



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

Unidad de Medicina Familiar N° 66 Xalapa Veracruz
IMSS Veracruz Norte

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DEL HGZ No 28
DE MARTINEZ DE LA TORRE, VER.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Filemón Téllez González

Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS.

Xalapa, Veracruz

15 de Diciembre del 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIALISIS
PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DEL HGZ No 28 DE MARTINEZ DE
LA TORRE, VER.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Filemón Téllez González

DRA.
GEORGINA GARCIA ZARATE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
XALAPA VERACRUZ

DRA.
GEORGINA GARCIA ZARATE
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA.
ELIZABETH SOLER HUERTA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

DRA.
AIDA BLANCO CORNEJO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MÉDICA

Xalapa, Veracruz.

15 de Diciembre del 2010

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIALISIS
PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DEL HGZ No 28 DE MARTINEZ DE
LA TORRE, VER.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Filemón Téllez González

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

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

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIA

A mi padre y madre hoy no presentes, por todo el apoyo, cariño y amor que me entregaron incondicionalmente y aunque físicamente no están conmigo siempre me han impulsado a alcanzar mis metas.

Con amor para mi familia:

Carlos, David, Alfredo, Claudia Idalia y Guadalupe.

A mis hermanos Joaquin, Isidoro, Martha, María Elena, Julia y Severina. En especial a mi hermano Juan que con su ejemplo llena de orgullo a la familia.

AGRADECIMIENTOS

A todos y cada uno de mis maestros que han contribuido a mi formación como profesional, por su comprensión y desinterés por transmitir sus conocimientos libre de egos.

A mis amigos por el apoyo y compañía en las buenas y en las malas, que de cierta forma facilitaron el aprendizaje, mediante la práctica e interacción de los conocimientos.

A la Dra. Elizabeth Soler Huerta que vio nacer este proyecto y a la Dra. Georgina García Zarate que guió este trabajo durante su proceso y culminación.

A las autoridades delegacionales del IMSS por permitirme crecer mediante este sistema de enseñanza. En especial a la Dra Aida Blanco Cornejo por la oportunidad otorgada.

A las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de México con especial atención al Dr. Isaias Hernandez Torres coordinador de docencia del departamento de Medicina Familiar.

Y a quienes contribuyeron a la realización de este trabajo. Lic. en estadística Manolo Cerdan y autoridades del HGZ N° 28 que me permitieron trabajar en el modulo renal a su cargo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
INDICE

Concepto	Página
Índice.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes.....	9
Justificación.....	22
Planteamiento del problema.....	24
Objetivos.....	26
Programa de trabajo.....	27
Metodología.....	28
Operacionalización de las variables.....	30
Aspectos éticos.....	35
Grafica de Gantt.....	38
Resultados.....	39
Análisis de resultados.....	47
Discusión.....	53
Conclusión.....	54
Bibliografía.....	55
Anexos.....	57

INTRODUCCION:

Toda enfermedad crónica representa una fuente continua de malestar y vulnerabilidad psicofísica, así como la sensación irreversible de tener que convivir en forma permanente con la idea de la muerte. Si bien el tratamiento dialítico, y en nuestro caso la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, permite a los pacientes mantenerse con vida y en muchos casos rehabilitarse adecuadamente, la morbilidad aún persiste en alto grado, determinando muchas veces un importante deterioro en su calidad de vida.

Entre las principales fuentes de malestar psicológico se encuentra la dependencia frente al tratamiento y a la propia enfermedad, ya que si bien el paciente puede encontrarse asintomático por períodos prolongados, la amenaza de recaídas y de un agravamiento progresivo es inevitable.

No solamente los aspectos psicológicos individuales están alterados (descenso en la autoestima, riesgo de presentar síntomas como tristeza, temor, irritabilidad y síndromes psíquicos como depresión y ansiedad), sino que las áreas laboral, económica, social y FAMILIAR resultan también perjudicadas.

1.-En el área laboral, el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobretodo en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico; en estos casos el paciente deberá modificar su fuente de ingresos, y cuando esto no es posible, quedará inhabilitado para trabajar debiendo recibir una pensión que lo transforma en un discapacitado, con las importantes repercusiones psicológicas y sociales que esto conlleva

2.-En el área social, el paciente muchas veces tiende a aislarse en forma progresiva de su entorno habitual, ya sea para evitar compartir espacios que ahora debe restringir (ingesta, ejercicio físico, viajes) o porque teme ser rechazado o discriminado por sus allegados, siendo éste un aspecto de especial relevancia en pacientes jóvenes

3.-En el área FAMILIAR, la necesidad de convivir diariamente con el tratamiento a través del contacto con el material de diálisis, las modificaciones espaciales e

higiénicas que esto impone, la adecuación a los horarios de los recambios, la imposibilidad de realizar viajes prolongados, así como las modificaciones dietéticas muchas veces determinan conflictos; a esto se agrega la significación que para el paciente tiene el tener que desempeñar el rol de enfermo en la familia, sobretodo cuando se trata del padre, ya que se produce una necesaria inversión en el anterior funcionamiento intrafamiliar.

La psicopatología en los pacientes en diálisis peritoneal (DP), así como en todos los enfermos orgánicos, se vuelve más difícil de evaluar debido a la coincidencia de muchos de sus síntomas con aquellos propios de los trastornos mentales. La astenia, la anorexia, el insomnio, las dificultades de concentración, las alteraciones digestivas son ejemplos de la sintomatología que aparece en estos pacientes y que no necesariamente implican una alteración psíquica. Por ello se vuelve necesario indagar con mayor profundidad y otorgar más relevancia a la sintomatología de tipo somática y afectiva, como ser los cambios en el humor, descenso de autoestima, ideas de culpa, deseos de muerte e ideas de auto-eliminación, pesimismo, pérdida del interés y la capacidad de disfrute, temores o preocupaciones excesivos.

Cuando efectivamente se diagnostica un trastorno psíquico, éste repercute directamente sobre la evolución de la enfermedad ya que el paciente seguramente descuidará su tratamiento. Esto implica un aumento de la sintomatología orgánica con el consiguiente agravamiento del síndrome mental, ya que al percibir su mayor morbilidad física, el enfermo sufre psíquicamente aún más.

Los cambios que la DP ocasiona en el paciente repercute en todo el núcleo familiar, desde el rol que desempeña (padre, madre, sostén económico, hijo, etc.) hasta en el accionar del resto de los integrantes de la familia, ya que hay transformación al modificar hábitos, tiempos, espacios, responsabilidades, donde pueden modificarse las funciones básicas de la familia, generando crisis familiares no normativas que repercuten en todos los integrantes de ese núcleo familiar.

ANTECEDENTES.

La enfermedad renal crónica es un proceso patológico de múltiples causas, cuya consecuencia es la pérdida del número y funcionamiento de las nefronas y que muy a menudo desemboca en enfermedad renal Terminal. A su vez la insuficiencia renal Terminal es un estado o situación clínica en la que ha ocurrido la pérdida irreversible de la función renal endógena, de magnitud suficiente para que el sujeto dependa en forma permanente del tratamiento sustitutivo renal ya sea diálisis o trasplante con el fin de evitar la intoxicación urémica que pone en peligro la vida del paciente.

El aumento de la población que requiere tratamiento sustitutivo de la función renal crece en forma alarmante en todo el mundo. De hecho más de 1.200.000 pacientes se encuentran en la actualidad bajo tratamiento en diálisis.

El incremento progresivo en la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) supone una epidemia en la mayoría de los países avanzados, situándose la tasa de crecimiento anual de pacientes que inician terapia sustitutiva renal en el 68%.

Este incremento de pacientes obedece a múltiples factores, entre los que destaca la mayor longevidad de la población, con una mayor presencia de patología cardiovascular, especialmente hipertensión arterial y diabetes Mellitus.

Las manifestaciones clínicas y para-clínicas de insuficiencia renal son: Electrolyticas expansión y contracción de volumen, hipo e hipernatremia, hipocalemia, hiper e hipopotasemia, acidosis metabólica e hiperfosfatemia.

Alteraciones endocrinas y metabólicas: hiperparatiroidismo secundario, osteomalacia dinámica, osteomalacia por déficit de vitamina, intolerancia a los carbohidratos, hiperuricemia, hipertrigliceridemia, desnutrición proteinocalórica,

alteraciones del crecimiento y el desarrollo, esterilidad y disfunción sexual, amenorrea, hipotermia, amiloidosis asociada.

Alteraciones neuromusculares: fatiga, trastornos del sueño, cefalea, deterioro de los procesos mentales, letargo, asterixis, irritabilidad muscular, neuropatía periférica, síndrome de piernas inquietas, parálisis, mioclono, convulsiones, coma, calambres musculares, desequilibrio por diálisis, miopatía.

Alteraciones cardiovasculares y pulmonares: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva o edema pulmonar, pericarditis, miocardiopatía, pulmón urémico aterosclerosis acelerada, hipotensión y arritmias, calcificación vascular.

Alteraciones dermatológicas: palidez, hiperpigmentación, prurito, equimosis escarcha urémica.

Alteraciones digestivas: anorexia, náuseas y vómito, hedor urémico, gastroenteritis, úlcera péptica, hemorragia digestiva, hepatitis, ascitis idiopática, peritonitis Alteraciones hematológicas e inmunitarias: Anemia, Linfocitopenia, Diátesis hemorrágica, Aumento de la predisposición a las infecciones, Esplenomegalia e hiperesplenismo. (1)

Los criterios para diagnosticar la insuficiencia renal crónica actualmente están dados por la valoración del daño renal a través de la determinación de la filtración glomerular, A) Daño renal: anormalidades histopatológicas o alteración en las pruebas de sangre y orina o en los estudios de imagen por mas de 3 meses con o sin daño renal. B) La filtración glomerular menor a 60 ml/min./1.73 m² por tres meses o más con o sin daño renal.

Estadios de la enfermedad renal. Clasificación de k-doji

I	Daño renal con FG elevada o normal	>90 ml/min.
II	Daño renal con disminución leve de FG	60-89 ml/min.
III	Disminución moderada de FG	30-59 ml/min.
IV	Disminución severa de FG	15-29 ml/min.
V	Fallo renal (TX Sustitutivo)	<15 ml/min.

Para fines de tratamiento sustitutivo ya sea diálisis, hemodiálisis o trasplante renal se considera preparar al paciente desde el estadio IV. Y realizar el procedimiento cuando la Depuración de Creatinina es menor a 15 ml/min. o sea estadio V. (2)

La diálisis peritoneal consiste en infundir de 1 a 3 L de una solución que contiene dextrosa en el interior de la cavidad peritoneal, y permitir que el líquido permanezca en ella durante 2 a 4 h. Como sucede en la hemodiálisis, los materiales tóxicos se eliminan a través de una depuración conectiva generada por ultra filtración, y una depuración difusiva a favor de un gradiente de concentración. La eliminación de solutos y agua durante un intercambio de diálisis peritoneal depende del equilibrio entre el movimiento de soluto y agua al interior de la cavidad peritoneal y la absorción desde ella. La velocidad de difusión disminuye con el tiempo y termina cuando se alcanza el equilibrio entre el plasma y el líquido de diálisis. La absorción de solutos y agua de la cavidad peritoneal se produce a través de la membrana peritoneal a la circulación capilar peritoneal y por los linfáticos peritoneales a la circulación linfática. La velocidad de transporte varía según los pacientes y pueden modificarla la presencia de infección (peritonitis), fármacos como los betabloqueantes (bloqueadores beta) y los antagonistas del calcio, y factores físico-mecánicos como postura y ejercicio.

