

**DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA
PÉREZ” VILLAHERMOSA-TABASCO. MÉXICO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DOMÉNICA PULEO PULEO.

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

DRA. REGINA AURIA LOPEZ PÉREZ 
DRA. EMMA PATRICIA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ.*
ASESORAS

DR. CARLOS M DE LA CRUZ ALCUDIA
SECRETARIO DE SALUD

QFB. SERGIO LEÓN RAMIREZ
DIRECCIÓN DE CALIDAD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

*PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN VILLAHERMOSA, TABASCO.

VILLAHERMOSA, TABASCO A 08 FEBRERO DEL 2012



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.

**DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA
PÉREZ” VILLAHERMOSA-TABASCO. MÉXICO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DRA. DOMÉNICA PULEO PULEO.

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

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA.

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

DR. FELIPE DE JESÚS PEDROZA GARCIA.

COORDINADOR DE INVESTIGACION 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.



SECRETARÍA DE SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

CESSA GAVIOTAS.

TITULO:

**DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA
PÉREZ” VILLAHERMOSA-TABASCO. MÉXICO.**

DRA. DOMÉNICA PULEO PULEO.

ASESORES:

DRA. REGINA AURIA LOPEZ PEREZ



DRA EMMA PATRICIA JIMENEZ HERNANDEZ.*

VILLAHERMOSA TABASCO.

FEBRERO 2012.

ÍNDICE

Capítulo	Tema	Páginas
	INTRODUCCIÓN.	
	RESUMEN	
1	ANTECEDENTES	1
2	MARCO TEÓRICO	4
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
4	JUSTIFICACIÓN	13
5	OBJETIVO GENERAL	14
6	METODOLOGÍA	15
6.1	Tipo de estudio	15
6.2	Universo de estudio	15
6.3	Criterios de inclusión	15
6.4.	Criterios de exclusión	15
6.5	Criterios de eliminación	15
6.6	Operalización de variables	16
6.7	Sistema de captación de la información	17
6.8	Medición de las variables	17
6.9	Instrumento de recolección de datos y método	17-18

6.10	Consideraciones éticas.	19
7	RESULTADOS	20
8	DISCUSIÓN	26
9	CONCLUSIÓN	29
10.	RECOMENDACIONES	30
11	BIBLIOGRAFIA	31
12	ANEXOS	34

TITULO

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica es la reducción lenta y progresiva de las funciones renales en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud.¹ Observándose que durante el 2004 en el Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” del estado de Tabasco ingresaron 69 pacientes para tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, por lo que la magnitud del problema es trascendental, ya que es una de las causas principales de morbi-mortalidad, siendo a consecuencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2, ocasionándoles micro albuminuria progresando hacia la Nefropatía Diabética, y de ellos el 20%, llegan en fase terminal debido a que fallecen por causas cardiovasculares, antes de iniciar tratamiento sustitutivo. ² Es así los esfuerzos de la detección de los factores de riesgo de desarrollo de la enfermedad, al desarrollo de test sensibles de identificación de las fases tempranas para corrección de las medidas que tienen mayor impacto sobre la evolución de la enfermedad.³ El paciente con Insuficiencia Renal se ve obligado a cambiar individualmente, en su entorno familiar, laboral y social en muchos aspectos de su vida. La dinámica familiar incluye determinante que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención y en esta etapa de transición en la vida del enfermo y sus familiares pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación.⁴

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”

RESUMEN

El objetivo de nuestro estudio fue determinar el grado de disfunción familiar en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden al servicio de Nefrología, del Hospital General “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez” del estado de Tabasco, durante los meses de junio a diciembre del 2004, estudiamos a todos los pacientes fueron 65, se trata de un estudio de tipo descriptivo, con una sola medición a través de cuestionario de APGAR, los pacientes que perciben a sus familias normofuncionales fueron un 64%, con disfunción leve un 18% y un 8% lo percibe la disfunción como grave, predominó el sexo femenino en un 65%, el grupo de edad fue de 45- 59 con un 39%, el nivel de estudios de los pacientes fue de primaria incompleta 43% y analfabetas 22%, la religión que profesan fue la católica en su totalidad, la duración de la diabetes fue igual o mayor a 10 años el 89%, y de padecer insuficiencia renal crónica un promedio de 2 años, reciben la asistencia o cuidado de un familiar el 81%, no reciben cuidado por su familiar un 5%. La Insuficiencia Renal representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, que lleve como fin mantener el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir que se esperan de ella.

1. ANTECEDENTES.

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, religiosos, principalmente. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo.⁵

Tenemos por ejemplo en la enfermedad pulmonar crónica obstructiva es una enfermedad crónica e invalidante con gran repercusión en la calidad de vida del paciente, así como en su dinámica familiar y social. La percepción por parte del paciente de sus limitaciones genera un sentimiento de baja autoestima que pone en peligro su posición ante la familia y la sociedad. ⁶

Castro, 1997,⁷ en un estudio realizado en enfermos con VIH/SIDA, considera que el contexto familiar de pobreza, tradición migratoria y las condicionantes diferenciales de género fundamentan el apoyo y el rechazo en las relaciones familiares de las personas enfermas. El principal descubrimiento revela que las relaciones familiares para con la persona enferma son ambiguas, y pasan del apoyo al rechazo. Este patrón varía de acuerdo con la historia familiar y las condiciones de cada familia.

La asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2, a través de la evaluación con el APGAR familiar, así como el grado de conocimientos sobre la enfermedad, determina que la disfunción familiar se asocia con mayor frecuencia de descontrol en el paciente diabético ⁸

A través de un instrumento creado por el Dr. Gabriel Smilkstein en 1978, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Es un instrumento que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se

puede completar, se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales. Sus parámetros se delinearán sobre la premisa que los miembros de la familia perciben del funcionamiento y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento familiar. Este breve instrumento para el uso cotidiano del médico familiar le permite identificar la forma en que su paciente visualiza la funcionalidad de su propia familia. ⁹

El APGAR familiar es una herramienta útil para detectar disfunción familiar se ha utilizado en diversos estudios como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, infección por HIV, depresión y embarazos en el adolescentes y esto lo debe tener muy en cuenta el médico familiar pues su aplicación no solo es en familias como un todo sino también para grupos específicos a investigar¹⁰

La funcionalidad familiar adecuada ayuda a las personas con problemas de enfermedad crónicas degenerativas, después de una década de padecer la Diabetes Mellitus sus complicaciones se ven reflejadas con alteraciones principalmente a nivel renal.¹¹

En una población chilena en hemodiálisis crónica, presentan una edad promedio de 62 años, casi la totalidad viven acompañados por familiares, jubilados, con casa propia, la percepción de apoyo familiar es adecuada y se sienten apoyados y comprendidos por estos. Por otra parte, ni las amistades las instituciones de ayuda al enfermo renal son percibidas como una importante red de apoyo.¹²

La familia integrada puede colaborar con la ayuda de las personas y son ellas precisamente quienes se encargan de las diálisis peritoneales en su domicilio, previo un adiestramiento durante la estancia en el hospital.¹³

Cuando se presenta disfuncionalidad familiar no permite seguir la secuencia de las indicaciones médicas establecidas creando un conflicto el cual repercute aun más en el enfermo y en ocasiones es posible observar peritonitis.

