



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 1

**EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SELLO DE LA SEDE
ACADÉMICA (que
diga "IMSS", la
Ciudad y Estado)

SOCORRO FERNÁNDEZ BALLESTEROS.

□□□□□□□□

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.

FEBRERO 2017



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.

**EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 1**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SOCORRO FERNÁNDEZ BALLESTEROS.

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

DRA. JUANA MARLEN RUIZ BATALLA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1

DRA. JUANA MARLEN RUIZ BATALLA
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS

DRA. DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DRA. DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 1

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2017

**"EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1"**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. SOCORRO FERNÁNDEZ BALLESTEROS

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GIOVANNI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

INDICE

Resumen	5
Introducción	7
Antecedentes	8
Marco teórico	11
Planteamiento del problema	27
Justificación	28
Hipótesis	29
Objetivos generales	29
Objetivos específicos	29
Material y métodos	30
Selección de la población	31
Variables	32
Denominación de las variables	33
Tipo y tamaño de la muestra	35
Plan de análisis	36
Instrumento de evaluación	36
Recolección de la muestra	37
Recursos para el estudio	38
Factibilidad	39
Impacto del Estudio	39
Resultados	40
Discusión	48
Conclusiones	50
Consideraciones éticas	52
Cronograma de actividades	54
Bibliografía	55
Anexos	58

RESUMEN

EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

Fernández Ballesteros Socorro /Ruíz Batalla Juana Marlen/***Rodríguez Vivas Dulce María*

Médico General adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS.

**Profesor del "Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS".

***Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF 1 del IMSS.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de Salud Pública considerado como un proceso multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente conduce a un estado terminal, en el cual la función renal se encuentra lo suficientemente deteriorada para que el paciente fallezca o necesite Terapia de Reemplazo Renal o trasplante. En el ámbito familiar la Enfermedad Renal Crónica genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia ¹. La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos.

Objetivo: Determinar la correlación entre el grado de Funcionalidad Familiar en los diferentes estadios de la Enfermedad Renal Crónica.

Material y Métodos: La presente investigación fue de tipo transversal analítico para la cual el universo de trabajo fueron los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica, sin tratamiento sustitutivo de la función renal, que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, de 30 a 90 años de edad, de ambos turnos. Se llevó a cabo en el mes de enero a junio del 2015, mediante un muestreo no probabilístico, el tamaño de la muestra se calculó en base a la fórmula de Proporciones con Universo Conocido, con un total de 47 pacientes. Se evaluó la Funcionalidad Familiar a través de la Escala de Funcionamiento Familiar de Ema Espejel previamente validado. El análisis estadístico se realizó en base a las principales medidas de frecuencia y tendencia central (media y mediana), distribución de frecuencias y medidas de variabilidad (desviación estándar), para poder determinar la asociación entre la Enfermedad Renal Crónica y la Funcionalidad Familiar se utilizó para variables cualitativas se utilizará X², para variables

cuantitativas, con un IC del 95% y un valor de $p \leq 0.05$, a través del programa SPSS versión 21.

Resultados: Se estudiaron un total de 47 pacientes con ERC de los cuales el 59.6 % correspondió al género masculino y el 40.4 % al femenino, la media de edad fue de 70 años (con un rango de 42 a 92 años DE 12.4). La tipología familiar con la mayor frecuencia fue la nuclear simple con el 21.3%. La prevalencia de la ERC de acuerdo a los criterios Kdoqui, fue del 21% para el estadio 1, 31.9% para el estadio 2, 51.1% para el estadio 3, 10.6% para el estadio 4, y 4.3% para el estadio 5. Al determinar la correlación entre el grado de Funcionalidad Familiar en los diferentes estadios de la Enfermedad Renal Crónica se observó que: en el estadio 1 y en el estadio 5 no se encontró Disfuncionalidad Familiar, sin embargo la Funcionalidad Familiar se reporta con una frecuencia del 2.5% para el estadio 1 y el 5% para el estadio 5. Para el estadio 2 se encontró que el 32.5% de la población es funcional y el 28.57% es disfuncional. En el estadio 3 las proporciones son similares encontrándose el 57.15 % como disfuncional y el 50% como funcional. En el Estadio 4 observamos que el 14.28% se clasifica como disfuncional en comparación con el 10% que se reporta como funcional. Lo anterior con una $p > 0.05$, mediante la prueba de χ^2 , por lo anterior podemos decir que no existe disfunción familiar a mayor estadio de la Enfermedad Renal Crónica.