En la última década las pacientes con insuficiencia renal crónica se han duplicado en la mayoría de los países. Tan solo en EUA hay cerca de 300, 000 en terapia dialítica.

La insuficiencia renal crónica (IRC) o falla renal irreversible representa un problema de salud pública de grandes proporciones en los países desarrollados y de importancia creciente en México.

Las neuropatías constituyen la 1ª causa de egresos hospitalarios (3.12%) y la 3ª causa de muerte hospitalaria (5%) en el IMSS.

Factores de riesgo: Diabetes Mellitus (DM) 33- 41.8% e Hipertensión arterial (HTA) 21 - 25% como causa de Insuficiencia Renal Crónica. Estas dos entidades tienen puntos de convergencia. (3)

En el año 2001, en un estudio realizado en el hospital español de Montevideo-Uruguay. En donde intervinieron ponentes de múltiples disciplinas como médicos de familia, sociólogos, licenciados en trabajo social, psicólogos y enfermería, expusieron a análisis el tema de diálisis peritoneal bajo la modalidad de debate en mesa redonda y con el seguimiento de un moderador. Se realizaron entrevistas semiestructuradas valoradas por psiquiatría de los cuales e obtuvieron los siguientes resultados: De un total de 60 pacientes entrevistados, 32 (53.3 %) mostraron una adecuada adaptación al tratamiento; 12 (20%) presentaron síndromes depresivos; 8 (13.3 %) presentaron trastornos adaptativos con síntomas ansiosos y depresivos (2 de ellos al comienzo del tratamiento), y 8 (13.3 %) fueron vistos por incumplimiento del tratamiento. De esto resulta una prevalencia de morbilidad psíquica del 46.7%, si consideramos que el incumplimiento del tratamiento implica una inadecuada adaptación a la enfermedad, y por ende una alteración psicológica. (4)

En el año 2003 se realizó un estudio a 226 pacientes con IRC en donde el objetivo era evaluar la presencia de disfunción familiar y el efecto de la asistencia del paciente cuyos resultados fueron que solo participo el 51 % de los pacientes de los cuales el 41 % resultaron con familia disfuncional; se concluyo que la

función familiar influye en la asistencia del enfermo como variable facilitadora el apoyo mutuo y participación de la red familiar. (5)

Se realizó en 2006 un estudio a 74 familias afro-americanas valorando la función familiar usando entrevista no estructurada, encuesta familiar y FF-SIL y resultó que 54 % eran familias nucleares, 34 % extensas y 13 % ampliadas. La mayoría de los pacientes atraviesan por crisis paranormativas (57 %) secundarias a hospitalizaciones prolongadas. Paradójicamente adaptabilidad (adecuación de afrontamiento de la enfermedad) un 81 % en forma adecuada y 19 % inadecuada. Y por último la mayoría con familias funcionales (95 %) de ellos un 54 % funcional y 41 % moderadamente funcional. (6)

Cuando una enfermedad crónica y/o Terminal se hace presente en un núcleo familiar existen diversos factores que modifican su funcionamiento y depende de los integrantes de la familia para solventar los cambios a que se exponga. Se considera una crisis familiar en la cual existe desorganización inicial y la capacidad o incapacidad de la familia los hará solventar los problemas o agravarlos según sea el caso. De ahí la importancia de la cohesión manifestada en la unión familiar, comprensión y apoyo, así como en la adaptabilidad para enfrentar los cambios que una situación así conlleva. Esta desorganización es causada por varios ajustes forzados en el núcleo familiar como son los de tipo económico, tiempo, espacio, toma de decisiones, etc. (7)

Algunos factores que influyen en el impacto de la enfermedad en la familia son la etapa del ciclo vital afectado, roles familiares flexibles o rígidos, cultura familiar, nivel socioeconómico, comunicación familiar, tipo de respuesta familiar, capacidad del núcleo para la resolución de problemas (8).

La clasificación de la familia más usada actualmente en nuestro país es la siguiente.

Con base en su desarrollo:

- Moderna
- Tradicional
- Arcaica o primitiva

Con base en su demografía:

- Urbana
- Rural

Con base en su integración:

- Integrada
- Semi-integrada
- Desintegrada

Con base a su ocupación:

- Campesina
- Obrera
- Profesional

Durante el desarrollo de la vida de una familia se identifican diversas etapas propuestas por Geyman desde 1980, y a la fecha de mucha utilidad en la identificación del ciclo vital familiar, estas 5 etapas son.

Fase de matrimonio: Inicia desde la formalización del enlace conyugal y se da por terminada a la llegada del primer hijo.

Fase de expansión: Inicia con la incorporación de nuevos miembros a la familia lo cual conlleva a realizar ajustes de la vida cotidiana.

Fase de dispersión: Esta etapa es en la que todos los hijos ingresan a la escuela, pero ninguno de ellos está trabajando.

Fase de independencia: Su inicio se ve marcado cuando la pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, cuando sus hijos han formado sus propias familias. Los lazos de unión entre padres e hijos tienen el riesgo de sufrir un debilitamiento ya que estos, los hijos, deben dedicar tiempo a sus nuevas familias en proceso de formación.

Fase de retiro y muerte: En esta etapa se ve el contraste de la ilusión que en un principio despertaba la formación de una familia. Existen diversas circunstancias que se identifican en esta etapa de las mas comunes son: incapacidad para laborar asociada a enfermedades crónico-degenerativas, desempleo- la inactividad condiciona cambios en el estado de animo del jefe de familia, recursos económicos agotados, escasos o nulos y por ultimo el olvido por parte de sus familiares cercanos dejándolos al abandono en su propia casa o en asilos. Por el contrario hay núcleos familiares en los cuales los abuelos juegan un papel importante en el seno familiar donde vienen toma de decisiones en base a su experiencia y sabiduría costumbre asumida con responsabilidad y cautela y recíprocamente reciben cariño, respeto y cuidados del núcleo familiar. (9)

Otra manera de clasificar a las familias considera 5 ejes fundamentales:

Parentesco

Presencia física en el hogar o convivencia

Medios de subsistencia

Nivel económico

Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por *cambios sociales*.

En base a su **Parentesco**

Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1-3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos.
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos mas otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta .	Padre o madre con hijos mas otras personas con o sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, mas otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (tíos, sobrinos, abuelos, nietos, primos, etc.)

Sin parentesco

Monoparental extendida sin parentesco:	Padre o madre con hijos, mas otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia (amigos, estudiantes, religiosos, hospicios, asilos, etc.)

En base a su presencia física en el hogar

Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar.
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en casa de alguno de los padres.
Extensa descendente	Padres que viven en casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral	Núcleo o pareja que viven en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.).

En base a su **medio de subsistencia**

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

En base a su **Nivel Socioeconómico**

Pobreza familiar nivel 1

Ingresos suficientes que cubre canasta básica. Recursos suficientes para vestido, calzado, vivienda, salud, transporte público dedicando todos sus recursos a esto. Carencia para gastos de conservación de la vivienda. Energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde radica, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 2

Ingresos suficientes para cubrir canasta básica. Carencia para vestido, calzado, vivienda, salud, transporte publico aun dedicando todos sus recursos a esto. Carencia para gastos de conservación de la vivienda. Energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde radica, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 3

Ingresos insuficientes para cubrir canasta básica. Carencia para vestido, calzado, vivienda, salud, transporte publico aun dedicando todos sus recursos a esto. Carencia para gastos de conservación de la vivienda. Energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde radica, esparcimiento y turismo.

Nota: Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados no se consideran pobres.

En base a **nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales**

- Persona que vive sola: Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa del ciclo vital.
- Matrimonios o parejas de homosexuales: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.
- Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
- Familia grupal: Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
- Familia comunal: Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
- Poligamia: Incluye la poliandria y poliginia. (10)

Durante mucho tiempo los investigadores de la familia han dedicado su esfuerzo a formular herramientas para ayudarse en la evaluación y seguimiento de la función familiar; entre estos instrumentos se pueden nombrar al Apgar familiar, al genograma, FF-sil, escala de evaluación del subsistema conyugal, escala de Holmes, etc. Uno de los modelos de mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circumplejo desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979); teniendo como respaldo teórico se desarrollo el FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluación Scales) en 1980. En sus inicios el modelo circumplejo constaba de 2 dimensiones pero en 1983 se incorporo una tercera, la comunicación. Este modelo mide la cohesión y la adaptabilidad que existe en u grupo familiar, la cohesión es un vinculo emocional que los miembros de un sistema (familia) tienen entre si. La adaptabilidad es la habilidad, la capacidad de dicho sistema para cambiar.

Los conceptos vinculados con la cohesión son: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres- hijos, fronteras externas e internas. Los conceptos específicos vinculados con adaptabilidad son el liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas.

La cohesión y adaptabilidad son curvilíneas esto quiere decir que todos los extremos son disfuncionales y los moderados se relacionan con un buen funcionamiento familiar. Estas dimensiones están divididas en 4 niveles:

Cohesión muy alta	(familias apegadas)
Cohesión moderada alta	(familias conectadas)
Cohesión moderada baja	(familias separadas)
Cohesión baja	(familias despegadas).
Adaptabilidad muy alta	(familias caóticas)
Adaptabilidad moderada alta	(familias flexibles)
Adaptabilidad moderada baja	(familias estructuradas)
Adaptabilidad baja	(familias rígidas)

La primera versión de este instrumento surgió en 1980 y constaba de 111 ítems, la segunda versión en 1982 y la tercera en 1985 donde participa activamente Olson de 30 y la última de 20 ítems respectivamente, este instrumento es de utilidad mayor cuando se aplica a la población no clínica,. Durante los últimos años se ha tratado de formular una cuarta versión en donde se pueda utilizar con la misma asertividad en la población clínica. (11)

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo objetivo era determinar los factores de la dinámica familiar relacionados con la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención en la UMF No 66 en Xalapa, Ver. Usando como instrumentos dx de salud familiar, evaluación del subsistema conyugal y FACES III. Se incluyeron 103 familias los resultados del FACES III determinó que hay 43 % de familias son de rango medio, 41 % balanceadas y 16 % extremas. (12)

La diálisis peritoneal es una terapéutica paliativa de la IRC, su propósito es prolongar la vida. Es fundamental para el médico familiar identificar la calidad de vida que se ofrece al enfermo y su familia. 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 EC genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia 8. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar, cuando éste es un uno de los padres, alguno de los hijos asume sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos. Cuando el enfermo es uno de los hijos, sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros hijos realiza las funciones familiares del padre cuidador.

En la República Mexicana el Hospital Infantil de México es pionero en el estudio del funcionamiento de la familia con hijos portadores de síndrome urémico secundario a IRC, los resultados encontrados señalan que 20% de las familias presentaron alteración en su funcionamiento 11. Sin embargo estos reportes varían de acuerdo a la institución y población en que se realice la investigación. Hasta el momento en nuestro medio sólo se han evaluado estos programas desde

el punto de vista de la esperanza de vida alcanzada y la presencia de complicaciones infecciosas, pero no se ha identificado el funcionamiento familiar como un recurso de apoyo.

