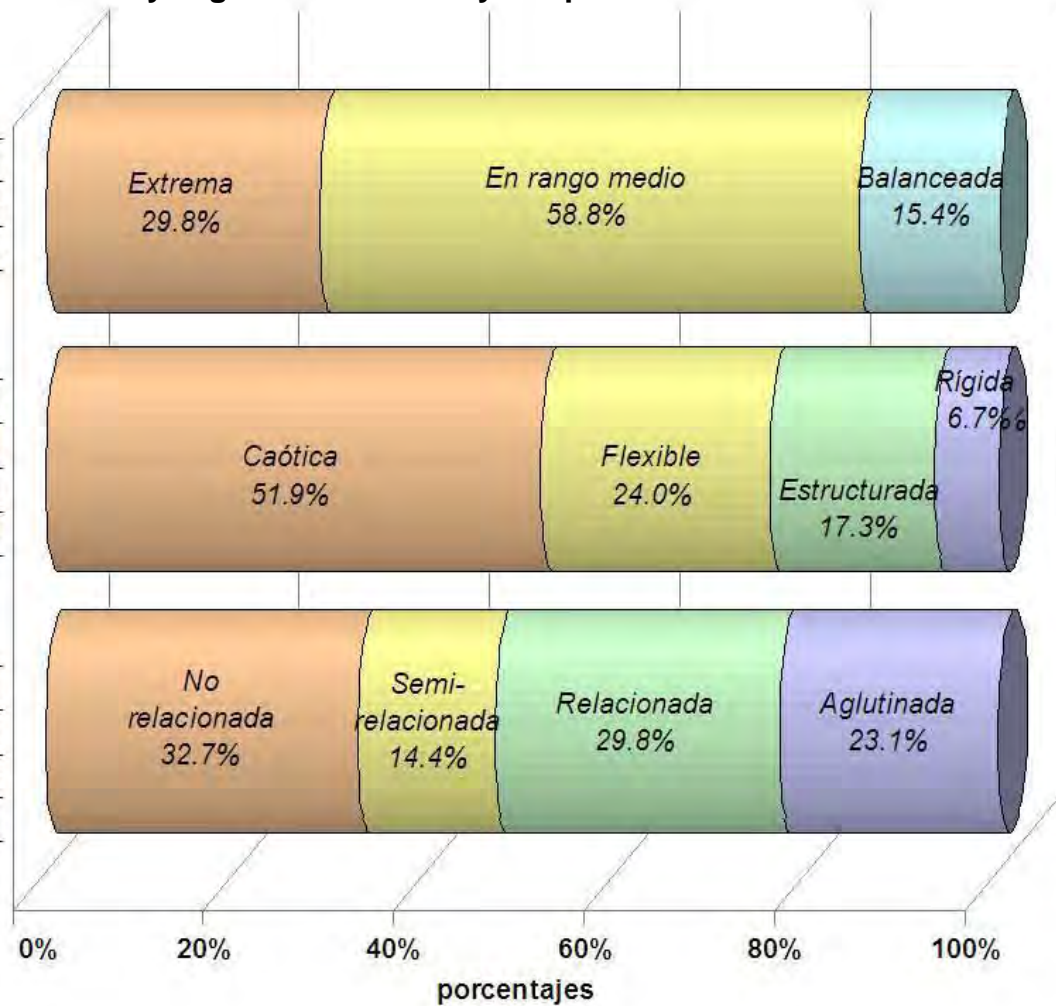
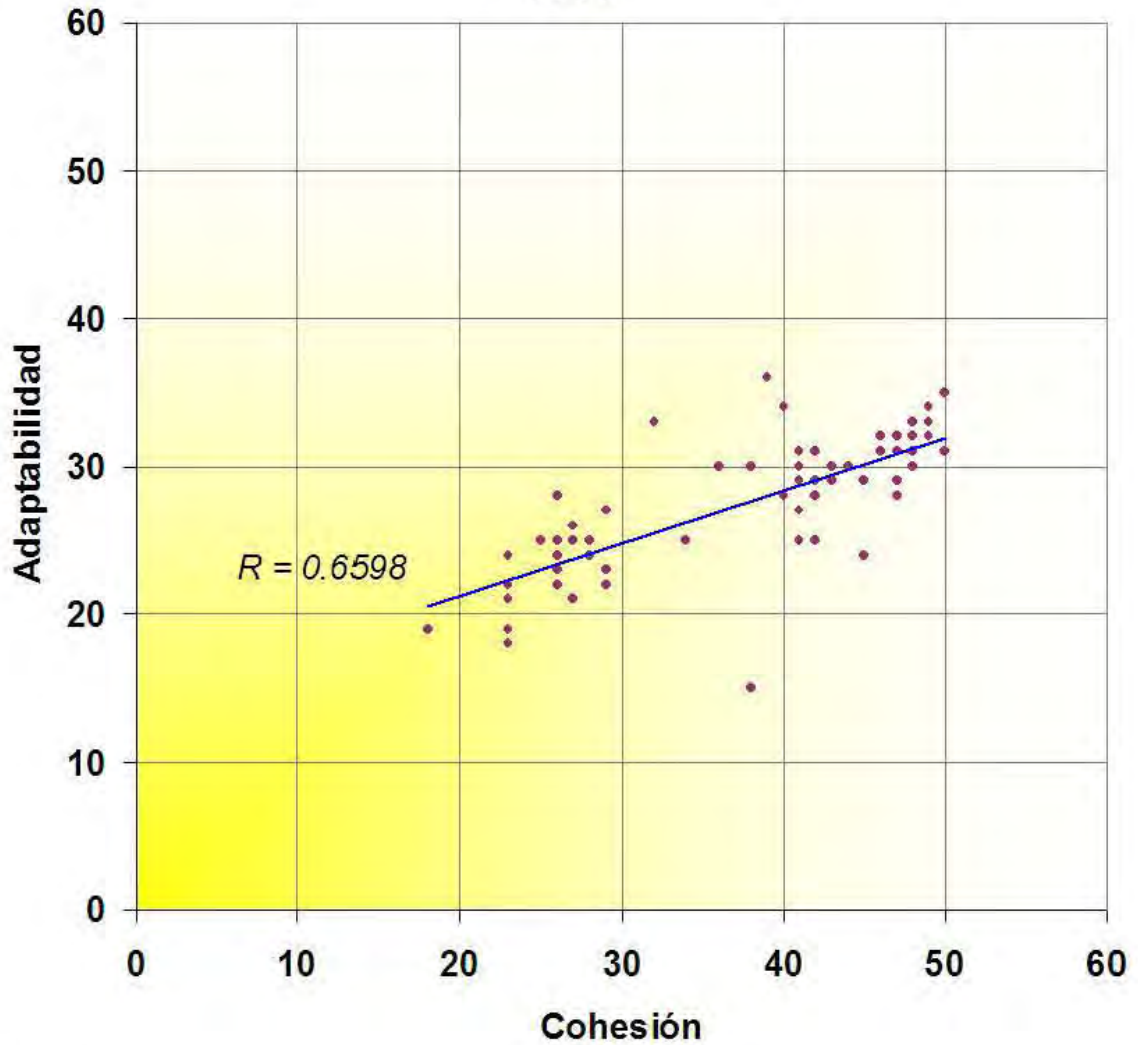