La Diabetes Mellitus su estimación de su prevalencia está en ascenso por lo que se requerirá en años posteriores retomar las medidas de prevención, en los estilos de vida saludable de la población.¹⁴

La importancia de la realización de este estudio es determinar como es la funcionalidad familiar en las personas diabéticas que ya tienen complicaciones renales de tipo crónico y llevan su tratamiento en el hospital general.

2. MARCO TEORICO

2.1 Definición y Clasificación:

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se define como la reducción progresiva e irreversible del filtrado glomerular. Las distintas fórmulas para el cálculo del FGR se describen más adelante. La NKF (National Kidney Foundation) clasifica la IRC en 5 estadios¹⁵ en función del filtrado glomerular renal (FGR).

Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica.

- I Daño renal con función filtrado glomerular normal >90 ml/min.
- II Daño renal con función del filtrado glomerular leve 60-89 ml/min.
- III Daño renal con función del filtrado moderado 30-59 ml/min.
- IV Daño renal con función del filtrado severo 15- 29 ml/min.
- V Daño renal con fallo Renal (diálisis) con < 15 ml/min.

2.2 Etiología:

Las causas de IRC son múltiples y se pueden clasificar en distintos grupos. Hay que destacar el fuerte incremento de la nefropatía diabética como causa de IRC en los últimos años, representando en España más de la quinta parte de los casos, y en EE.UU. hasta un 40%. Además, dado el incremento de la edad de la población con insuficiencia renal, las causas de origen vascular también han aumentado notablemente¹⁶.

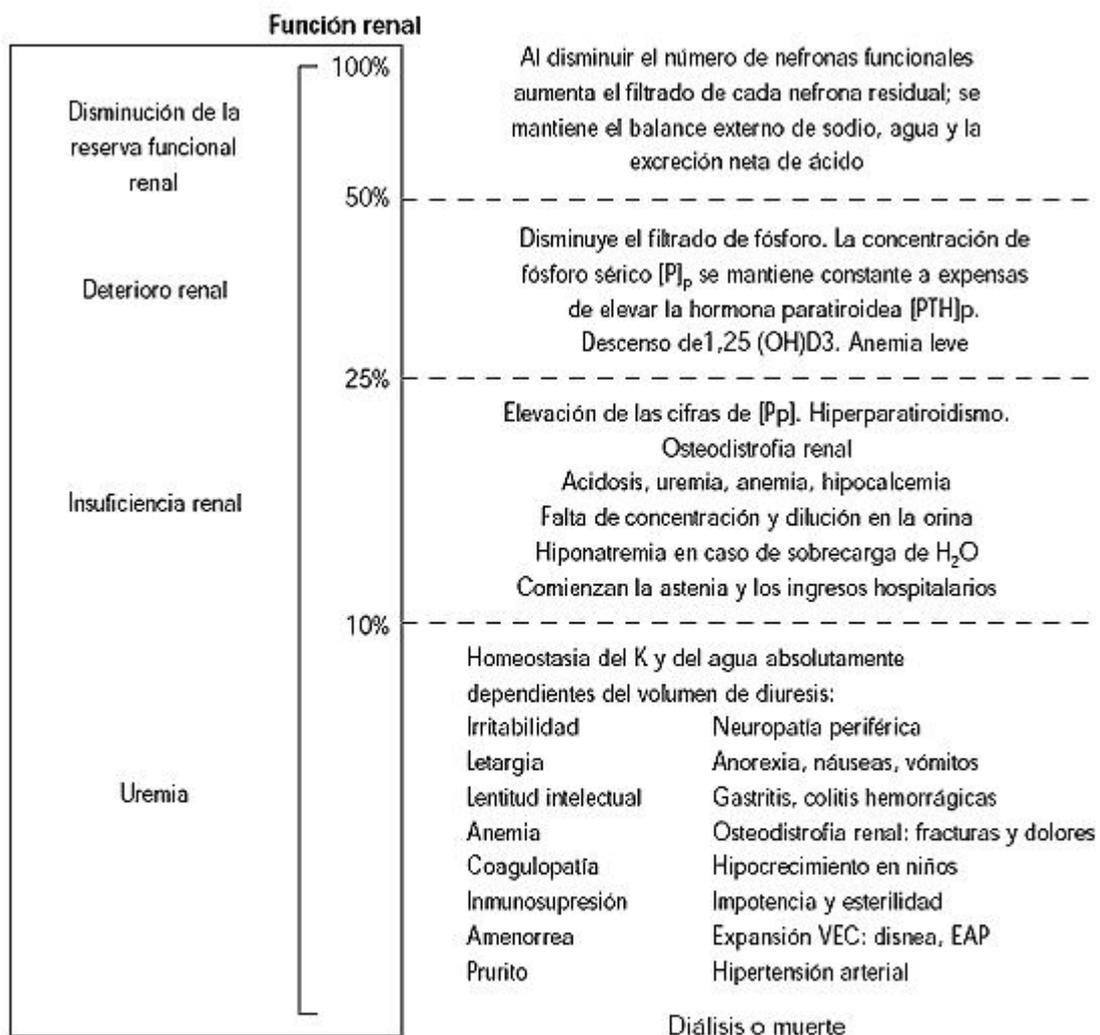
2.3 Historia Natural:

En fases iniciales de la IRC, los pacientes suelen estar asintomáticos. Cuando el FGR disminuye por debajo de 30 ml/min., pueden aparecer ciertos síntomas como astenia y malestar general, en relación con anemia secundaria al déficit de eritropoyetina, así como alteraciones hidroelectrolíticas (acidosis,

hiperpotasemia) y del metabolismo calcio-fósforo. Por debajo de 15 ml/min suelen aparecer síntomas digestivos (náuseas, anorexia), cardiovasculares (disnea, edemas, cardiopatía isquémica) y neurológicos (insomnio, déficit de concentración). Por debajo de estos niveles es necesaria la diálisis para evitar complicaciones potencialmente mortales. La fisiopatología de la insuficiencia renal viene resumida de manera gráfica en la Tabla IV .16

Tabla IV: Fisiopatología de la Insuficiencia Renal Crónica

(extraído de Normas de Actuación Clínica de la Sociedad Española de Nefrología).