En un estudio para valorar la funcionalidad familiar en pacientes con diálisis peritoneal se realizó a 22 pacientes de la UMF No 94; integrantes del programa de DPCA y DPCI, su edad promedio de edad fue de 45 años (+/-15.2 DS), masculinos 59% y femeninos 41%, el 100% de los pacientes en DPCA fueron portadores de DM e HAS, en el grupo de DPCI sólo el 36% presentó esta asociación; el tiempo de evolución de estas patologías fue superior a los 10 años en 63% y 91% respectivamente para cada grupo. El tiempo promedio de manejo dialítico fue de cinco años en 54% para DPCA y de 63% para DPCI. Para ello se empleo la “Escala de Funcionamiento Familiar” construido y validado en población mexicana por Espejel Acco. El 36.3% de las familias integradas al programa de DPCA presentaron un funcionamiento familiar funcional, 27.2% medianamente funcional, 27.2% poco funcional y 9% disfuncional, en tanto las familias integradas al programa de DPCI presentaron funcionamiento funcional (18.1%), medianamente funcional (18.1%), poco funcional (45.4%) y disfuncional (18.1%).

(13)

JUSTIFICACION:

En el mundo existe una alta incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica, aproximadamente 1 200 000, que tarde o temprano se someterán a diálisis.

Los enfermos crónicos que tienen que pasar por un procedimiento como en este caso la diálisis peritoneal pasan por diversas etapas. Primero de resistencia al oponerse al diagnóstico, lo cual frecuentemente hace que la enfermedad avance a estadios mayores. Posteriormente existe una adaptación parcial mientras el paciente es aun productivo, las cosas cambian cuando en estadios terminales conlleva a la aplicación de TX sustitutivo a base de proceso dialítico y obliga una adaptación no solo personal si no que de todo el núcleo familiar.

En estos cambios de la estructura y dinámica familiar están involucrados factores: principalmente el rol que vive el paciente en ese momento, así como el ciclo de vida en el cual se encuentra la familia, la afectación de los subsistemas en mayor o menor grado de acuerdo al rol, el estrato socioeconómico. (6)

Ahora bien. Por tratarse de una crisis paranormativa de evolución crónica agudizada con la diálisis peritoneal permite al núcleo familiar tenga un espacio de adaptabilidad primero de forma gradual, posteriormente cambia de forma abrupta afectando la dinámica familiar concepto que depende de la capacidad de los integrantes de la familia para solventar sus necesidades. De ahí que la diálisis peritoneal afecta a la estabilidad de todo el núcleo familiar.

El rol del paciente dialítico es preponderante por que no es lo mismo que se vea afectada la cabeza de familia del subsistema conyugal a algún miembro del subsistema fraternal, la compensación y adaptación requiere mayor esfuerzo si se tratara del papa o la mama. Por que además de la preocupación del proceder de la enfermedad no tendría que desatender los deberes y obligaciones del hogar.

Esto a su vez origina que se intercambien los roles intrafamiliares adoptando deberes que no estaba acostumbrado a realizar. Por ello en la etapa de negación el apoyo familiar es vital para un enfermo en proceso de diálisis. Por otra parte cuando se refiere a un familiar dependiente (hijo, hija, etc.) la afectación se basa en el desvío de atenciones, en que los roles se ven disminuidos en tiempo por dedicarlos al paciente dialítico.

La actividad económica de la familia se ve afectada aun cuando el pilar económico no sea el paciente, ya que aun teniendo seguridad social, se requieren de medidas especiales intradomiciliarias que de alguna manera demandara gasto económico mayor, así como el seguimiento de la enfermedad (traslados, consultas, soluciones dialíticas, tiempo, etc. teniendo en consideración que si bien no se trata de un proceso incapacitante si es limitante, por lo que pudiera verse afectado el ingreso económico familiar.

Al existir una crisis familiar de carácter paranormativa, desencadena en el grupo familiar una serie de crisis en cadena que llevan a la desorganización total, que requiere de flexibilidad para aceptar los cambios, así de responsabilidad para solventar los deberes, si no hay bases firmes puede conllevar a desintegración familiar por la rigidez al cambio y la incapacidad para afrontar las necesidades de la familia, por ende un circulo vicioso que no ayuda a la funcionalidad del núcleo familiar. (7)

Dado los efectos que produce la diálisis peritoneal dentro del núcleo familiar afectando la dinámica familiar y por ende modificando la cohesión y adaptabilidad familiar se decide realizar este trabajo de investigación, además de que en el HGZ No. 28 de Martínez de la Torre, Ver. no existe estudio similar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El incremento progresivo en la prevalencia de la enfermedad renal crónica supone un predominio en la mayoría de los países avanzados. Se refiere que existe un incremento anual del 6-8 % de pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal. Este incremento obedece a múltiples factores en los que englobamos la presencia de patologías agregadas, principalmente hipertensión arterial y diabetes Mellitus.

Además de la patología física se conoce que 1 de cada 2 enfermos ingresados a diálisis peritoneal no termina por aceptar su enfermedad, esto conlleva a que se forme un ciclo vicioso de enfermedades psíquicas que repercute en los integrantes de su familia. Dada las características de la enfermedad renal crónica Y de los pacientes sujetos a diálisis peritoneal es primordial que se otorgue una atención multidisciplinaria continua, con revaloraciones frecuentes por equipos conformados por nefrólogos , enfermeras capacitadas y capacitadoras en el proceso, trabajadores sociales, nutriólogos y terapeutas familiares, que tendrán la tarea de que además de que el paciente acepte y aprenda a vivir con su enfermedad, que los familiares proporcionen tanto apoyo moral, físico, de tiempo, capacitación, que muestren interés, de tal manera que se involucren como lo que es ...un núcleo familiar.

Esta terapéutica integral multidisciplinaria nos llevaría a ofrecer una mejor calidad de vida y por que no, bases para su probable corrección del problema.

En el Hospital General de Zona No. 28 de Martines de la Torre ver, se cuenta con un modulo de diálisis peritoneal que se encarga de llevar de la mano los tratamientos médicos y dialíticos del paciente, además de enfermeras capacitadas para realizar el proceso y capacitar a los familiares en ello. Ya que ellos son los pilares para proporcionar una calidad de vida mejor a su familiar y

depende del núcleo familiar, la rehabilitación física, pero principalmente la emocional del paciente dializado.

Por lo anterior me hago la siguiente pregunta:

¿CUAL ES LA COHESION Y ADAPTABILIDAD DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES INCORPORADOS A DIALISIS PERITONEAL EN EL HGZ 28?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la cohesión y adaptabilidad de familias con pacientes incorporados a diálisis peritoneal en el HGZ 28 durante el periodo comprendido de marzo 2009 a noviembre 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar las características socio demográficas de los pacientes incorporados a diálisis.
- 2.- Determinar el estrato socioeconómico en el cual se encuentra la familia.
- 3.- Identificar el rol familiar del paciente enfermo.
- 4.- Determinar la tipología familiar a la cual pertenece los pacientes en diálisis.
- 5.- Establecer la etapa del ciclo familiar de los pacientes en diálisis
- 6.- Identificar la etiología que llevo al paciente a insuficiencia renal cronica y por ende a diálisis peritoneal.
- 7.- Determinar el tiempo de evolución del proceso dialítico.

PROGRAMA DE TRABAJO

El investigador responsable realizara un instrumento que contendrá los datos socio demográficos, y el instrumento ya validado FACES III, posteriormente les aplicara dicha encuesta a los pacientes y al familiar acompañante del modulo de diálisis , en el modulo de atención renal del Hospital General de zona No. 28 de Martínez de la Torre, en los cuales se incluirán a todos los pacientes ingresados al programa de diálisis, para lo cual se elaborara un cuestionario no estructurado, que contendrá los datos socio demográficos, la determinación del estrato socioeconómico, tipología y ciclo vital familiar, investigar la comorbilidad y cuanto tiempo de evolución tiene en diálisis peritoneal esto para determinar la estructura y rol familiar que desempeñaba el paciente basado en la entrevista directa ya sea en sus domicilios, modulo renal del HGZ 28 y próximas citas para APLICAR instrumentos de evaluación. Esto en los meses de Julio y Agosto del año 2008.

Se clasificaran las familias y elaborara un rol para ya sea domiciliario o en consultas control se apliquen las encuestas para su recopilación y posterior evaluación. Se espera terminar las encuestas durante los meses de septiembre , octubre y noviembre del año 2008.

Posteriormente ya recabados los resultados se evaluaran y analizaran para sacar los datos estadísticos del estudio, con el paquete *Chi-cuadrado recomendado* por departamento estadístico de la coordinación delegacional de enseñanza del mes de noviembre y diciembre del 2009.

Además de la aplicación de la herramienta FACES III. Aplicando el modelo circunflejo de Olson tras la evaluación de la información y la validación. Ya analizados estadísticamente se registrara en departamento de Sirelsis y elaboraran carteles de exposición.

METODOLOGIA

DISEÑO DE ESTUDIO:

Transversal- Descriptivo-Prospectivo-Observacional.

LUGAR DE ESTUDIO

Hospital General de Zona No 28 Martínez de la Torre, Veracruz. Modulo de diálisis peritoneal.

PERIODO DE ESTUDIO:

Marzo 2008 A Noviembre 2010

POBLACION DE ESTUDIO:

Total de pacientes incorporados al programa de diálisis peritoneal (n= 46) en el HGZ No 28 y sus familiares.

UNIDAD DE ANALISIS:

Paciente en diálisis peritoneal.

CRITERIOS DE SELECCION.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Todos los pacientes de ambos géneros mayores de 12 años de edad con diálisis peritoneal del modulo renal del HGZ No 28.

Pacientes y familiares que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Paciente o familiar con problemas de comunicación (anacúsicos, disléxicos, dislálidos y problemas psiquiátricos).

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
<p style="text-align: center;">PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL</p>	<p>Pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos</p>	<p>Pacientes que pertenezcan al modulo de diálisis del HGZ No. 28</p>	<p>Crónica con tx com DPCA</p> <p>Diálisis peritoneal continua intermitente</p>	<p style="text-align: center;">NOMINAL</p>
<p style="text-align: center;">TIPO DE DIALISIS PERITONEAL</p>	<p>Método de depuración sanguínea extra renal de solutos y toxina basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable.</p>	<p>DPCA: manual automatizada</p>	<p>Si No</p>	<p style="text-align: center;">NOMINAL</p>
<p style="text-align: center;">FUNCION FAMILIAR</p>	<p>Aquella familia que procura la socialización, cuidado, afecto, reproducción, status y nivel socio-económico de sus integrantes.</p>	<p>En base a FACES III</p>	<p>Balanceda Medio Extremo</p>	<p style="text-align: center;">NOMINAL</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
COHESION	Forma de interactuar de una familia ante situaciones críticas. Lazos emocionales de miembros de una familia entre sí.	Obtenida en el resultado de la encuesta FACES III, en los ítems nones	Desligada. Separada. Conectada. Aglutinada.	NOMINAL
ADAPTABILIDAD	Habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de liderazgo, y su papel en las relaciones y las reglas de esas relaciones en respuesta a situaciones de crisis familiares. Capacidad para sobreponerse a cambios (crisis) familiares, modificando su accionar dentro de la familia	Obtenida en el resultado de la encuesta FACES III, en los ítems pares	Caóticas Flexibles Estructuradas Rígidas	NOMINAL
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	La que se recopile en la encuesta		RAZON

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles.	La obtenida en el cuestionario	Casado Soltero Divorciado Unión libre Viudo	NOMINAL
GENERO	Condición orgánica que distingue el sexo biológico de pertenencia	La obtenida por respuesta al cuestionario	Masculino Femenino	NOMINAL
ESCOLARIDAD	Grado de educación que tiene la persona	La obtenida por respuesta al cuestionario	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Preparatoria Profesional	ORDINAL
OCUPACION	Vinculo laboral al momento de la evaluación	La obtenida por respuesta al cuestionario	Ama de casa Obrero Campesino Profesional	NOMINAL