Gráfico 5: Correlación entre Adaptabilidad y Cohesión de las familias de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del HGZ No 6 de Ciudad Valles SLP.



Fuente: Encuestas a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

Tabla 2 (parte1). Funcionalidad de las familias de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del HGZ No 6 IMSS SLP, según variables de estudio.

	FUNCIONALIDAD FAMILIAR								
	N=104								
	Balanceadas n=16			En Rango Medio n=57			Extremas n=31		
EDAD	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Menos de 44	1	6.3	0.2-30.2	7	12.3	5.1-23.7	4	12.9	3.6-29.8
45-59 años	6	37.5	15.2-64.6	17	29.8	18.4-43.4	8	25.8	11.9-44.6
60-74 años	8	50.0	24.7-75.3	24	42.1	29.1-55.9	14	45.2	27.3-64.0
75 y más	1	6.3	0.2-30.2	9	15.8	7.5-27.9	5	16.1	5.5-33.7
GENERO	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Masculino	11	68.8	41.3-89.0	30	52.6	39.0-66.0	20	64.5	45.4-80.8
Femenino	5	31.3	11.0-58.7	27	47.4	34.0-61.0	11	35.5	19.2-54.6
ESCOLARIDAD	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Primaria	10	62.5	35.4-84.8	18	31.6	19.9-45.2	8	25.8	11.9-44.6
Secundaria	2	12.5	1.6-38.3	9	15.8	7.5-27.9	6	19.4	7.5-37.5
Bachillerato	4	25.0	7.3-52.4	23	40.4	27.6-54.2	14	45.2	27.3-64.0
Profesional	0	0	0.0-0.0	7	12.3	5.1-23.7	3	9.7	2.0-25.8
OCUPACION	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
No trabaja	3	18.8	4.0-45.6	15	26.3	15.5-39.7	10	32.3	16.7-51.4
Trabaja	6	37.5	15.2-64.6	23	40.4	27.6-54.2	12	38.7	21.8-57.8
Pensionado	7	43.8	19.8-70.1	19	33.3	21.4-47.1	9	29.0	14.2-48.0
CONDICION CONYUGAL	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Unidos	14	87.5	61.7-98.4	42	73.7	60.3-84.5	21	67.7	48.6-83.3
No Unidos	2	12.5	1.6-38.3	15	26.3	15.5-39.7	10	32.3	16.7-51.4