Conclusiones: El 85% de los pacientes con ERC se reportan como funcionales de acuerdo a la escala de Emma Espejel. Existió variabilidad en la Disfunción Familiar del estadio 2 al 4, en el estadio 1 y 5 no se encontró Disfunción Familiar con una p no significativa (1.325). Por lo anterior podemos decir que no existe mayor disfunción familiar a mayor estadio de la Enfermedad Renal Crónica.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, Funcionalidad Familiar.

INTRODUCCIÓN

El ser humano es la unidad biopsicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialéctico entre soma y psiquis. Los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud-enfermedad; como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica (EC) donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social¹. La EC es por definición un padecimiento usualmente lento e irreversible que lleva progresivamente al deterioro y pérdida gradual de las capacidades del individuo ².

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar.²

En el plano familiar la ERC genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia. 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 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 ².

Desafortunadamente cuando el tratamiento es complicado y costoso, generalmente el cuidador termina por ser un miembro periférico para el sistema familiar, además de aparecer conductas disfuncionales en otros miembros de la familia.³

ATECEDENTES

Internacionales

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

Paul Kimmel, un destacado investigador norteamericano de estos pacientes, se ha convertido en un defensor de la necesidad de evaluar y tener en cuenta los factores psicosociales en la valoración de las manifestaciones clínicas de ellos.⁴

Las peculiaridades de las familias de estos pacientes en cuanto al nivel de demanda que se les impone, no solo por ser consideradas como familias con exigencias adicionales al contar en su seno con un paciente afectado por un proceso crónico, sino además, por asumir ciertos roles característicos de las familias de enfermos con padecimientos crónicos en nuestro medio (siempre acompañan al paciente al tratamiento, pues como se prioriza en muchas ocasiones su atención médica y se produce disfunción familiar si no se afronta convenientemente el hecho de tener a una persona enferma crónica en su seno).⁵

En el estudio realizado por Reyes Saborit en Cuba, hace mención de que el Apoyo Social, se hace particularmente necesario en las enfermedades crónicas, pues su nivel de cronicidad va deteriorando progresivamente a los sujetos que la padecen y hace que este recurso sea de gran importancia para estas personas, debido a su influencia en los niveles de salud y como amortiguador de las consecuencias negativas de estas enfermedades; otra razón que avala dicha necesidad, es la gran incidencia de estas enfermedades en el mundo contemporáneo.⁶

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

adecuados. El Apoyo Social desde el punto de vista funcional se caracteriza por la poca necesidad percibida de apoyo y satisfacción con la ayuda brindada, lo que garantiza que las interacciones sociales de estos pacientes en el momento del estudio sean óptimas.⁶

En el estudio realizado en la universidad de la Sabana Colombia en el estudio “Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica”, realizado en pacientes adultos, orientados, de los servicios de hospitalización y consulta externa de una institución de segundo nivel de atención. Obteniendo nivel moderado de ansiedad en el 92% de los pacientes, y el 91% integra una familia funcional. La correlación de Spearman no arrojó una asociación significativa entre las dos variables del estudio ($\rho = -.094$, $p = .362$).⁷

La mayoría de los pacientes estudiados conviven en familias que atraviesan por crisis no transitorias o Paranormativas (57%), dadas fundamentalmente por desmembramiento (hospitalización prolongada) y problemas de salud (descontrol de enfermedad crónica y diagnóstico de enfermedad con peligro para la vida), lo cual provoca, en muchas ocasiones, dificultades en las relaciones familiares. Así, 24% de las familias presentó crisis tanto transitorias como no transitorias al unísono, 1% crisis transitorias y 18% no presentaba ninguna crisis. Es importante destacar que 78 % de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica estudiados se encuentran en familias con condiciones socioeconómicas que van desde buenas (39%) hasta regulares (39%) y solo 22% se ubica en familias con malas condiciones socioeconómicas. En cuanto al nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, del total de pacientes, 81 % refirió un afrontamiento familiar a la enfermedad adecuado y 19% inadecuado.⁸