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
ROL FAMILIAR	Jerarquización de acuerdo a deberes y obligaciones que ocupa en el núcleo familiar	La obtenida por respuesta al cuestionario.	Jefe de familia Padre Madre Hijo Otro(especifique)	NOMINAL
TIPOLOGIA FAMILIAR	Clasificación integral de la familia.	Categorización de la familia de acuerdo a diferentes aspectos de su estructura, formación y dinámica.	Desarrollo MODERNA TRADICIONAL ARCAICA O PRIMITIVA Demografía URBANA RURAL Integración: INTEGRADA SEMI- INTEGRADA DESINTEGRADA Ocupación: CAMPESINA OBRERA TRADICIONAL	NOMINAL

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
CICLO VITAL DE LA FAMILIA	Estado en el cual se encuentra la familia según su etapa, formación, composición e integrantes de la misma.	La obtenida por respuesta al cuestionario	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte	NOMINAL
MOTIVO QUE CONDICIONA LA DIALISIS	Enfermedad que llevo a insuficiencia renal y diálisis	La obtenida por respuesta al cuestionario	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Hipoplasia renal Otras	NOMINAL
TIEMPO DE EVOLUCION DEL PROCESO DIALITICO	Edad cronológica desde la instalación del catéter a la actualidad	La obtenida por respuesta al cuestionario		RAZON

ASPECTOS ETICOS:

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos.
3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes.
4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).
8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.
9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.
14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación.
15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el

estudio. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y realización.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está

vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación. (9)

GRAFICA DE GANTT

2008

TAREAS A DESARROLLAR	RESPONSABLE	J	A	S	O	N	D
1.-DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION Y REVISION	INVESTIGADOS ASESORES	█					
2.-PASARA A COMITE LOCAL PARA REVISION Y AUTORIZACION	INVESTIGADOR			█			
3.APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION	INVESTIGADOR RESPONSABLE			█	█	█	
4.CONSTRUIR EL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE	INVESTIGADOR Y EXPERTOS						█

2009-2010

TAREAS A DESARROLLAR	RESPONSABLE	2009		2010	
		N	D	S	O
5.CODIFICACION Y ANALISIS DE DATOS	INVESTIGADOR RESPONSABLE	█			
6.ELABORACION DEL ESCRITO MEDICO	INVESTIGADOR Y ASESORES			█	
7.ELABORACION DE CARTEL	INVESTIGADOR Y ASESORES				█

RESULTADOS.

Tipología Familiar

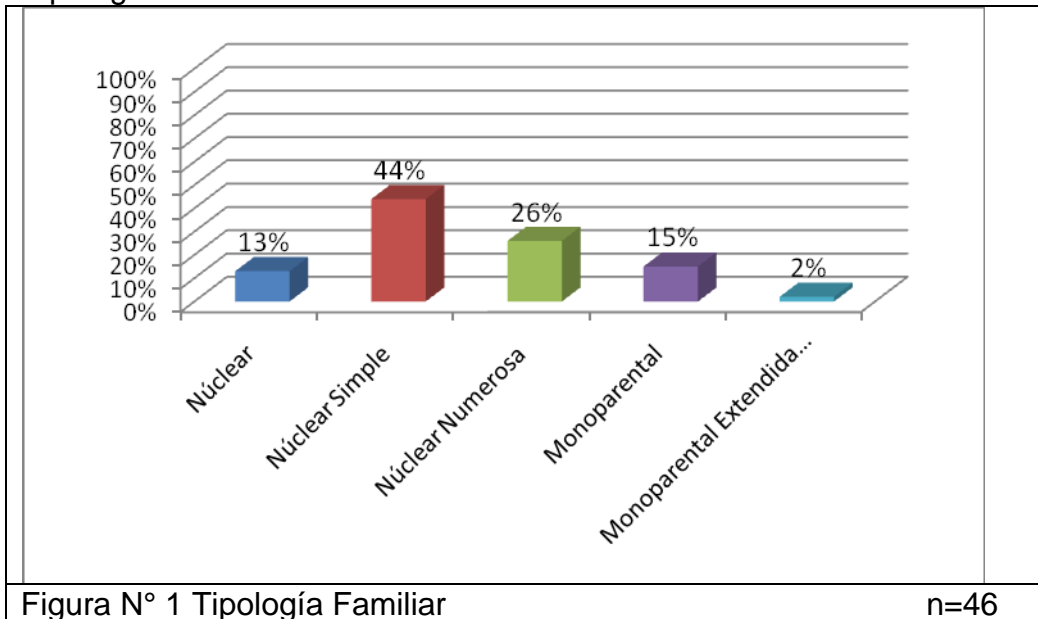


Figura N° 1 Tipología Familiar

n=46

Encuesta

En relación al tipo de familia notamos que el trabajo reporto que el 44% fueron calificadas familias nuclear simple y 26 % como familias nuclear numerosa.

Genero

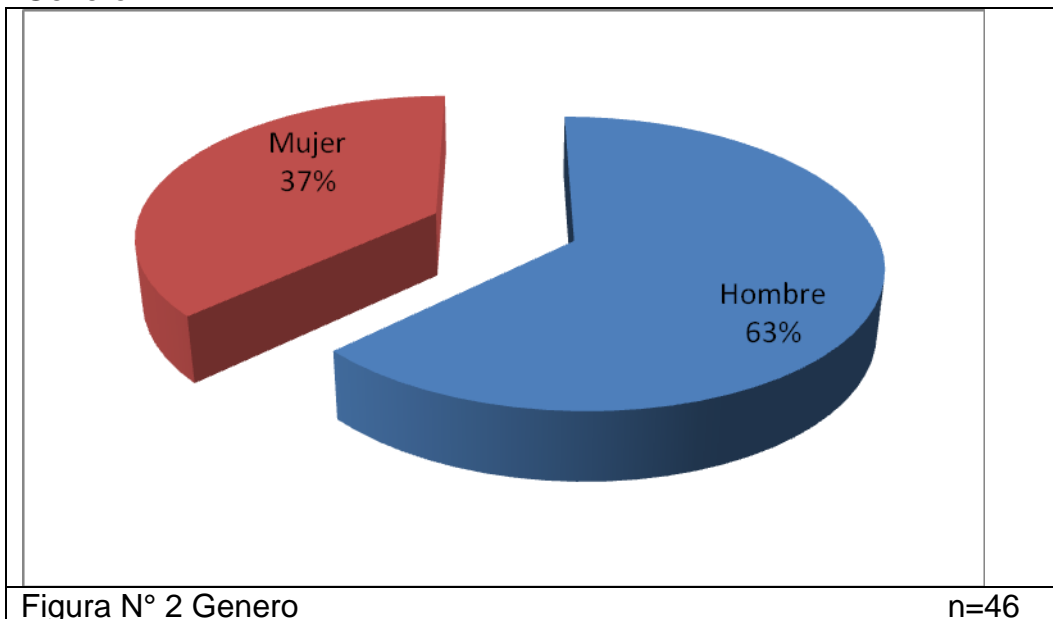


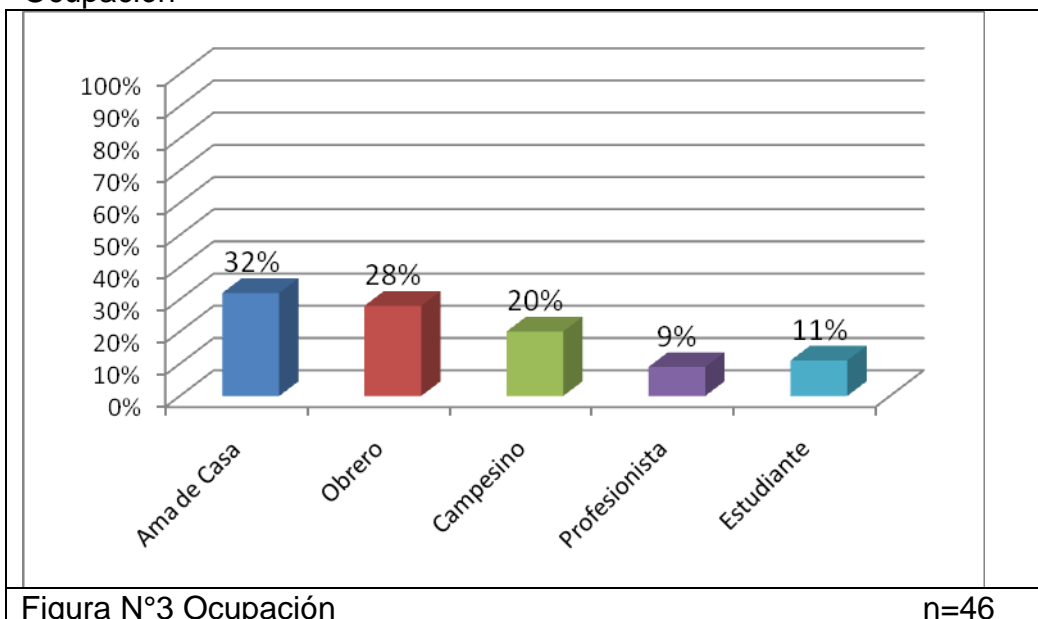
Figura N° 2 Genero

n=46

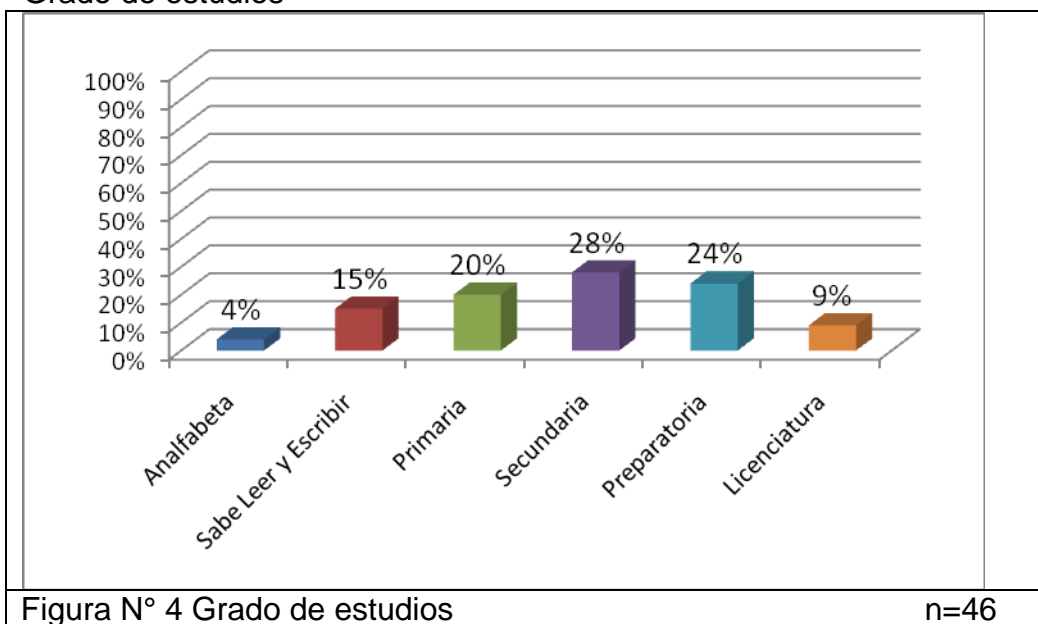
Encuesta

El género que predominó fue el de hombre con un 63 %.