Historia natural de la insuficiencia renal crónica.

P: fósforo; PTH: hormona paratisordea; ODR: osteodistrofia renal; VEC: volumen extracelular; EAP: edema agudo de pulmón.

2.4 Evaluación del paciente con IRC:

1. *Anamnesis y exploración física.* Una buena anamnesis nos orientará hacia las posibles causas de IRC (evolución y severidad de Diabetes, HTA y otros factores de riesgo cardiovasculares, signos y síntomas de enfermedad sistémica, datos sugestivos de enfermedad glomerular, posibles tóxicos renales, antecedentes familiares, enfermedades concomitantes, etc.), establecer la evolución de la enfermedad y reconocer otros factores que puedan influir en su desarrollo y pronóstico. En la tabla V se resumen los principales signos y síntomas que pueden aparecer en la IRC ¹⁷

Tabla V: Anamnesis y exploración física del paciente con IRC (Extraído de la Guía de Insuficiencia Renal en Atención Primaria)					
PIEL	NERVIOSO Y LOCOMOTOR	DIGESTIVO	CARDIO- RESPIRATORIO	OSEO- ARTICULAR	ENDOCRINO
Palidez Equimosis Hematomas Prurito Piel seca Color Cetrino	Insomnio, asterixis Piernas inquietas Debilidad Cefalea	Anorexia Náuseas y vómitos Fetor urémico y mal sabor de boca Hemorragias Pirosis Estreñimientos	Disnea, edemas HTA Dolor precordial Pericarditis urémica Isquemia arterial periférica Arteriosclerosis.	Osteodistrofia Calcificaciones Alteración del crecimiento Fracturas patológicas	Amenorrea Esterilidad Abortos Impotencia Intolerancia a glucosa Hipoglucemia

2. *Pruebas de función renal.* Como se ha comentado previamente, el FGR nos permite clasificar la gravedad de la IRC y monitorizar su evolución a lo largo del tiempo. Para medir el FGR en la clínica diaria se utiliza el Aclaramiento de Creatinina (CCr) ya que la creatinina es una sustancia fácil de medir y se elimina fundamentalmente por filtrado glomerular. Existen distintas maneras de medir el CCr, que principalmente son:

CCr (ml/ min): [Cru × Volumen (ml) / Crp × t° recogida (min)] (basada en orina de 24h)

Si no se dispone de orina de 24h se puede utilizar:

**CCr (ml/ min): [(140 — edad) × Peso / Crp × 72] × 0,85 (si mujer)
(Cockroft Gault)**

Cru: Creatinina en orina; Crp: Creatinina en plasma; si 24h de tiempo de recogida son 1440 minutos. Ajustar a superficie corporal 1,73 m²

3. *Hallazgos de laboratorio.* En la tabla VI se resumen los distintos hallazgos en las pruebas de laboratorio en las distintas fase de la IRC₁₆

Tabla VI: Hallazgos de laboratorio en la IRC (Extraído de la Guía de Insuficiencia Renal en Atención Primaria)			
HEMATOLOGÍA Y METABOLISMO	PRODUCTOS DEL METABOLISMO PROTEICO	IONES	ANÁLISIS DE ORINA
Anemia Normocítica- Normocrómica Déficit de eritropoyetina Déficit de hierro Tiempo de hemorragia alargado Alteración agregación plaquetaria Alteraciones lipídicas Intolerancia a glucosa	Creatinina aumenta cuando la función renal disminuye un 50% PCreatinina y Urea relacionadas con dieta, metabolismo protéico y diuresis	Potasio normal hasta fases avanzadas de la IRC, e influido por la acidosis Hipocalcemia o normocalcemia Hiperfosforemia Hipomagnesemia	Poliuria, oliguria según etiologías Isostenuria (baja densidad orina) Proteinuria variable Sedimento variable.

4. *Pruebas de imagen.* La ecografía constituye un método sencillo, rápido e inocuo para el estudio de las enfermedades renales, por lo que es ampliamente utilizada en nefrología, permitiendo visualizar tamaño, posición, ecogenicidad, posibles asimetrías y malformaciones, signos de uropatía obstructiva y diferenciación corticomedular. Podemos resumir las indicaciones de ecografía en atención primaria en la tabla VII.

Indicaciones de Ecografía en Atención Primaria:

- Hipertensión de difícil control
- Sospecha de hipertensión secundaria.
- Cólicos nefríticos.
- Hematuria sin infección urinaria.
- Sospecha de uropatía obstructiva.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Dolor lumbar de etiología no aclarada y persistente.
- Siempre que exista sospecha de insuficiencia renal de origen parenquimatoso u obstructivo
- Alteraciones del sedimento urinario o proteinuria.
- Alteración del sedimento urinario o proteinuria persistentes

Otras pruebas de imagen son la urografía intravenosa, que nos ayuda a evaluar la forma de los riñones y vía urinaria, CT, más utilizada para el estudio de masas y quistes complicados, y la angio-RMN, muy útil para el estudio de patología vascular renal, como estenosis de arteria renal, y que carece de riesgo de nefrotoxicidad por contraste.

5. *Biopsia Renal.* La biopsia renal en la IRC sólo estaría justificada si su resultado pudiera influir en el tratamiento de la enfermedad o ante la sospecha de alguna enfermedad sistémica como el Lupus Eritematoso Sistémico, el Mieloma Múltiple o una Enfermedad Glomerular Progresiva. Hoy en día se realiza la mayoría de las ocasiones de manera percutánea y bajo control ecográfico, con escasa tasa de complicaciones.

2.5 Tratamiento Conservador:

El seguimiento del paciente con IRC debe realizarse de manera conjunta entre el nefrólogo y el médico de atención primaria. Los objetivos del tratamiento conservador de la IRC son:

- Enlentecer el deterioro de la función renal
- Detectar y corregir los factores que deterioran la función renal de manera reversible
- Prevenir y tratar las complicaciones de la IRC
- Decidir sobre la inclusión en programa de diálisis-trasplante
- Seleccionar el método de tratamiento inicial
- Educar al paciente y a su familia
- Atender aspectos psicológicos y sociales
- Preparar con suficiente antelación para el tratamiento sustitutivo renal
- Iniciar oportunamente el tratamiento sustitutivo renal.