Fuente: Encuestas FACES III a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

Tabla 2 (parte2). Funcionalidad de las familias de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del HGZ No 6 IMSS SLP, según variables de estudio.

	FUNCIONALIDAD FAMILIAR N=104								
	Balanceadas n=16			En Rango Medio n=57			Extremas n=31		
TIPO DE FAMILIA	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Nuclear	14	87.5	61.7-98.4	35	61.4	47.6-74.0	21	67.7	48.6-83.3
Extensa	2	12.5	1.6-38.3	15	26.3	15.5-39.7	9	29.0	14.2-48.0
Compuesta	0	0	0.0-0.0	7	12.3	5.1-23.7	1	3.2	0.1-16.7
TIEMPO EN DPCA	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Menos de 1 año	3	18.8	4.0-45.6	5	8.8	2.9-19.3	5	16.1	5.5-33.7
1 a 2 años	6	37.5	15.2-64.6	27	47.4	34.0-61.0	14	45.2	27.3-64.0
3 a 4 años	6	37.5	15.2-64.6	14	24.6	14.1-37.8	8	25.8	11.9-44.6
5 años y más	1	6.3	0.2-30.2	11	19.3	10.0-31.9	4	12.9	3.6-29.8

Fuente: Encuestas FACES III a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

Tabla 3 (parte1). Adaptabilidad de las familias de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del HGZ No 6 IMSS SLP, según variables de estudio.

	ADAPTABILIDAD FAMILIAR N=104											
	Caóticas n=54			Flexibles n=25			Estructuradas n=18			Rígidas n=7		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
EDAD												
Menos de 44	9	16.7	7.9-29.3	1	4.0	0.1-20.4	2	11.1	1.4-34.7	0	0	0.0-0.0
45-59 años	17	31.5	19.5-45.6	6	24.0	9.4-45.1	6	33.3	13.3-59.0	2	28.6	3.7-71.0
60-74 años	20	37.0	24.3-51.3	14	56.0	34.9-75.6	9	50.0	26.0-74.0	3	42.9	9.9-81.6
75 y más	8	14.8	6.6-27.1	4	16.0	4.5-36.1	1	5.6	0.1-27.3	2	28.6	3.7-71.0
GENERO												
Masculino	34	63.0	48.7-75.7	11	44.0	24.4-65.1	12	66.7	41.0-86.7	4	57.1	18.4-90.1
Femenino	20	37.0	24.3-51.3	14	56.0	34.9-75.6	6	33.3	13.3-59.0	3	42.9	9.9-81.6
ESCOLARIDAD												
Primaria	18	33.3	21.1-47.5	12	48.0	27.8-68.7	5	27.8	9.7-53.5	1	14.3	0.4-57.9
Secundaria	6	11.1	4.2-22.6	4	16.0	4.5-36.1	4	22.2	6.4-47.6	3	42.9	9.9-81.6
Bachillerato	24	44.4	30.9-58.6	6	24.0	9.4-45.1	8	44.4	21.5-69.2	3	42.9	9.9-81.6
Profesional	6	11.1	4.2-22.6	3	12.0	2.5-31.2	1	5.6	0.1-27.3	0	0	0.0-0.0
OCUPACION												
No trabaja	13	24.1	13.5-37.6	7	28.0	12.1-49.4	5	27.8	9.7-53.5	3	42.9	9.9-81.6
Trabaja	26	48.1	34.3-62.2	7	28.0	12.1-49.4	7	38.9	17.3-64.3	1	14.3	0.4-57.9
Pensionado	15	27.8	16.5-41.6	11	44.0	24.4-65.1	6	33.3	13.3-59.0	3	42.9	9.9-81.6
CONDICION CONYUGAL *												
Unidos	42	77.8	64.4-88.0	22	88.0	68.8-97.5	11	61.1	35.7-82.7	2	28.6	3.7-71.0
No Unidos	12	22.2	12.0-35.6	3	12.0	2.5-31.2	7	38.9	17.3-64.3	5	71.4	29.0-96.3

Fuente: Encuestas FACES III a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

* $p < 0.05$

Tabla 3 (parte2). Adaptabilidad de las familias de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del HGZ No 6 IMSS SLP, según variables de estudio.