Ocupación



Grado de estudios



Encuesta

Con respecto a su ocupación y grados de estudio, amas de casa (32 %), obreros (28 %) y campesinos(20 %) ; estudiante (11 %) y profesionista (9 %).

Un 4 % de analfabetas, un 15 % que saben leer y escribir, un 20 % primaria, un 28 % secundaria, 24 % preparatoria y un 9 % con licenciatura.

Estado civil

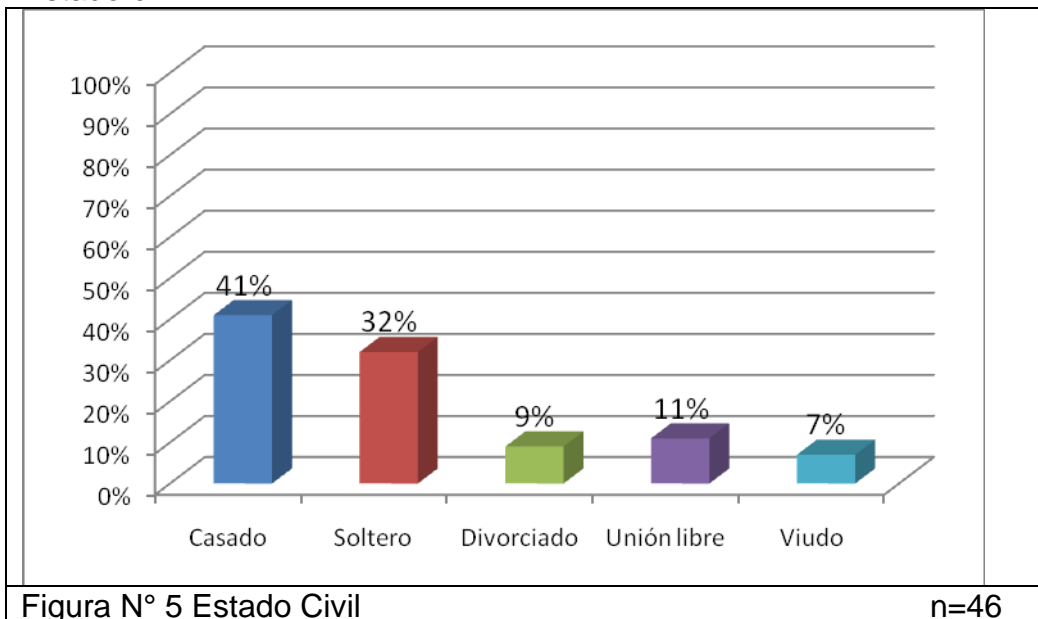


Figura N° 5 Estado Civil

n=46

Encuesta

Tenemos que el 52 % son pacientes con vida conyugal, seguidos con 32 % de solteros y en menor grado monoparentales un 16 %.

Nivel de pobreza

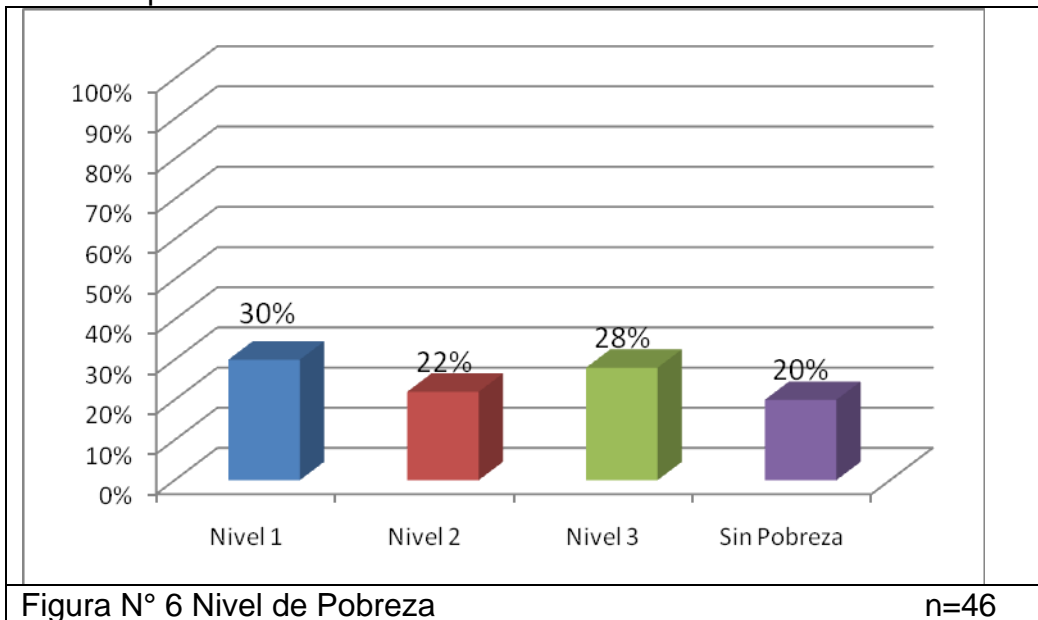


Figura N° 6 Nivel de Pobreza

n=46

Encuesta

El estrato socioeconómico no obtuvo diferencias considerables con nivel 1 el 30 %, nivel 2 el 22 %, nivel 3 el 28 % y sin pobreza el 20 %.

Rol de familia

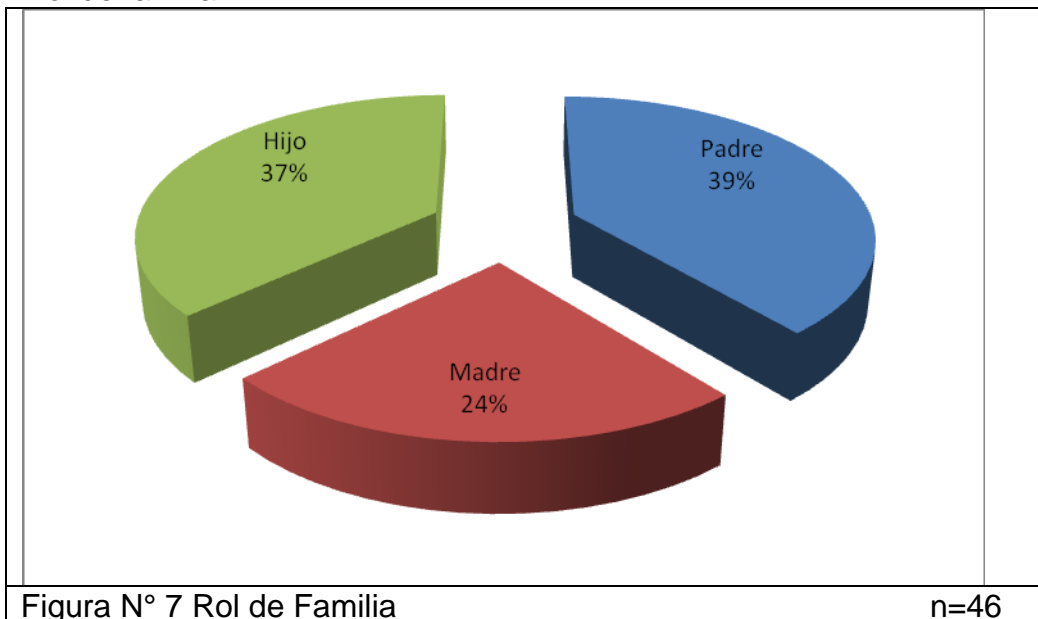


Figura N° 7 Rol de Familia

n=46

Encuesta

El rol de padre predomina con un 39 %, madre un 24 % y de hijo un 37 % en el total de pacientes.

Tipología Familiar

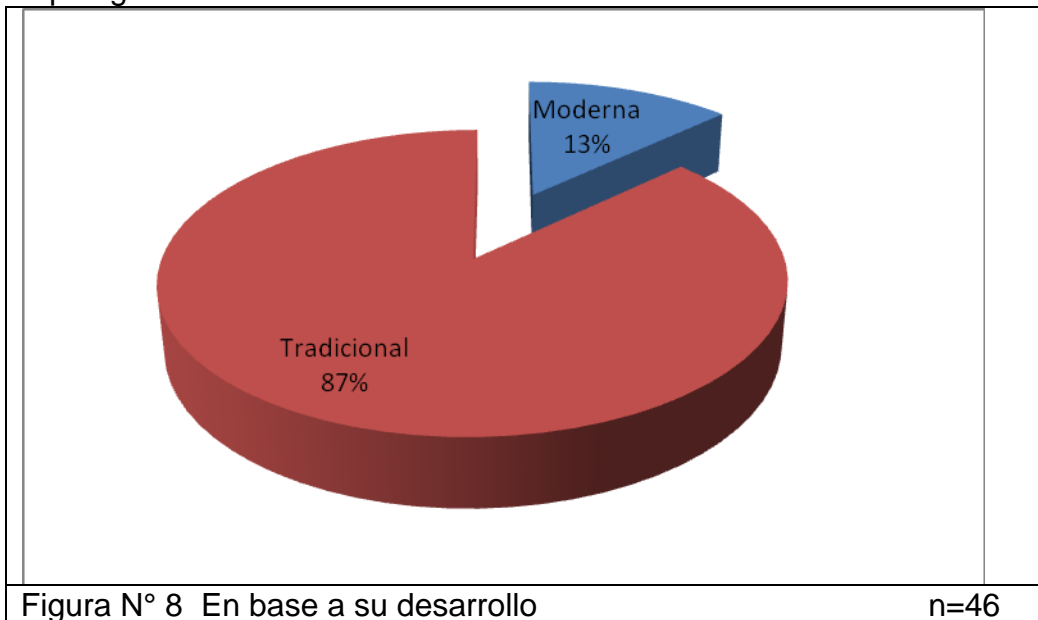


Figura N° 8 En base a su desarrollo

n=46

Encuesta

El tipo de familia que predomina es la tradicional con un 87%, moderna un 13 % .

Tipología Familiar

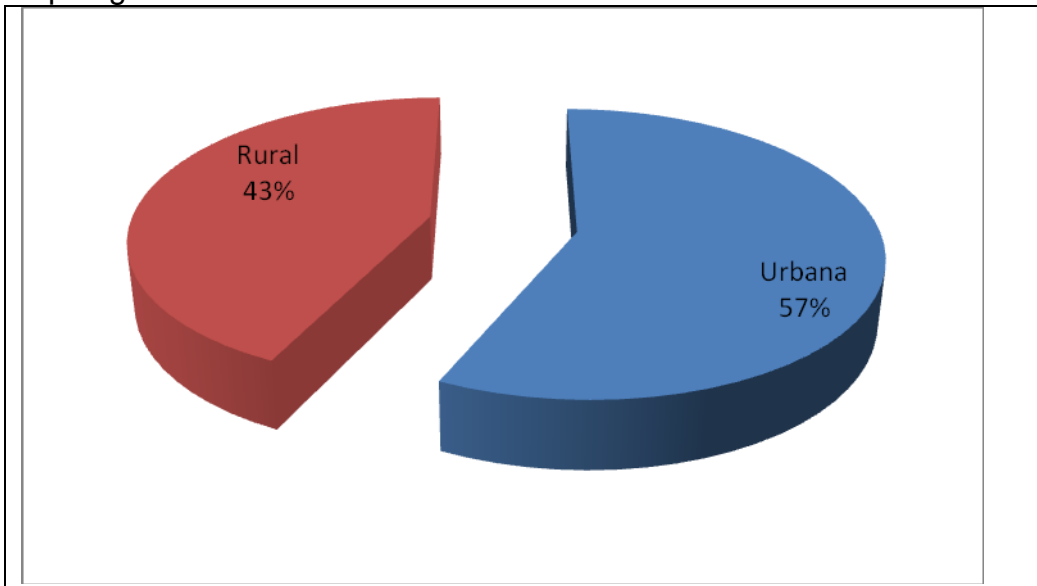


Figura N° 9 En base a su demografía

n=46

Encuesta

Existió equilibrio con un 57 % para urbana y un 43 % rural.