Para ello será fundamental el control médico exhaustivo con las siguientes consideraciones:

- Restricción protéica: la dieta hipoprotéica retrasa la aparición de síntomas urémicos, aunque nunca debe indicarse una cantidad inferior a 0,6 g/kg/día, pues puede ser causa de malnutrición. Debe aconsejarse únicamente en estadios finales de la enfermedad (NKF IV-V).
- Agua y sal: la ingesta hídrica depende de la diuresis residual de cada paciente, siendo recomendable, en general, entre 1,5-3 l/día. La sal de la dieta debe ser restringida para controlar la hipervolemia y la hipertensión, y en ocasiones es necesario el uso de diuréticos, recomendándose los de asa para los pacientes con IRC y evitando los ahorradores de potasio.
- Bicarbonato: cuando el FGR es inferior a 25 ml/min, normalmente se requiere aporte exógeno de bicarbonato, aunque hay variación según la función renal residual, las características de cada paciente y la etiología de la IRC (diabetes mellitus, tubulointerstitial, etc.). Iniciar tratamiento si

el bicarbonato es menor de 18 mmol/l, ajustando dosis en función de la respuesta (dosis entre 2-6 g/24h).

- **Calcio-Fósforo:** el control del balance de Calcio y Fósforo es fundamental para prevenir el hiperparatiroidismo secundario y las osteodistrofia renal. Su control variará según los niveles de Calcio, Fósforo y PTH en cada paciente, requiriendo el uso sólo o combinado de quelantes del fósforo, con o sin calcio, y vitamina D, además de la restricción dietética de fósforo.
- **Anemia:** los pacientes con IRC presentan anemia normocítica normocrómica producida fundamentalmente por el déficit de eritropoyetina. La administración exógena de eritropoyetina (EPO) mejora la supervivencia, disminuye la morbimortalidad, fundamentalmente por disminución de los eventos cardiovasculares, y aumenta la calidad de vida de los pacientes. Debe asegurarse un depósito de hierro adecuado (ferritina >100 ng/ml) previo al inicio del tratamiento con EPO, además de descartar otras causas frecuentes de anemia.
- **Control de la HTA:** el control de la HTA es fundamental para enlentecer la progresión de la enfermedad renal, así como la de todo el sistema cardiovascular. Especialmente indicados por su efecto nefroprotector (enlentecimiento de la progresión de la IRC de cualquier etiología, especialmente diabetes) están los IECA/ARAII. La elección del fármaco o fármacos ha de ser individualizada, vigilando estrechamente la aparición de efectos secundarios (edema, fracaso renal agudo hemodinámico, hiperpotasemia, etc) y teniendo en cuenta las posibles contraindicaciones de cada uno de ellos.
- **Control de factores cardiovasculares:** el control glucémico en los pacientes diabéticos, el control lipídico, el ejercicio moderado y el abandono del hábito tabáquico deberían ser objetivo fundamental para cualquier médico responsable de enfermos con IRC, siguiendo las recomendaciones sobre factores de riesgo cardiovasculares (HbA1c <7%, LDL-col <100, etc).

2.6 Criterios de derivación:

Numerosos estudios han demostrado la importancia de la referencia precoz al nefrólogo de los pacientes con patología renal.¹⁶ Aunque los criterios de derivación no están consensuados, se podrían resumir en:

- Insuficiencia renal con CCr confirmado <90 ml/min.
- Proteinuria o micro hematuria en el sedimento.
- Alteraciones analíticas en sangre y orina sospechosos de afectación renal.
- Sospecha de HTA maligna con signos de retinopatía hipertensiva o afectación cardíaca
- HTA refractaria a tratamiento
- HTA con sospecha de secundarismo
- HTA con deterioro de función renal, hematuria y/o proteinuria
- Diabetes Mellitus con aumento o persistencia de micro albuminuria
- Diabetes Mellitus con presencia de proteinuria
- Diabetes Mellitus con HTA >130/80 mmHg a pesar de tratamiento.

La presión arterial en las personas con diabetes empieza aumentar durante las etapas tempranas de micro albuminuria, indicando que se inicia la nefropatía diabética que puede llevar a insuficiencia renal, durante el periodo de micro albuminuria las personas generalmente no tiene síntomas, aunque a veces pueden tener hipertensión arterial moderada, en este periodo un buen control de la glucosa sanguínea y el tratamiento de la hipertensión arterial puede frenar la progresión de la nefropatía diabética.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

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, 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. En su conjunto determinan las características de dinámica familiar e influye directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo diabético con complicaciones de nefropatía.

Asimismo se reporta una mortalidad hospitalaria con los hombres en el décimo lugar con 1972 casos y una tasa de 155.8 x100.000 habitantes y en mujeres ocupando el octavo lugar con 1743 casos y una tasa da 62. 5 x 1000.000 habitantes, en el sector público del Sistema Nacional de Salud. Ocupando la nefritis y nefrosis el décimo lugar como causa de muerte en el país en el año 2000 y noveno lugar para el 2001.²² En el Municipio el Centro ocupó el octavo lugar para el año 2005 con 65 defunciones.²¹

Ante este problema nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación.

¿Cual es el grado de Disfunción Familiar en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus Tipo 2, que acuden al servicio de Nefrología del Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”?

4. JUSTIFICACIÓN:

En Estados Unidos las enfermedades renales como nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico ocuparon la novena causa de muerte en la población general con 37,251 casos en el año 2000, de los cuales la incidencia más importante se encuentra en el grupo de edad de 65 años y más, con 31,225 casos que corresponde al 1.7% del total de muertes con una tasa de 89.8 por 100 000 habitantes.¹⁹

La OMS reportó una mortalidad mundial total de 625,000 casos para enfermedades renales como la nefritis y nefrosis para el año 2001.²⁰ Ocasionándose complicaciones como hipertensión arterial, anemias, malnutrición, descalcificación ósea, además es un factor de riesgo para insuficiencia cardíaca y vascular. Las enfermedades renales constituyen el 4º problema de salud en América Latina, y en México el 6º lugar entre las 20 causas más frecuentes de mortalidad.²⁰

En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55,033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50,924 casos en mujeres 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.²²

El médico familiar, es responsable de la atención de sus pacientes y su familia, en forma total y permanente, en su actividad cotidiana es importante la identificación de la funcionalidad familiar del paciente con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus tipo 2, se ha demostrado una estrecha relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar físico y emocional del paciente. El valor de esta investigación radica en tan solo recordar que la familia es su principal fuente de apoyo y de cuidados para el enfermo nefrópata.