	ADAPTABILIDAD FAMILIAR N=104											
	Caóticas n=54			Flexibles n=25			Estructuradas n=18			Rígidas n=7		
TIPO DE FAMILIA *	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Nuclear	40	74.1	60.3-85.0	20	80.0	59.3-93.2	8	44.4	21.5-69.2	2	28.6	3.7-71.0
Extensa	12	22.2	12.0-35.6	4	16.0	4.5-36.1	8	44.4	21.5-69.2	2	28.6	3.7-71.0
Compuesta	2	3.7	0.5-12.7	1	4.0	0.1-20.4	2	11.1	1.4-34.7	3	42.9	9.9-81.6
TIEMPO EN DPCA	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Menos de 1 año	9	16.7	7.9-29.3	2	8.0	1.0-26.0	2	11.1	1.4-34.7	0	0	0.0-0.0
1 a 2 años	22	40.7	27.6-55.0	13	52.0	31.3-72.2	8	44.4	21.5-69.2	4	57.1	18.4-90.1
3 a 4 años	15	27.8	16.5-41.6	7	28.0	12.1-49.4	4	22.2	6.4-47.6	2	28.6	3.7-71.0
5 años y más	8	14.8	6.6-27.1	3	12.0	2.5-31.2	4	22.2	6.4-47.6	1	14.3	0.4-57.9

Fuente: Encuestas FACES III a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

* $p < 0.05$

Tabla 4 (parte1). Cohesión de las familias de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del HGZ No 6 IMSS SLP, según variables de estudio.

	COHESIÓN FAMILIAR N=104											
	No Relacionadas n=34			Semirelacionadas n=15			Relacionadas n=31			Aglutinadas n=24		
	N	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
EDAD												
Menos de 44	1	2.9	0.1-15.3	1	6.7	0.2-31.9	5	16.1	5.5-33.7	5	20.4	7.1-42.2
45-59 años	10	29.4	15.1-47.5	4	26.7	7.8-55.1	13	41.9	24.5-60.9	4	16.7	4.7-37.4
60-74 años	17	50.0	32.4-67.6	7	46.7	21.3-73.4	10	32.3	16.7-51.4	12	50.0	29.1-70.9
75 y más	6	17.6	6.8-34.5	3	20.0	4.3-48.1	3	9.7	2.0-25.8	3	12.5	2.7-32.4
GENERO												
Masculino	16	47.1	29.8-64.9	7	46.7	21.3-73.4	22	71.0	52.0-85.8	16	66.7	44.7-84.4
Femenino	18	52.9	35.1-70.2	8	53.3	26.6-78.7	9	29.0	14.2-48.0	8	33.3	15.6-55.3
ESCOLARIDAD												
Primaria	8	23.5	10.7-41.2	6	40.0	16.3-67.7	15	48.4	30.2-66.9	7	29.2	12.6-51.1
Secundaria	8	23.5	10.7-41.2	2	13.3	1.7-40.5	3	9.7	2.0-25.8	4	16.7	4.7-37.4
Bachillerato	14	41.2	24.6-59.3	5	33.3	11.8-61.6	12	38.7	21.8-57.8	10	41.7	22.1-63.4
Profesional	4	11.8	3.3-27.5	2	13.3	1.7-40.5	1	3.2	0.1-16.7	3	12.5	2.7-32.4
OCUPACION												
No trabaja	12	35.3	19.7-53.5	2	13.3	1.7-40.5	7	22.6	9.6-41.1	7	29.2	12.6-51.1
Trabaja	11	32.4	17.4-50.5	5	33.3	11.8-61.6	16	51.6	33.1-69.8	9	37.5	18.8-59.4
Pensionado	11	32.4	17.4-50.5	8	53.3	26.6-78.7	8	25.8	11.9-44.6	8	33.3	15.6-55.3
CONDICION CONYUGAL												
Unidos	22	64.7	46.5-80.3	11	73.3	44.9-92.2	26	83.9	66.3-94.5	18	75.0	53.3-90.2
No Unidos	12	35.3	19.7-53.5	4	26.7	7.8-55.1	5	16.1	5.5-33.7	6	25.0	9.8-46.7

Fuente: Encuestas FACES III a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

Tabla 4 (parte2). Cohesión de las familias de Pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del HGZ No 6 IMSS SLP, según variables de estudio.