Tipología Familiar

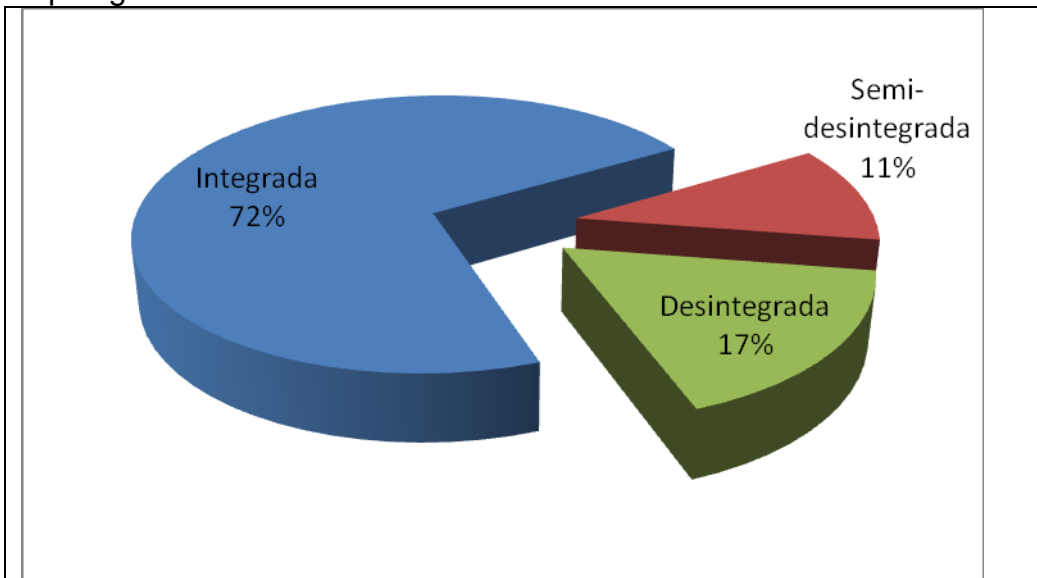


Figura N° 10 En base a su Integración

n=46

Encuesta

Domino la familia integrada con un 72 %, semi-integrada con 11 % y desintegrada 17 %.

Tipología Familiar

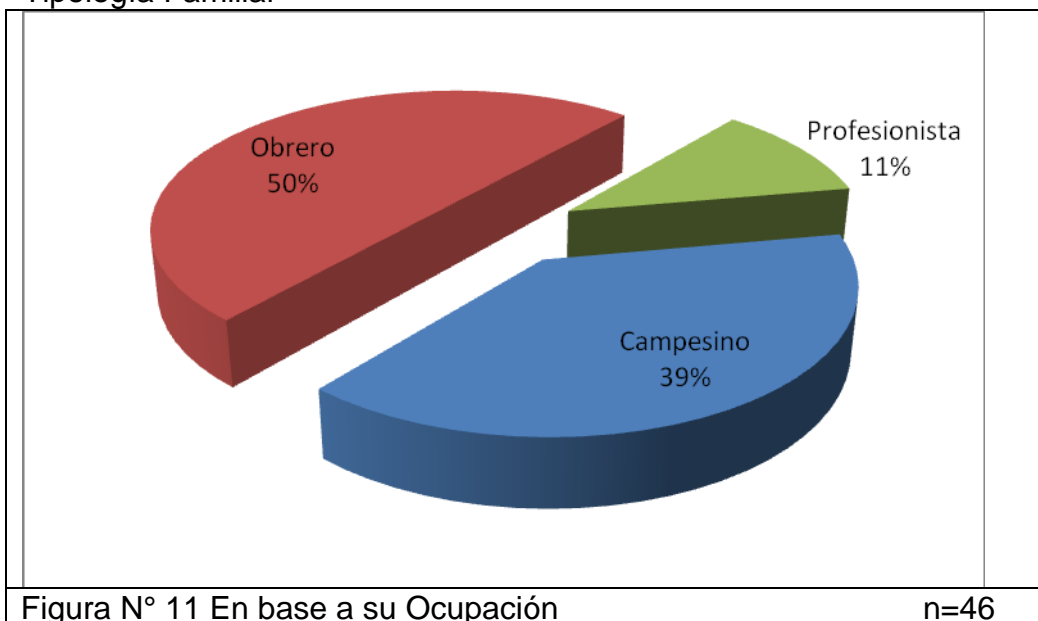


Figura N° 11 En base a su Ocupación

n=46

Encuesta

Según su ocupación el 50 % fueron obreros, el 39 % son campesinos y el 11 % son profesionistas.

Ciclo Vital Familiar

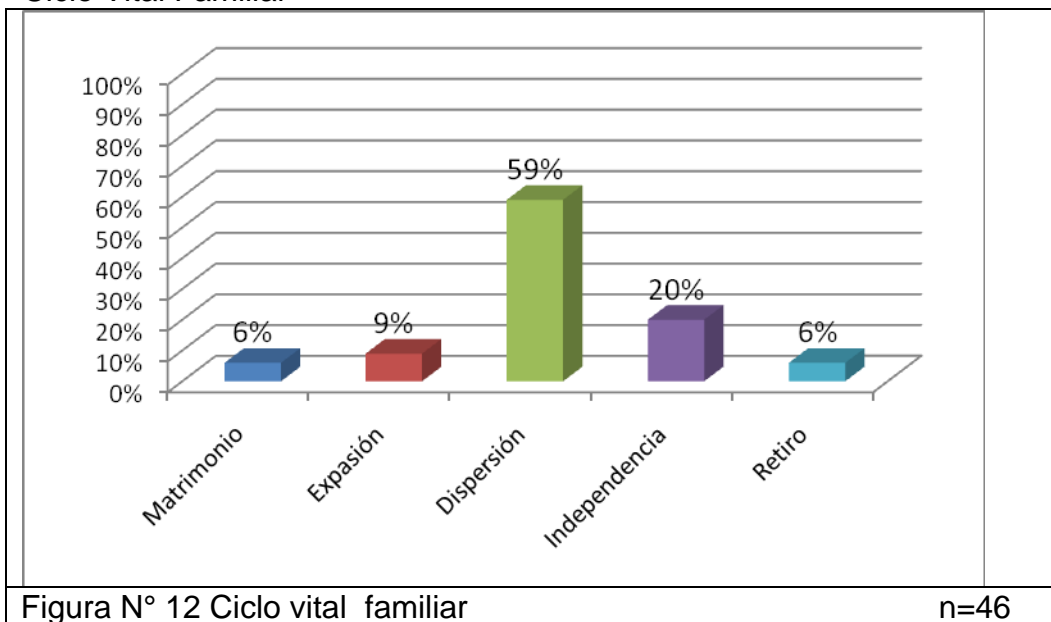


Figura N° 12 Ciclo vital familiar

n=46

Encuesta

La fase de familia reporto matrimonio 6 %, expansión 9 %, dispersión un 59 %, independencia un 20 % y retiro un 6 %.

Etiología

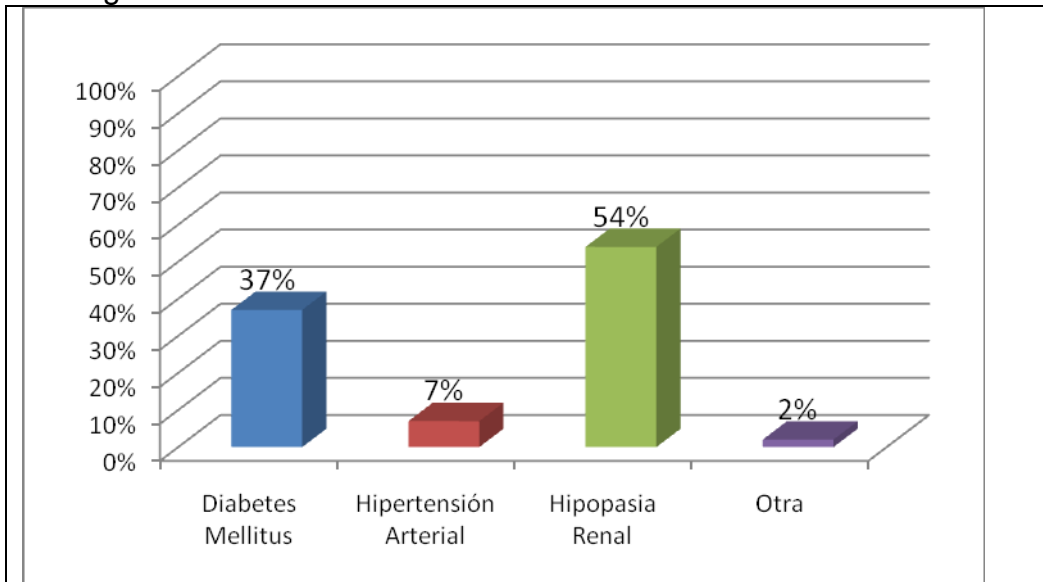


Figura N° 13 Enfermedad que ocasiono la insuficiencia renal n=46

Encuesta

Las enfermedades que produjeron la IRC y por ende la diálisis fueron hipoplasia renal con un 54 %, diabetes mellitus con un 37 %, hipertensión arterial con un 7 % y otra (poliquistosis renal) un 2%.

Tiempo de inserción del catéter

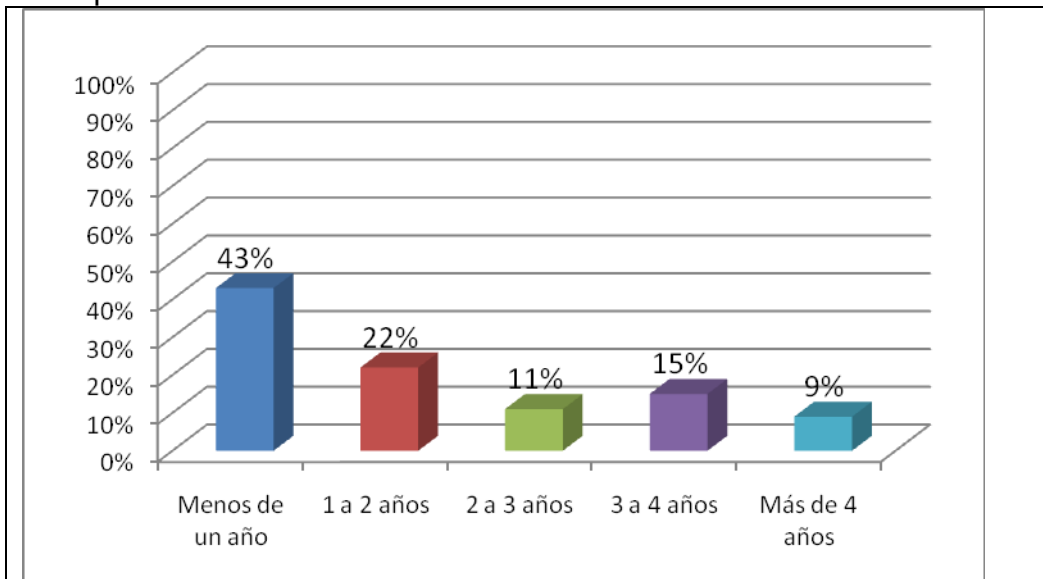


Figura N° 14 Tiempo de inserción del catéter n=46

Encuesta

El tiempo de inserción del catéter fue de un 43 % para menos de un año, un 22 % de 1 a 2 años, un 11 % de 2 a 3 años, el 15 % de 3 a 4 y el 9 % para 4 y mas.