5. OBJETIVOS GENERAL

Determinar el grado de disfunción familiar en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus Tipo 2, acuden al servicio de Nefrología del Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”.

5.1 Objetivos específicos

- Caracterizar los pacientes diabéticos con Insuficiencia Renal Crónica de acuerdo a edad, sexo, escolaridad, religión.
- Identificar los años de duración de la enfermedad
- Identificar como se dá la asistencia del enfermo por su familiar.

6. METODOLOGIA.

6.1 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal

6.2 Universo de Estudio:

Todos los pacientes que acuden al servicio de Nefrología del Hospital “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” durante el periodo de junio a diciembre del año 2004, total 65 pacientes.

Muestra: es convencional se estudiaron la total del universo de trabajo.

Muestreo de acuerdo al ingreso hospitalario.

6.3 Criterios de inclusión:

Se estudiaron únicamente a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus Tipo 2.

Mayores de 15 años.

Originario y residentes de Tabasco.

Que deseen participar en el estudio.

6.4 Criterios de exclusión:

Aquellos pacientes que presente Insuficiencia Renal por otras causas diferentes a diabetes.

Pacientes que no deseen dar información

Pacientes en fase terminal que por su condición no puedan responder.

6.5 Criterios de eliminación:

Defunción del paciente.

6.6 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICION	REACTIVO
EDAD	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	CONTINUA	25 -44 AÑOS 45 -64 AÑOS 65 –74 AÑOS 75 – 84 AÑOS 85 Y MÁS
SEXO	CONDICION ORGÁNICA QUE DIFERENCIA AL HOMBRE Y LA MUJER Y SE MIDE A TRAVÉS DE UNA RESPUESTA POR EL PACIENTE	NOMINAL	MASCULINO FEMENINO.
ESCOLARIDAD	GRADO ESCOLAR CURSADO	ORDINAL	ANALFABETA PRIMARIA INCOMPLETA PRIMARIA SECUNDARIA PREPARATORIA PROFESIONAL POSTGRADO.
RELIGIÓN	CREENCIA QUE PROFESA	NOMINAL	EVANGÉLICA, CATÓLICA, PRESBISTERIANA, MORMONA.
DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD	TIEMPO EN AÑOS DE LA ENFERMEDAD	CONTINUA	<1 , 1 A 4 AÑOS 5 A 9 AÑOS Y 10 A +
ASISTENCIA DEL ENFERMO POR FAMILIARES	NÚMERO DE PERSONAS QUE COMPARTEN LA VIVIENDA Y CUIDAN AL ENFERMO	NOMINAL	DE FAMILIAR DIRECTO FAMILIAR INDIRECTO. NO RECIBE CUIDADOS DE FAMILIAR.
APGAR FAMILIAR	PERCEPCIÓN PERSONAL DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CADA PREGUNTA SE PUNTUA DE 0 A 2.	CATEGÓRICA	NORMOFUNCIONAL: =7 PUNTOS NO FUNCIONAL: LEVE ENTRE 4 Y 6 PUNTOS GRAVE. DE 3 O MENOS

6.7 Sistema de captación de la información.

Para poder obtener la información referente al estudio, se utilizaron una entrevista estructurada, encaminado a la identificación de la percepción de la funcionalidad familiar y las características socio-demográficas de las personas enfermas. Las variables fueron: edad, estado civil, escolaridad, religión, años de duración de la enfermedad, asistencia del enfermo.

6.8 Medición de las variables:

Las variables se midieron de la siguiente forma en las variables cuantitativas se tomaron medidas de tendencia central, y para las variables cualitativas se tomaron medidas porcentuales. La captación y el análisis de los datos obtenidos, se hicieron de forma automatizada, a través de computadora, Windows y Excel, se realizaron tablas y gráficos estadísticos.

6.9 Instrumento de recolección de datos y método:

La entrevista estructurada se realizó durante la atención hospitalaria a los pacientes por el investigador directamente en ambiente de confianza y discreción, mediante escala de Lickert para la percepción personal de la funcionalidad familiar o APGAR Familiar, con categorías que van de 0 igual a nunca 1 siempre y 2 casi siempre, aplicadas personalmente, previa prueba piloto.

A través de un instrumento APGAR familiar, que permite identificar la forma en que el paciente visualiza la funcionalidad de su propia familia y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar; en comparación con otras escalas similares presenta la gran ventaja de su reducido número de ítem y facilidad de aplicación y se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y Cols.¹⁵

La Adaptabilidad o apoyo y solidaridad, dentro del contexto familiar, es la capacidad de utilizar los recursos intra y extra familiares para resolver situaciones de crisis como: ¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica? O me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?

Participación o *compañerismo*: se refiere a la capacidad de compartir los problemas y de comunicación para la toma de decisiones por ejemplo: ¿le satisface la manera o interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?

Crecimiento (gradiente de crecimiento) o ganancia: es la capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia. Es algo así como ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida? O se satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?

Afecto: Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia como ¿está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sea de bienestar o malestar? O me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor?

Resolución o *recursos* (compartir tiempo y recursos) se define como la capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales, y materiales de cada miembro de la familia como ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos? O me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa, el dinero?¹⁶

El cuestionario auto administrado de sólo cinco preguntas cerradas con el que puede obtenerse de forma rápida y sencilla una evaluación de la función familiar. Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 sobre una escala de Lickert, obteniéndose en total un índice entre 0 y 10. Se acepta que puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normofuncionales, entre 4 y 6 indican disfunciones familiares leves y de 3 o menos, disfunciones familiares graves.

Es importante recordar que este cuestionario no evalúa realmente la función familiar, sino el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, es decir, su percepción personal. En Atención Primaria, en la que la presentación habitual de las disfunciones es a través de síntomas individuales, esto no constituye un inconveniente. El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. ³¹

6.10 Consideraciones éticas.

El presente estudio se realizó con el interés científico de aportar nuevos conocimientos sobre uno de los problemas prioritarios de salud de trascendencia que además fuera de interés par a las autoridades sanitarias.

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación, el estudio se llevó acabo según Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, artículo 17, párrafo 1 y artículo 23 del capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, con fecha 7 de febrero de 1984 y los resultados permanecerán bajo resguardo y protegidas de usos inadecuados.

Se le explicó al usuario previamente en forma verbal el propósito de dicho estudio e informándole que su aportación no representa ningún riesgo para la integridad física y moral de las personas que decidan participar y los resultados permanecerán bajo resguardo para el investigador y protegidas de usos inadecuados.