	COHESIÓN FAMILIAR N=104											
	No Relacionadas n=34			Semirelacionadas n=15			Relacionadas n=31			Aglutinadas n=24		
TIPO DE FAMILIA *	N	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Nuclear	17	50.0	32.4-67.6	11	73.3	44.9-92.2	24	77.4	58.9-90.4	18	75.0	53.3-90.2
Extensa	13	38.2	22.2-56.4	1	6.7	0.2-31.9	6	19.4	7.5-37.5	6	25.0	9.8-46.7
Compuesta	4	11.8	3.3-27.5	3	20.0	4.3-48.1	1	3.2	0.1-16.7	0	0	0.0-0.0
TIEMPO EN DPCA	N	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Menos de 1 año	1	2.9	0.1-15.3	2	13.3	1.7-40.5	5	16.1	5.5-33.7	5	20.8	7.1-42.2
1 a 2 años	19	55.9	37.9-72.8	7	46.7	21.3-73.4	11	35.5	19.2-54.6	10	41.7	21.1-63.4
3 a 4 años	7	20.6	8.7-37.9	5	33.3	11.8-61.6	10	32.3	16.7-51.4	6	25.0	9.8-46.7
5 años y más	7	20.6	8.7-37.9	1	6.7	0.2-31.9	5	16.1	5.5-33.7	3	12.5	2.7-32.4

Fuente: Encuestas FACES III a pacientes en DPCA del HGZ No 6 Ciudad Valles SLP 2011

* $p < 0.05$

DISCUSION:

El objetivo del presente trabajo fue conocer la prevalencia de trastornos en la funcionalidad familiar en pacientes con IRC adscritos al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del H.G.Z. No 6, Ciudad Valles, S.L.P., Se estudiaron a 104 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal crónica, los cuales aceptaron participar en el mismo mediante la firma del consentimiento informado. Una vez hecha la recopilación de datos y el análisis estadístico, encontramos que el rango de edad de los pacientes estudiados fue de 19 a 88 años, con una media de 60.48 años; en base a la escolaridad en grado de primaria completa fue el 34.6%, de secundaria 16.3%, bachillerato 39.4% y finalmente el 9.6% con estudios profesionales; En cuanto a la ocupación el 33.7% son pensionados, el 39.4% aún son activos y el 26.9% están desempleados; respecto al estado conyugal el 74% se encuentra en una relación estable (casados y unión libre) y el 26% no tienen pareja (solteros, viudos y divorciados).

En la presente población de estudio predominaron las familias nucleares con un 67.3%, seguidas de las familias extensas con un 25% y en menor porcentaje las familiar compuestas representando un 7.7% (Gráfico 2); observando una ligera diferencia con respecto a los trabajos de Salazar Sosa X (septiembre-2007) el cual reporta familias nucleares 60.3% y el trabajo de Aymara Reyes Saborit, (Santiago de cuba, 2003) quien obtuvo 53% de familias nucleares, familias extensas 34% y extensas ampliadas 13%.

En cuanto al tiempo de pertenencia al programa de Diálisis Peritoneal refirieron tener de 0- 4 años 84.6% de los pacientes y 15.4% refirieron tener más de 5 años en dicho programa (Gráfico 3). En contraste con lo encontrado por Azcarate-García E. y cols. (Archivos Med. Fam.Mayo-agosto-2006) quien reporta de 0 a 4 años 45.4% y de 5 a 9 años 54.5%.

En los resultados de la aplicación de la encuesta FACES III, evaluando la Funcionalidad conjunta obtuvimos una prevalencia de Familias Balanceadas del 15.4% (IC95% 9.1% a 23.8%, n= 16, Gráfico 4 y Tabla 1, Familias en Rangos Medios del 58.8% (IC95% 44.7% a 64.6%, n = 57, en la Tabla 1) y las Familias Extremas constituyeron el 29.8% (IC95% 21.2% a 39.6%, n = 31, Tabla 1).

Evaluando por separado la Cohesión y Adaptabilidad, se obtuvo el 55.8% con disfuncionalidad en cuanto a Cohesión y en Adaptabilidad el 58.6% de disfuncionalidad, se encuentran mínimas diferencias en cuanto al estudio realizado por Salazar Sosa X (septiembre-2007), quien encontró una disfuncionalidad por Cohesión del 54.6% y Adaptabilidad de 50.2%.