Análisis de resultados.

De acuerdo al resultado del instrumento FACES III aplicado a los pacientes, en estos se encontró un 37 % para familias balanceadas, un 48 % para familias medias y un 15 % para familias extremas. En cuanto a los familiares reporto un 25% para familias balanceadas, 61 % para familias medias y 14 % para familias extremas. En términos generales la evaluación tanto de pacientes como familiares encuestados se obtuvo un 29 % para familias balanceadas, un 56 % para familias medias y un 15 % para familias extremas.

Rol de encuesta	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Pacientes	17	22	7	46
Familiares	21	51	12	84
Totals	38	73	19	130

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
 15.35890 df=14 p=.35409

Tipo de familia	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Núclear	2	2	2	6
Núclear S imple	7	11	2	20
Núclear Numerosa	5	5	2	12
Monoparental	3	3	1	7
Monoparental E xtendida C ompue	0	1	0	1
Total	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
 3.553290 df=8 p=.89501

Encontramos en los núcleos familiares que 39 de 46 se calificaron como familias medias y estabilizadas debido a las redes de apoyo. Familias extremas solo 7.

Sexo	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Hombre	12	11	6	29
Mujer	5	11	1	17
Total	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
 3.566025 df=2 p=.16814

La relación de IRC que lleva al final a diálisis peritoneal es de 2 a 1 en relación con el genero masculino al femenino.

Ocupación	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Ama de Casa	5	8	2	15
Obrero	4	8	1	13
Campesino	2	3	4	9
Profesionalista	3	1	0	4
Estudiante	3	2	0	5
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
11.44326 df=8 P=.17784

Grado de estudio	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Analfabeta	1	1	0	2
Sabe Leer y Escribir	1	4	2	7
Primaria	4	2	3	9
Secundaria	4	9	0	13
Preparatoria	4	5	2	11
Licenciatura	3	1	0	4
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
11.67721 df=10 p=.30726

Se observa que las familias extremas se relacionan con la ocupación de puestos con menos preparación académica.

Estado civil	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Casado	6	7	6	19
Soltero	8	7	0	15
Divorciado	2	2	0	4
Unión libre	1	4	0	5
Viudo	0	2	1	3
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
12.35304 df=8 p=.13615

La mayoría de los pacientes con vida conyugal caen en familias extremas

Nivel de pobreza	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Nivel 1	4	7	3	14
Nivel 2	5	4	1	10
Nivel 3	2	10	1	13
Sin Pobreza	6	1	2	9
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
10.80089 df=6 p=.09474

En cuanto a el estrato económico de la familia no hubo asociación con la pobreza en la cohesión y adaptabilidad. Ya que los valores tienden a ser homogéneos en todos los conceptos evaluados.

Rol familiar	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Padre	6	8	4	18
Madre	4	5	2	11
Hijo	7	9	1	17
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
1.913313 df=4 p=.75170

En el rol de padre observamos una frecuencia de más del 50% de la totalidad de los casos extremos (4 de 7) y a nivel global se equipara con el rol hijo.

Familia	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Moderna	4	2	0	6
Tradicional	13	20	7	40
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
3.001070 df=2 p=.22302

Todas las familias extremas fueron de tipo tradicional. Lo que permite decir que las modernas se adaptaron mejor a los cambios y fomentaron el apoyo familiar.

Tipo de zona	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Urbana	11	11	4	26
Rural	6	11	3	20
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
.8452166 df=2 p=.65534

Generalmente equilibrada la disposición demográfica.

Situación familiar	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Integrada	10	18	5	33
Semi-desintegrada	2	3	0	5
Desintegrada	5	1	2	8
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
5.638227 df=4 p=.22785

Llama la atención el hecho de que 2 de las 7 familias extremas son desintegradas y 5 integradas, de acuerdo y en relación con el comportamiento de los 3 rubros.

Tipo de ocupación	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Campesino	5	8	5	18
Obrero	9	12	2	23
Profesionalista	3	2	0	5
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
4.625991 df=4 p=.32788

Ninguna familia extrema fue profesionalista, predominó el obrero como familia media así como la campesina en término medio.

Etapa de familia	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Matrimonio	2	0	1	3
Expansión	3	1	0	4
Dispersión	7	17	3	27
Independencia	3	4	2	9
Retiro	2	0	1	3
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
11.03291 df=8 p=.19986

La fase del ciclo vital familiar que predominó fue dispersión, en familias evaluadas como de mediana cohesión y adaptabilidad. Los casos extremos se ubicaron generalmente en la etapa media del ciclo vital familiar.

Enfermedad	Balanceada	Medio	Extremo	Total
Diabetes Mellitus	5	9	3	17
Hipertensión Arterial	1	1	1	3
Hipoplasia Renal	10	12	3	25
Otra	1	0	0	1
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
3.148966 df=6 p=.78993

Un alto índice de enfermos renales fueron jóvenes, con igual frecuencia en el rol de padre e hijos.

Tiempo de cateter	Balanceda	Medio	Extremo	Total
Menos de un año	11	7	2	20
1 a 2 años	1	8	1	10
2 a 3 años	2	3	0	5
3 a 4 años	0	3	4	7
Más de 4 años	3	1	0	4
Total general	17	22	7	46

Chi-Cuadrado g.l. p-valor
21.36518 df=8 p=.00624

Encontramos que a menor tiempo de inserción del catéter, las familias tienden a tornarse de medias a balanceadas, esto se ubica en los pacientes de menos de 3 años de inserción; a su vez siendo las más extremas las que cuentan con 3 años y más. Lo que sería una señal de que la crisis para normativa vivida llega a un punto con tendencia a la homeostasis familiar y los lazos afectivos se equiparen y por ende la adaptabilidad se equilibre. Cabe mencionar que esta variable tuvo especial significancia al aplicarle la prueba estadística, lo que nos dice que el grado de cohesión y/o adaptabilidad de la familia está directamente relacionado con el tiempo al sufrir una crisis para normativa como lo es la inserción del catéter para diálisis peritoneal.

Discusión.

En un estudio realizado a una familia en situación clínica de enfermedad terminal en el 2009, se determinó a través de la aplicación del FACES III que esta familia correspondía a una de tipo semirelacionada-flexible, que a su vez la ubica como una familia balanceada. A su vez otro estudio realizado también en el 2009 acerca de la función familiar de pacientes con diálisis peritoneal, pero en esta ocasión usando el instrumento apgar familiar demostró que el 58 % (de familias resultaron con buena función familiar, el 28% con disfunción familiar leve y el 11 % con disfunción familiar severa (14-15).

En comparación con el presente estudio se puede decir que las familias balanceadas y medias abarcan la gran mayoría, predominando las familias media con un 56% y 29 % para balanceadas, lo cual es correspondiente a lo descrito anteriormente donde siempre predomina el menor porcentaje en las familias extremas. En relación a las características socio demográficas observamos que la tendencia de la Insuficiencia Renal Crónica que da paso al tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal muestran un predominio del género masculino, en un estudio sobre calidad de vida y adhesión al tratamiento, en pacientes con insuficiencia renal crónica así como en otro estudio de pacientes con tratamiento sustitutivo en diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o trasplante renal muestran una edad media de 46 años, comprendidas entre 25 y 75 años, a diferencia con el presente estudio las edades se registraron en su mayoría en personas adultas, entre 13 y 68 años con una media de 36. El nivel educativo es parecido ya que en los estudios mencionados más de la mitad 54% y otra en proporción menor la secundaria 39%.(16-17).

En nuestro trabajo solo el 32 % tiene estudios por arriba del nivel medio superior. En los estudios anteriores predominan los casados sobre los solteros en enfermedades crónicas renales al igual que en nuestro estudio. La primera causa de etiología para la I. R. C. es la Diabetes Mellitus, en el presente estudio fue la hipoplasia renal, misma que justifica la población relativamente joven de nuestro trabajo en relación con los mencionados. Respecto a la integración y tipo de familia tenemos que las familias uniparentales con falta de padre están mejor adaptadas que las que les falta la madre, las que les falta el padre estudiadas su cohesión y adaptabilidad con faces III nos dice que el 3% son extremas, el 70% son medias y el 27% son balanceadas, esto favorece estrategias de mejora para un adecuado reordenamiento de la función familiar, en comparación con nuestro estudio tenemos que solo son 8 (17%) son familias desintegradas de las cuales son 5 balanceadas, 1 media y 2 extremas.(18).

La funcionalidad familiar de las familias con pacientes que tienen insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal muestra mejor funcionamiento que aquellas familias con características similares con integrantes sanos.(19).

La variable con mayor significancia en el presente trabajo es la relacionada con el tiempo de inserción de catéter para la cohesión y adaptabilidad familiar con un valor de $p=0.00624$; mostro mejor cohesión y adaptabilidad mientras es menor el tiempo de inserción y mayor inestabilidad con tiempo más prolongado. Esto podría atribuirse a que esta crisis se resuelve en el núcleo familiar de forma gradual.

Conclusión.

En relación al instrumento FACES III la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con diálisis peritoneal y sus familias, presenta una tendencia del nivel medio al balanceado en su mayoría, esto probablemente esté justificado ante la aceptación gradual del estado del paciente por parte del mismo así como de su familia. Aunque el momento quirúrgico de la inserción del catéter es crucial categorizado como crisis para-normativa, venía siendo aceptada desde el tiempo de la capacitación, la orientación y concientización para el tratamiento sustitutivo.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Harrison, Wilson, Braunwald, Isselbacher y cols. Principios de medicina interna. Vol. II. 2008.16 a. edición. Editorial interamericana.
- 2.-National Kidney Foundation K-DOQI clinical practice guidelines for kidney disease: evaluation, classification and stratification. AmJ Kidney disease.2002.39 Suppl I: S1-S266.
- 3.-A. Morey, A.C. Tugores, M. Uriol, C. Lima, N. Gamez, F.J. de la Prada, P. Losada Diagnostico Y Tratamiento de la insuficiencia renal crónica 2005; 26 (4): 169-172 169
- 4.- Mesa redonda sobre diálisis peritoneal
Moderador: Dr. Nelson Caporale, Montevideo, Uruguay.2001
- 5.- Rodríguez G., Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal Crónica. Rev. . Med. Del IMSS 2004; 42(2):97-102.
- 6.-Reyes A., Castañeda V., Caracterización familiar de los pacientes con IRC Terminal.Rev. MEDISAN 2006 10(4)
- 7.-Amescua A., Arce E., Estrada José., Arteaga G., y cols. Fundamentos de la medicina familiar. 5ª.2004. Edición Internacional. P 37-45.
- 8.-Fernández M. y cols. El impacto de la enfermedad en la familia.2007. Revista UNAM Vol. 7No.
- 9.-Irigoyen Coria a. y Cols. Fundamentos de Medicina Familiar. 5A Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1998. P3-6.p 27-29.
- 10.-Revista Archivos de medicina familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Cap II. Vol. 7. Supl. 1. 2005.pp. 15-19.
- 11.-Ana Martínez-Pampliega/Loseba Iraurgi/Edurme Galindez/Mireia Sans. FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALE (FACES). International Journal of Clinical and Health Psychology, mayo.2006/vol.6, número 002, pp317-338.
- 12.-Mendoza-Solís LA, Huerta-Soler E., Sainz-Vásquez L, y cols. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Revista de Archivos de Medicina Familiar. 2006. Vol.8 (1) pp. 27-32.
- 13.-Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Revista de archivos de medicina familiar.2006.Vol.8 (2) pp. 97-102.