7. RESULTADOS.

Fueron estudiados todos los pacientes con nefropatía secundaria a diabetes mellitus, (65) que acudieron al servicio de Nefrología del Hospital General Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, el 65% correspondió al sexo femenino, la recopilación de edad que predominó fueron de 45 a 59 años del grupo investigado con un 39%, seguido de 60 a 74 años con el 35%.

CUADRO 1.

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA SEGÚN RANGO DE EDAD Y SEXO EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”

Rangos de Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
30 – 44	4	6	8	12	12	18
45 – 59	9	14	16	25	25	39
60 – 74	8	12	15	23	23	35
75 – 89	2	3	3	5	5	8
Total	23	35	42	65	65	100

Fuente: Entrevistas

Fueron estudiados todos los pacientes con Nefropatía secundaria a Diabetes Mellitus, (65) que acudieron al Servicio de Nefrología del Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, con respecto al nivel educativo el 43% correspondió los que no terminaron su educación primaria, quiénes no sabían leer, ni escribir fueron el 22%, terminaron su educación primaria el 18%, respondieron haber estudiado un nivel medio y superior fueron de 12% y 5 % respectivamente.

CUADRO NO. 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA SEGÚN EL GRADO DE NIVEL DE ESCOLARIDAD EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”

Grado Máximo de Estudio		
Analfabeta	14	22%
Primaria Incompleta.	28	43%
Primaria Completa	12	18%
Secundaria	8	12%
Preparatoria	3	5%
Total	65	100%

Fuente: Entrevistas.

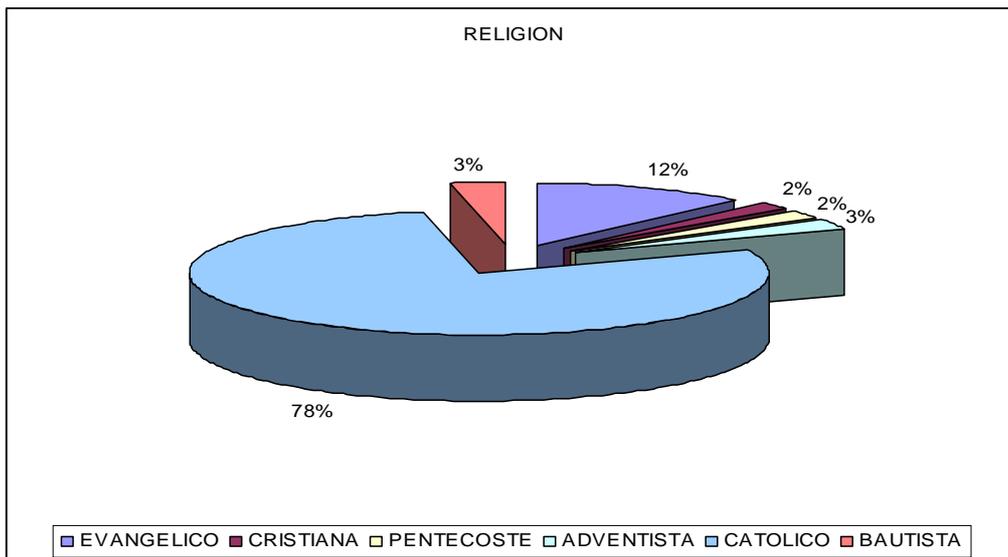
El grupo en estudio (65) según el tipo de religión que profesan fue la católica en un 78%, seguido de un 12% de evangélicos, bautista, adventistas el 3% respectivamente para las otras religiones fueron muy bajos los porcentajes.

CUADRO 3 DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON NEFROPATÍA DIABÉTICA SEGÚN RELIGION EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”

RELIGION	No.	%
Católica	51	78
Evangélica	8	12
Bautista	2	3
Adventista	2	3
Pentecostés	1	2
Cristiana	1	2
TOTAL	65	100

Fuente: Entrevistas

GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON NEFROPATÍA DIABÉTICA SEGÚN RELIGIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”



Fuente: Cuadro 3.

El promedio de la duración de la Diabetes Mellitus fue de 9.4 años, con una desviación estándar de 5.3 años. Los pacientes tenían un promedio de menos de 2 años de haberseles diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica.

CUADRO NO. 4

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA
SEGÚN LA DURACIÓN EN AÑOS. HOSPITAL GENERAL
“DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”**

Duración de la Diabetes Mellitus en años

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<1 año	0	0%
1-4 años	7	11
> =10 años	58	89
Total	65	100
Promedio en años	9,462	
Desviación estándar.		5,321

Fuente: Entrevistas

Los pacientes de Nefropatía Diabética estudiados reciben su asistencia por un familiar directo el 81%, por un familiar lejano o indirecto un 14% y no reciben atención o cuidado por su familiar un 5%.

CUADRO 5.

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA SEGÚN ASISTENCIA DEL ENFERMO EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”

Número de integrantes familiares de las personas con nefropatía diabética.		
	No.	%
De familiar directo	53	81
Familiar indirecto o lejano	9	14
No recibe cuidados de familiar	3	5
Total	65	100%

Fuente: Entrevistas

La población estudiada percibió la funcionalidad familiar adecuada en un 64%, la disfunción familiar correspondió forma la leve en un 28%, la forma severa se percibió en un 8%.

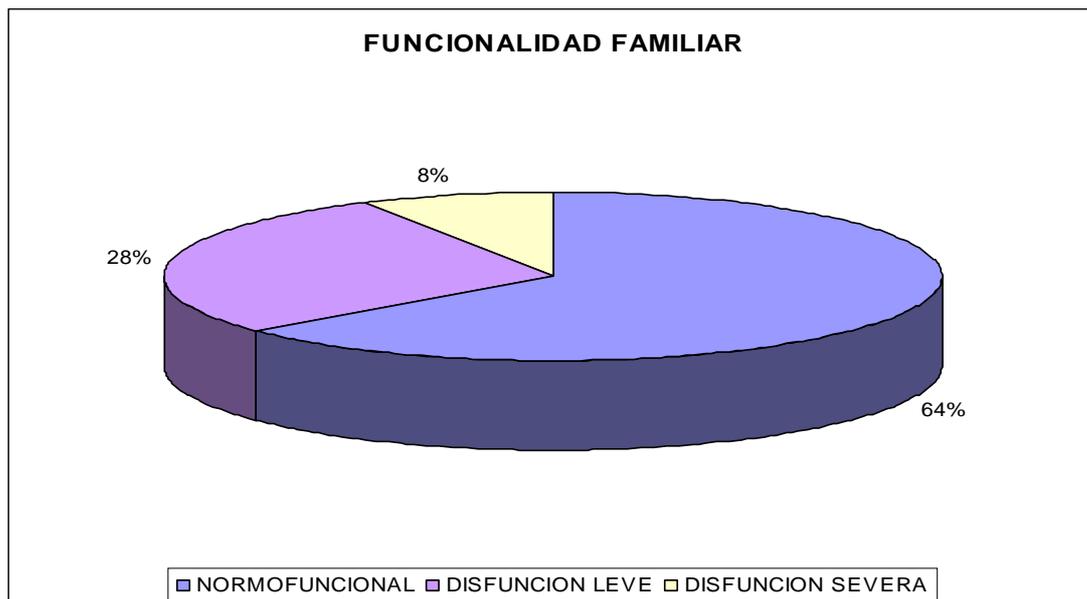
**CUADRO 6.
DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS CON NEFROPATÍA DIABÉTICA
SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”**