En el presente estudio existe una alta correlación entre la Adaptabilidad y la Cohesión como queda demostrado en el gráfico 5 en el que se observa un coeficiente de correlación r de 0.66 ($r^2 = 0.44$; IC95% $0.27 < r^2 < 0.58$).

Respecto al Estado Conyugal se observaron diferencias significativas en la Adaptabilidad familiar ($p= 0.01$) apreciándose que en los pacientes Unidos (casados y unión libre) un alto porcentaje de las familias son Caóticas en un 55%, mientras que en pacientes No Unidos (solteros, divorciados y viudos) una cifra similar la constituyen en conjunto las familias Flexibles, Estructuradas y Rígidas con un 56%. Bajo esta misma variable, no hubo diferencias significativas en relación a la Cohesión Familiar ($p= 0.372$).

El Tipo de Familia también tuvo diferencias significativas en la Adaptabilidad Familiar ($p= .006$) encontrándose que entre las familias de tipo Nuclear predominan las Adaptaciones de tipo Caótico y Flexible (57% y 29% respectivamente), en las familias Extensas predominan las Adaptaciones Caóticas y Estructuradas (46% y 31% respectivamente), y finalmente en las familias Compuestas predominan las Adaptaciones Caóticas, Estructuradas y Rígidas (25%, 25% y 38% respectivamente) (Tablas 3 y 4).

En relación a la Cohesión Familiar también se encontraron diferencias significativas ($p= 0.03$) en cuanto al Tipo de Familia. Encontrándose que en las familias Nucleares predominan las Cohesiones Relacionadas y Aglutinadas (34% y 26% respectivamente), en las familias Extensas las Cohesiones No relacionadas, Relacionadas y Aglutinadas (50%, 23% y 23% respectivamente) y en las familias Compuestas las Cohesiones No Relacionadas y Semirelacionadas (50% y 38% respectivamente) (Tablas 3 y 4). En cuanto a estas correlaciones, no fueron valoradas en estudios previos.

CONCLUSIONES:

- 1.- La Prevalencia de la Funcionalidad familiar conjunta en pacientes con IRC en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria fué balanceada en el 15.4%, en rango medio 58.8% y en extrema el 29.8%.
- 2.- La Funcionalidad según la adaptabilidad familiar es del 51.9% de familias caóticas, familias Flexibles 24.0%, familias estructuradas 17.3% y familias rígidas en un 6.7%.
- 3.- De acuerdo a funcionalidad según la cohesión familiar fueron no relacionada 32.7%, semirelacionada 14.4%, relacionada 29.8% y aglutinada 23.1%.
- 4.- Existe una alta correlación positiva entre adaptabilidad y cohesión con un coeficiente $R= 0.66$.
- 5.- No hay diferencias significativas de la funcionalidad conjunta respecto de la edad, género, escolaridad, ocupación, condición conyugal, tipo de familia y tiempo en DPCA.
- 6.- No hay diferencias significativas de la adaptabilidad familiar con respecto a la edad, género, escolaridad, ocupación y tiempo en DPCA.
- 7.- No hay diferencias significativas de la Cohesión familiar con respecto a la edad, género, escolaridad, ocupación, condición conyugal y tiempo en DPCA.
- 8.- En relación a la adaptabilidad familiar se encontraron diferencias significativas en la condición conyugal, encontrándose que en las parejas unidas, predominan las familias caóticas y flexibles y en los pacientes sin unión conyugal prevalecen las familias estructuradas y rígidas. También a este respecto se encontraron diferencias significativas en el tipo de familia, encontrándose que en las familias nucleares la adaptabilidad que predomina es de tipo caótico y flexible, en las familias extensas y compuestas las del tipo estructurada y rígida.
- 9.- En relación a la cohesión familiar se encontraron diferencias significativas en el tipo de familia, encontrándose que en las familias nucleares la cohesión que predomina es de no relacionada y semirelacionada, en las familias extensas la no relacionada y aglutinada y en las familias compuestas la semirelacionada y no relacionada.

Se sugieren más estudios en los que se evalúen las variables, por edad, género, escolaridad, tiempo de evolución, así como ocupación.

10.- Se requiere la atención por psicólogos, para la evaluación del paciente renal que está en programa de diálisis peritoneal, ya que no se le debe abordar aisladamente, sino que siempre debe incluirse a la familia, para lograr una mejor integración familiar, tratando que el paciente realmente sienta el apoyo familiar, esto mediante el mejoramiento de la cohesión y adaptabilidad familiar.