14.-Evaluacion de la actitud de la familia ante la situacion clinica de enfermedad terminal. Gómez Clavelina Francisco J. Revista Atención Familiar..2009. 16(4-5):68-71

15.-Funcionalidad familiar en pacientes en programa de dialisis peritoneal. Giovanna Vargas Migdalia Cerino. Publicado 15/12/2009.

16.-Calidad de vida de pacientes con hemodialisis, dialisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. S. Caballero morales/S.U. Trujillo García/U. Welsh Orosco/ S.T. Hernández Cruz/ J. Martínez Torres. Archivos de Medicina Familiar. ALPMF A.C. ISSSN: 1405-9657.Mexico.2006.

17.-Calidad de vida y adhesion al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal cronica en tratamiento con hemodialisis. Françoise Contreras/ Gustavo Esquerra/ Juan Carlos Espinoza/Carolina Gutiérrez/Laura fajardo. Univ. Psychol. V 5, n 3, Bogotá. Dez. 2006.

18.-Cohesion y adaptabilidad familiar en familias uniparentales. Gallegos S./ IMSS.

19.-El paciente renal y su familia: autoevaluacion del funcionamiento. Bahena BLB, Carranza BO, Renteria OMA. UMF "H" 19. Cd Hidalgo. IMSS. Del. Michoacán

ANEXOS

FACES III

1 Nunca	2 Casi nunca	3 Algunas veces	4 Casi siempre	5 Siempre
-------------------	------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------

DESCRIBA A SU FAMILIA

1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
2	En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver 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 mas cercanos
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
7	Nos sentimos mas unidos con nosotros que con personas que no son de nuestra familia
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las 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 las decisiones
13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta 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 tomar 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

APLICACIÓN

- Registrar los de identificación de la familia.
- Seleccionar al azar miembro de una familia con hijos que sea mayor de 18 años.
- Pedir que se responda el cuestionario completo con la escala indicada en la hoja.
- Se solicitará que conteste el cuestionario considerando cada aseveración en relación a como su familia reacciona en forma habitual y NO de acuerdo a la manera en que piensa que debería reaccionar.
- El investigador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona seleccionada lo haga por si misma, pudiendo aclarar las dudas que surjan en relación al significado de palabras o aseveraciones, pero evitando sugerir las respuestas.
- Se recibirá y archivará el cuestionario una vez que se haya contestado por completo, anotando al reverso del cuestionario las observaciones en relación a dudas o dificultades con el significado de las palabras o aseveraciones.

CALIFICACIÓN

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones

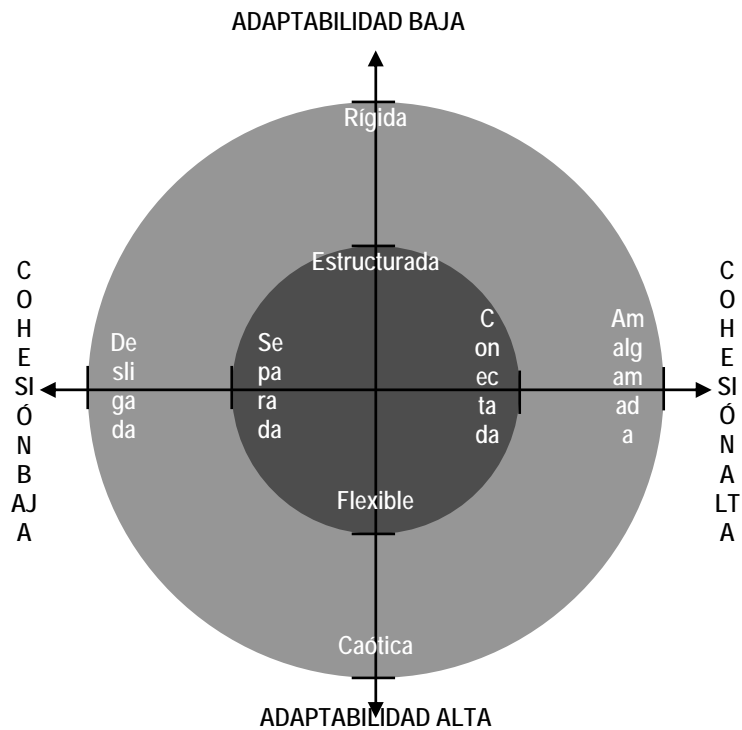
La calificación de adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares

COHESIÓN	Calificación	ADAPTABILIDAD	Calificación
Desligada	10 - 34	Rígida	10 - 19
Separada	35 - 40	Estructurada	20 - 24
Conectada	41 - 45	Flexible	25 - 28
Aglutinada	46 - 50	Caótica	29 - 50

BALANCEADA	MEDIO	EXTREMO
-------------------	--------------	----------------

Flexiblemente separadas Flexiblemente conectadas Estructuralmente separadas Estructuralmente conectadas	Flexiblemente desligadas Flexiblemente amalgamadas Caóticamente separadas Caóticamente conectadas Estructuralmente desligadas Estructuralmente amalgamadas Rígidamente separadas. Rígidamente conectadas	Caóticamente desligadas Caóticamente amalgamadas Rígidamente desligadas Rígidamente amalgamadas
--	---	--

MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON



RECOLECCIÓN DE DATOS
CUESTIONARIO PARA OBJETIVOS ESPECÍFICOS
FAMILIAS QUE TIENEN EN SU NÚCLEO UN PACIENTE EN DIÁLISIS
PERITONEAL

- Fecha: _____ Folio. () (P) (F)

- Domicilio: _____ TEL: _____

- Nombre del paciente: _____
- No de afiliación: _____
- Familiar acompañante. _____
- Edad: () años
- Sexo: 1) Masculino () 2) Femenino ()

Mencione cuantas personas viven en su casa mayores de 15 años:

Marque cual es su ocupación:

- Ama de casa..... ()
- Obrero..... ()
- Campesino..... ()
- Profesional..... ()

Marque cual es su grado de estudios:

- Analfabeta..... ()
- Sabe leer y escribir..... ()
- Primaria..... ()
- Secundaria..... ()
- Preparatoria..... ()
- Profesional..... ()

Marque su estado civil actual:

- Casado..... ()
- Soltero..... ()
- Divorciado..... ()
- Unión libre.....()
- Viudo.....()

Mencione si en su domicilio vive con usted algún otro miembro de su familia o amistad (padres, hermanos, suegros, cuñados, amigos, etc.)

- a.- Papá y mamá sin hijos (Nuclear). ()
- b.- Padre y madre con 1 a 3 hijos (Nuclear simple). ()
- c.- Padre y madre con 4 hijos y más. (Nuclear numerosa). ()
- d.- Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tiene hijos de su unión anterior.(Reconstruida, binuclear). ()
- e.- Padre o madre con hijos. (Mono parental). ()
- f.- Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco. (Mono parental extendida). ()
- g.- Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco. (Mono parental extendida compuesta). ()
- h.- Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.(Extensa). ()
- i.- Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco. (Extensa compuesta). ()
- j.- Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres. (tíos, abuelos, hermanos, nietos) (No parental). ()
- k.-Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco. (Mono parental extendida sin parentesco). ()
- l.- Personas sin vinculo de parentesco que realizan las funciones o roles fam. (Grupos de amigos, estudiantes, religiosos, hospicios, asilos). (Gpos. similares a familias). ()

Pobreza familiar nivel 1

Sus ingresos son suficientes para cubrir la canasta básica..... (SI) (NO)

Recursos suficientes para vestido, calzado, vivienda, salud, transporte público dedicando todos sus recursos a esto..... (SI) (NO)

Carencia para gastos de conservación de la vivienda. Energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde radica, esparcimiento y turismo. (SI) (NO)

Pobreza familiar nivel 2

Ingresos suficientes para cubrir canasta básica..... (SI) (NO)

Carencia para vestido, calzado, vivienda, salud, transporte publico aun dedicando todos sus recursos a esto..... (SI) (NO)

Carencia para gastos de conservación de la vivienda. Energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde radica, esparcimiento y turismo. (SI) (NO)

Pobreza familiar nivel 3

Ingresos insuficientes para cubrir canasta básica. (SI) (NO)

Carencia para vestido, calzado, vivienda, salud, transporte publico aun dedicando todos sus recursos a esto..... (SI) (NO)

Carencia para gastos de conservación de la vivienda. Energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar donde radica, esparcimiento y turismo. (SI) (NO)

Nota: Las familias que pueden cubrir los rubros mencionados no se consideran pobres.

Pregunta solo para el PACIENTE: En el momento de la aplicación del catéter mencione cual era la situación de su persona en el núcleo familiar:

Jefe de familia..... ()

Padre..... ()

Madre..... ()

Hijo..... ()

Otro(especifique)()

Mencione como considera a su familia:

Moderna.....()

Tradicional.....()

Arcaica o Primitiva.....()

Mencione en que zona tiene su domicilio:

Urbana.....()

Rural.....()

Marque la situación según corresponda a su familia:

Los padres de familia viven y cumplen con sus funciones (Integrada)....()

Los padres viven juntos pero no cumplen con sus funciones.(Semi-integrada)()

Falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación, abandono.

(Desintegrada).....()

Mencione su ocupación:

Se dedica a labores del campo (campesina).....()

Es empleado dependiente de una empresa (Obrera).....()

Ejerce alguna profesión (Profesional).....()

Mencione cual es la situación actual de su familia:

Matrimonio o unión libre sin hijos (matrimonio).....()

Matrimonio o unión libre con hijos menores de 4 años (Expansión).....()

Matrimonio o unión libre con hijos mayores de 4 años, y que aun vivan en el hogar.

(Dispersión).....()

Matrimonio o unión libre con hijos menores o mayores de 20 años que ya salieron del hogar. (Independencia).....()

Matrimonio o unión libre con hijos pero los cuales ya no viven con ellos,
(desempleo, la jubilación, la viudez, y el abandono.

(Retiro)..... ()

Mencione cual enfermedad lo llevo a insuficiencia renal y diálisis:

Diabetes Mellitus..... ()

Hipertensión Arterial..... ()

Hipoplasia renal.....()

Otras(Especifique)..... ()

Mencione cuanto tiempo lleva desde la instalación del catéter (1ª. Vez) a la
fecha:

Años, meses, días. Según corresponda: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente reconozco que me han informado sobre el presente trabajo de investigación, el cual se basa en responder un cuestionario el cual es confidencial, y que los datos que de el se obtengan servirán para el estudio de los pacientes en diálisis peritoneal, específicamente para la valoración de su cohesión y adaptabilidad familiar.

Por lo anterior es mi decisión libre contestar la encuesta y participar en dicho trabajo de investigación, y firmo este consentimiento informado por mi libre voluntad.

FIRMA EL PACIENTE:

NOMBRE:.....