GRADO DE FUNCIONALIDAD	No.	%
NORMOFUNCIONAL	42	64
DISFUNCION LEVE	18	28
DISFUNCION SEVERA	5	8
TOTAL	65	100

Fuente: Entrevistas

GRAFICO 2

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON NEFROPATÍA DIABÉTICA
SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”**



Fuente: Cuadro 6

8. DISCUSIÓN.

La Nefropatía Diabética es una complicación de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente como de la diabetes insulino dependiente, es además un causa de fallecimiento. Nuestro grupo estudiado son personas con complicación de Nefropatía por Diabetes Mellitus que acuden al Servicio de Nefrología del Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, durante el año 2004, según correspondió al sexo femenino, la recopilación de edad que predominó fueron de 45 a 59 años. A diferencia de lo que señala Rodríguez ⁸, donde predominó el sexo masculino. Herrera, 2006 señala en su estudio descriptivo prospectivo de 103 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus , atendidos por el médico de la familia todos pertenecientes a la Policlínica Docente “Chiqui Gómez Lubián” de Santa Clara, Villa Clara, en Cuba con el propósito de mostrar el comportamiento de la enfermedad renal crónica en la población diabética mayor de 18 años, concluye que predominan los diabéticos tipo 2 en la tercera edad, en el sexo femenino, con Hipertensión Arterial, prevalecen los pacientes con nivel de información insuficiente sobre su enfermedad. ³²

Con respecto al nivel educativo de las personas con Nefropatía Diabética estudiada, fue bajo, es muy similar a lo que señala López, ²⁷ donde la mayor proporción de pacientes diabéticos presentan un bajo nivel educativo y socioeconómico y el mayor riesgo de morbilidad psicosocial. ⁸

El deterioro de la calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve afectada por el tiempo de evolución de la cronicidad de la enfermedad mayor a 10 años, producto del descontrol metabólico y falta de apego al tratamiento. El promedio de la duración de la Diabetes Mellitus fue de 9.4 años, con una desviación estándar de 5.3 años. Los pacientes tenían un promedio de menos de 2 años de haberseles diagnosticado la nefropatía. Se diferencia de otros estudios ²⁷ los pacientes tenían menos de un año de evolución hacia la Insuficiencia Renal, posterior al diagnóstico. ²⁸ y esto puede deberse a lo tarde que se realiza el diagnóstico una vez aparecido la sintomatología.

Del grupo en estudio la falta de cuidado por un familiar se dió en un bajo porcentaje, el paciente renal no se lo puede abordar aisladamente sin la inclusión de la familia como estrategia terapéutica. El abandono familiar y la falta de contención son debido a la no realización de acciones terapéuticas dirigidas a ellos. Señala Castro la falta de apoyo y rechazo en las relaciones familiares de las persona enfermas varían de acuerdo con la historia familiar y las condiciones de cada familia^{23,7}.

La Insuficiencia Renal Crónica, es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en los pacientes y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas, hospitalizaciones, mortalidad y también por la importante repercusión económica a nivel individual y social. La familia merece un espacio psicológico, frente al diagnóstico de una enfermedad orgánica para poder elaborar mecanismos adaptación respecto a la enfermedad, al sufrimiento y a los duelos, confrontándose con su propia mortalidad.²³

La función fundamental de la familia como generadora de *Apoyo Social* a sus miembros, ya que es el primer grupo humano donde se desarrolla el individuo y con el cual se establecen vínculos más estrechos y de donde los sujetos aspiran a recibir la mayor fuente de apoyo.

La población estudiada percibe la funcionalidad familiar adecuada más de la mitad del grupo y la disfunción familiar correspondió a la forma leve, la forma severa aunque en menor proporción correspondió a ésta ultima, el diabético con tratamiento de hemodiálisis, presenta una patología psicológica asociada, afectando su convivencia familiar y social. 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, las características de la dinámica familiar influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo⁵, así también menciona Méndez y colaboradores¹³ los familiares de las personas diabéticas, son ellas precisamente quiénes se encargan de las diálisis peritoneales en su domicilio, previo un adiestramiento durante la estancia en el hospital.

La enfermedad crónica por si sola demanda mayor atención del enfermo, estos factores familiares y sociales se encuentran relacionados con la presencia de disfunción familiar en el paciente diabético tipo 2.^{12, 29, 30.}

9. CONCLUSIÓN.

Las personas con Nefropatía Diabética del Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, tienen un nivel bajo desde el punto de vista, educación y cultural, lo cual representa el primer problema de salud, predomina el sexo femenino, el grupo de edad 45 a 59 años, profesan la religión católica, tiene antecedentes de una evolución larga de 10 años o más, con un promedio menor de 2 años de haberseles diagnosticado la nefropatía.

Estos pacientes estudiados reciben su asistencia por un familiar directo principalmente, un pequeña parte del grupo por un familiar lejano o indirecto y sin embargo una mínima del grupo no reciben atención o cuidado por su familiar, las personas diabéticas con nefropatía percibe la disfunción familiar de forma la leve y severa aunque en menor proporción, lo cual constituye riesgo para su morbilidad.

10. RECOMENDACIONES.

Consideramos conveniente integrar la atención de forma multidisciplinaria por parte de las enfermeras, médicos familiares, psicólogos de la salud, para instrumentar programas preventivos primarios en diabetes mellitus, en la modificación de estilos de vida, a través de estrategias educativas integrales, cursos, talleres, difusión masiva, en la población general.

El Médico Familiar dentro de la atención médica debe realizar un diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones y roles familiares, permite dar orientación para conservar la integridad familiar.