10.- El implementar un grupo de autoayuda en los pacientes con insuficiencia Renal Crónica que están sometidos a Diálisis Peritoneal, el cual incluya a los integrantes de la familia, para incrementar las redes de apoyo familiar, que sea útil tanto al cuidador como al paciente, esto disminuirá muy probablemente la presencia de disfuncionalidad familiar, ya que son pacientes que terminarán dependiendo al 100% de su familia.

11.- Es de gran importancia la realización de estudios sobre salud familiar para tipificar a la familia, identificar y jerarquizar su problemática, ya que dependiendo del tipo de familia y la etapa del ciclo vital en que se encuentre va ser la problemática que presente, de esta manera se podrá realizar la búsqueda de estrategias adecuadas tendientes a solucionar dicha problemática y finalmente lograr una homeostasis familiar basada en una buena cohesión y adaptabilidad familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Gómez- Calle ,Jorge. La familia y la enfermedad en fase terminal. Médica U.P.B. Revista Electrónica de Portales Médicos. Revisado 25 de mayo de 2011 en: <http://esmok.blogspot.com/2010/05/la-familia-y-la-enfermedad-terminal-html>
- 2.- Ares, P. Psicología. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial. Félix Varela:2002.Ferrari M. Kolostian. S. a importancia de la familia En: Familia Brasileira. Sau Paulo: Cortez; 1994 pp. 11-15.
- 3.- Una mirada al cumplimiento de las funciones de la familia en cuba hoy. Revisado el 25 de mayo de 2011, en.<http://www.cbioetica.org/revista/91/91/0411.pdf>. Carlos Antonio Amador Rodríguez.
- 4.- Rodríguez –Abrego, Gabriela; Isablea Rodríguez- Abrego, Isablea. Disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Revista Médica del IMSS febrero-2004; 42 (2): 97-102.
- 5.- Santana- Cano, A.L., Gutiérrez- Román, E.A; Sandoval –Magaña, M. A. Apoyo social en pacientes con Diabetes Mellitus en los diferentes estadíos de Insuficiencia Renal Crónica. Atención Familiar 2009; 16 (supl 1): 5
- 6.- Reyes- Saborit, A., Castañeda- Márquez, V. Caracterización familiar de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Medisan 2006; 10(4). Revisado el 29 de mayo de 2011, en. http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_10_4_06/san_05406.htm.
- 7.- Ramírez, DV; Disfunción y falta de apoyo familiar como factor desencadenante de descontrol glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2.(tesis de posgrado en Medicina Familiar), (Colima, Colima): Universidad de Colima: 2006.47p

- 8.- Sandoval – Medina, Lizeth. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Hospital Obrero No 2 C.N.S. Revista médica de la sociedad Cochabambina de Med. Fam. 1:1 enero-2009.p4-7
- 9.- Comité Organizador del consenso de Medicina Familiar: Conceptos básicos para el estudio de las familiar. Archivos de Medicina Familiar 2005; 7 (1): 15-19
- 10.- Reyes – Saborit ,Aymara. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Santiago de cuba, 2003. Ciudad Habana,12 de noviembre del 2003. P7-20.
- 12.- Anca, Seica., Liviu, Segall., Constantin, Verzan., Nina, Vaduva. Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients from Romania: a multicentric study. Nephrol Dial Transplant 2009 (24): 626–629.
- 13.- Rodríguez , A.G; Rodríguez ,A.L. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista médica del IMSS 2004, 42 (2): 97-102.
- 14.- Gómez Calle Jorge A; Médico U.P.B. Asociación Antioqueña de Cuidados Paliativos Asis (Aacpasis). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/enter2.shtml>. revisado el 20-04-2011.
- 15.- Azcarate-García ,E ; Ocampo-Barrio , P ;Quiroz-Pérez ,JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal intermitente y ambulatoria. Archivos en Medicina Familiar volumen 8 (2) mayo-agosto2006 p. 97-102
- 16.- Barrios, A., Alvarado, A., Montero, X. Funcionamiento familiar ante una enfermedad, una propuesta de evaluación y sus implicaciones en el tratamiento

psicológico de familias con un enfermo crónico. Facultad de psicología, Univ. Nal. Autónoma de Méx., 2007.