Las enfermedades crónicas en si, es un motivo de la disfunción familiar, la actitud del médico familiar puede ayudar a instaurar a través de orientación, e información y por último terapia familiar. La información puede ser utilizada para estructurar intervenciones con estrategias individuales y familiares, a través de charlas y reuniones grupales, que permitan reforzar los valores familiares y sociales, pues se sabe que la familia es una fuente disponible y accesible de apoyo a los enfermos.

11. BIBLIOGRAFIA.

1. J. Mcphee S. Ganong W, Lingappa V. Lange J. Fisiopatología médica: una introducción a la medicina clínica 2ª. Edición Méx. Manual Moderno, 2000.
2. Sistema de Información en Salud, (SIS), 2004, Hospital General Dr. Gustavo a. Rovirosa Pérez, Secretaría de Salud Villahermosa Tabasco, Méx.
3. Tapia R. Velázquez M. Ezquerro A. Jiménez R. Sánchez M. Guía de detección integrada de obesidad, diabetes e hipertensión arterial. Méx. Secretaría de Salud, 2000.
4. Wolffenbuttel B, Graol M. New Treatments for patients with type 2 diabetes Mellitus. Postgrad Med. EEUU.1996; 72:657-662.
5. Vera M Hernández E. Efecto de una intervención psicosocial en personas de la tercera edad con disfunción familiar. U.J.A.T. Tab. Méx. 2000.
6. Vargas F. Bujalance Z. Leyva F. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica Medifam, Madrid 2001; 11(9).
7. Castro R. Eroza M. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA, a nivel familiar, Méx.2002.
8. Rodríguez G. Rodríguez I, Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med. IMSS. Méx.2004; 42 (2):97-102.
9. Bellon JA. Delgado A. Luna JD. Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función Apgar Familiar. Atención Primaria. España. 1996. 18(8); 289-296.
10. Egger; M et al. Conocimiento, actitud y práctica acerca del SIDA, entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua. Bol. Of. Sanit Panam, Nicaragua, , 1994; 177: 12-21
11. Suárez R. García R. Padilla A. Díaz O Grupos de intervención. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev. Cubana de Endocrinología. Cuba. 2000;11;(1) 31-40

12. Méndez L. Gómez L. García R. Pérez L. Navarrete E. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2, Rev. Med. IMSS. Méx. 2004, 42(2):281-284.
13. Arechavala M. Catón S. Palma E. Moyano D. Barrios S. Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes con hemodiálisis crónica/Social Inv. Educ. Enferm. Méx. 2005; 23 (2): 34-41.
14. Trujillo G. González C. Munguía M. Competencia clínica en Diabetes mellitus. Rev. Med. IMSS. Méx. 2002,40(6): 467-472.
15. Documento de Consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la nefropatía diabética en España. Nefrología, 2002;22(6):521-530
16. López Revuelta K, et al: Informe de diálisis y trasplante año 2001 de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos. Nefrología. España. 2004;1:21-33
17. Documento de Consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la nefropatía diabética en España. Nefrología, España 2002; 22(6):521-530.
18. Aljama P. Beato P. Ferrer R, Bonet A, García J. García E. Bonet J. y colaboradores. Guía Clínica de la Insuficiencia Renal en Atención Primaria. España www.semergen.es. PDF. Consulta mayo 2005.
19. Herra s. Rodríguez S. Nefropatía diabética. (Documento en línea <http://geosalud.com/diabetesmilliuts/diabetessaluddental.htm> consultado febrero 2005,
20. Ambrosioni. http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/guias/g02/g02_01.htm [Nefropatía diabética](#). España. 2002.
21. Sistema de Información y estadística en Salud. Jurisdicción del Centro 04 Municipio de Centro Tabasco. 2005. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Secretaría de Salud. Sistema de información.
22. En el mundo, ¿143 millones de diabéticos? Investigación y Desarrollo. Periodismo de ciencia y tecnología, marzo 2001. Federación Internacional de Diabetes. (Citado 03 enero 2005), fecha de acceso 13 de agosto 2005. disponible en URL: <http://invdes.com.mx/anteriores/marzo2001/htm/diabete.htm>.

23. Vinokur E. Bueno D. Aspectos psicológicos del paciente renal. Instituto de Urología y Nefrología. San Salvador Rev. Nefrol. Dial y Transpl. Salvador.56,2002 11-14
24. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. J Fam Pract España1982; 15: 303-311.
25. Tapia C. el Manual de Salud pública, México. Intersistemas. Editores. Méx. 2004.
26. http://www.zaragoza.unam.mx/educacion_n_linea/tema_10_insuf_renal/t10_antecedentes.html. México, 2006.
27. López R. Estilos de vida de las personas diabéticas, Centro de Salud Tamulte, Tesis postgrado, 2004. Tab. Méx.
28. De los Ríos J. Sánchez J. Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med. IMSS, Méx. 2004;42 (2): 109-116
29. Jiménez J. González L Acosta J, López L, Factores familiares y Sociales relacionados a la Disfunción Familiar en Paciente diabéticos tipo 2 del IMSS. 2005, U.J.A.T. Tab. Méx.
30. García M, Borbolla M, Tapia M. Calidad de vida en el paciente diabético tipo 2, 2003, U.J.A.T. Tab. Méx.
31. Zurro M, Pérez C. Atención Primaria. 4ª. Edición. Haorcout Brace, España, 2004.
32. Herrera A. H. Pesquisaje de enfermedad renal crónica en diabéticos en un área de salud. Rev. Nefrología, Medicina Familiar y Atención Primaria. Cuba 2006.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/160/1/Pesquisaje-de-enfermedad-renal-cronica-en-diabeticos-en-un-area-de-salud.html>

A N E X O S

**Disfunción Familiar en paciente con Insuficiencia Renal Crónica
secundaria a Diabetes Mellitus Tipo 2,
del Hospital General “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”.**

Buenos Días. Necesito su colaboración para la siguiente entrevista sería amable en responder las siguientes preguntas.

Nombre del paciente: _____

Domicilio _____

Edad: _____ Sexo _____ Años de padecer Diabetes Mellitus _____

Escolaridad _____ Religión _____

¿Tiene quién lo asista o le brinde cuidados ? _____ Si _____ No. _____

¿Qué parentesco tiene esa persona con Usted? _____

PREGUNTAS	NUNCA	CASI	SIEMPRE
	0	1	2
1.- Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando pasa por alguna situación crítica.			
2.- Le satisface la manera con que su familia discute sus problemas y la forma con que participa con usted, en la resolución de ellos.			
3.- Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida.			
4.- Esta satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos ya sea de bienestar o malestar.			
5.- La satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos.			