17.- Martínez-Pampliega A. *et al. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. Int J. Clin Health psychol.2005 Vol. 6, No2: pp317-333.*

18.- Ramos Juarez G, Gonzalez Dzib R, Dominguez Hernandez C. Disfunción familiar en el paciente diabético tipo 2 que acude a una Unidad de Medicina Familiar de Champotón, Campeche, México. Archivos en Medicina Familiar, Vol. 9, Núm. 1, 2007, pp. 1-18. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C.

19.- Lopez Bozada AL. Disfunción Familiar en embarazadas adolescentes que acuden a un Hospital Rural de Hecelchakan, Campeche, México, 2007. *Archivos en Medicina Familiar* volumen 9 2007 suplemento número 1.1-19 ISSN (Versión impresa): 1405-9657 archmedfam@hotmail.com Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C. México www.redalyc.org

20.- Jiménez Solís S. E., 1 Rojano Osorio J. 2. 1 Residente de Medicina Familiar, 2 Médico familiar, HGZMF No. 1, IMSS, Durango. : *funcionalidad familiar en cuidadores de adultos mayores con demencia. Aten. fam. vol. 16 suplemento núm. 1, 2009. cartel 33-8*

21.- Gatica Cerna M. Características Psicosociales, funcionalidad familiar y satisfacción usuaria que asisten al programa de depresión del Centro de Salud Familiar Ultraestación de Chillán, 2010. *Revista Psicología Científica.com*, 13(25). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-503-1-caracteristicas-psicosociales-funcionalidad-familiar-y-satis.html>

22.- Salazar Sosa X. Disfunción familiar en pacientes mayores de 18 años con diabetes mellitus tipo 2 y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No 1, Campeche, México. 2007. Checar bien el número x q este es el último estudio en antecedentes. pp1-19

23.- por: Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, Fuente: Agencias <http://www.esmas.com/salud/home/noticiashoy/671429.html>. Revisado el [25-marzo-2010](#).

24.- Sistema de información IMSS (SIMO) del HGZ No 6 Cd. Valles, S.L.P. (2010).

25.- Coordinación de comunicación social del IMSS 11 de Marzo-2009 No 82. Realiza el IMSS 50% de trasplantes de riñón en México. P 1-3, disponible en <http://journalmex.wordpress.com/2009/03/11/imss-50-por-ciento-de-trasplantes-de-rinon-en-mexico/>

26.- Censo de la Jefatura de Trabajo Social del HGZ No 6 Cd. Valles, S.L.P. (sep. 2010).

ANEXOS:

Anexo 1:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2010					2011												
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
TITULO Y DISEÑO DEL PROYECTO	X	X	X															
RECOPIACION DE INFORMACION BIBLIOGRAFICA				X	X													
ASESORIA METODOLOGICA						X	X	X	X									
REGISTRO DEL PROTOCOLO ANTE EL COMITÉ									X	X								
CAPTURA DE DATOS												X	X	X				
ANALISIS DE DATOS															X			
MANEJO ESTADISTICO															X	X		
PRESENTACION ANTE LA UNAM																X		

Anexo 2: Carta Consentimiento.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA.

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente, **acepto** participar en el protocolo de investigación titulado:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

Registrado ante el comité local de Investigación No. 2402.

El objetivo del estudio es: identificar la prevalencia de disfunción familiar en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Se me ha explicado que mi participación consiste en: Dar información de mi familia

“Declaro que se me ha explicado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son: Hablar de mi familia, y los riesgos no existen. El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, 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 en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o 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 cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo”.

Nombre y firma de la paciente y/o tutor responsable	Nombre y firma del investigador <u>Catalina Del Ángel Cervantes</u>
Nombre y firma de testigo	Nombre y firma de testigo

Anexo 4: Encuesta segunda parte.



**ESTUDIO: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA
ENCUESTA PARA EL PACIENTE**

ENCUESTA DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR FACES III

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

Nunca (1 punto), Casi nunca (2 puntos), Algunas veces (3 puntos), Casi siempre (4 puntos), Siempre (5 puntos)

Anexo 5: Tabla de Validación de resultados.



**ESTUDIO: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIALISIS
PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA
ENCUESTA PARA LA PACIENTE
INSTRUMENTO DE VALIDACION DE ADAPTABILIDAD Y
COHESION FAMILIAR FACES III**

TABLA DE VALIDACION DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA FACES III

Suma de cuestiones con número non COHESION:	Suma de cuestiones con número par ADAPTABILIDAD:
No relacionada 10-34, Semi-relacionada 35-40, Relacionada 41-45, Aglutinada 46-50.	Rígida 10-19, Estructurada 20-24, Flexible 25-28, Caótica 29-50.