En Santiago de Cuba en el 2003, se realizó un estudio en donde se encontró que, las familias estudiadas presentan situaciones protectoras y de riesgo en dependencia del nivel de funcionamiento, condiciones materiales de vida, composición familiar, período evolutivo por el que atraviesa y las crisis presentes en su seno, lo que puede influir en el nivel de salud individual y familiar, así como en el ajuste al medio y a la enfermedad.

El Apoyo Social desde el punto de vista funcional se caracteriza por la poca necesidad percibida de apoyo y satisfacción con la ayuda brindada, lo que garantiza que las interacciones sociales de estos pacientes en el momento del estudio sean óptimas.⁹

Antecedentes Locales

Hasta el momento no se ha estudiado el impacto que tienen la Enfermedad Renal Crónica sin tratamiento renal sustitutivo en la Funcionalidad Familiar, se ha estudiado en su gran mayoría la influencia de la Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo llámese diálisis o hemodiálisis. En relación a lo anterior podemos decir que en el estudio "Disfunción Familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. "realizado por Gabriela Rodríguez Abrego et. Al, en el cual se estudiaron 226 pacientes con insuficiencia renal crónica se obtuvo como conclusión que la funcionalidad de la familia es un factor que influye en la asistencia del enfermo. Son variables facilitadoras el afecto, el apoyo mutuo y la participación que otorga la red familiar.¹⁰

MARCO TEÓRICO

- **Definición de la Enfermedad Renal Crónica**

La Enfermedad Renal Crónica se puede definir de 2 maneras diferentes. Como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, o bien, aun existiendo un FG $> 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, por la existencia de daño renal (alteraciones histológicas en la biopsia renal, albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o en las pruebas de imagen) durante al menos 3 meses.¹¹

- **Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica**

Enfermedad Renal Crónica es una epidemia en crecimiento y que es necesario diagnosticar de forma precoz. Se estima que 26 millones (13%) de adultos en los Estados Unidos tienen alguna evidencia de ERC, y de ellos menos del 20 % son conscientes de que padecen esta enfermedad. Estas predicciones suponen un incremento del 3% sobre las estimaciones previas, enfatizando la necesidad de un diagnóstico precoz.¹²

El incremento en la mayor prevalencia de ERC se explica parcialmente por factores como la mayor prevalencia de obesidad en la población general, la diabetes, hipertensión, y arteriosclerosis, así como, por el propio envejecimiento de la población actual (22% de ERC en mayores de 64 años y 40% en mayores de 80 años).¹²

En México, como en la mayor parte del mundo, se ha observado un incremento importante en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica. En la actualidad se considera una pandemia que afecta, aproximadamente, al 10% de la población adulta en diferentes partes del mundo. De acuerdo con las últimas estadísticas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica es de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142.¹³

La ERC puede ser ocasionada por enfermedades que afectan directamente al riñón como las glomerulonefritis primaria, enfermedad poliquística, uropatía obstructiva o por enfermedades sistémicas de curso crónico como la diabetes mellitus e hipertensión arterial. La prevalencia de estas enfermedades está documentada en los registros de programas de diálisis de Latinoamérica y EE UU (25-26), los que muestran como primera causa a la diabetes mellitus

tipo 2 con una frecuencia de 33% a 37,9%, con un crecimiento continuo en los últimos años. En segundo lugar, se ubica la hipertensión arterial (nefroesclerosis) con 24,6% a 32%; y, en tercer lugar, las glomerulonefritis primarias 9% a 16%. Existe un importante número de pacientes en quienes no se puede determinar la causa de la ERC, 3,9% a 1%.¹⁴

La enfermedad renal es un proceso multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente conduce a un estado terminal en el cual la función renal se encuentra lo suficientemente deteriorada para que el paciente fallezca o necesite TRR o trasplante.¹⁴

- **Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo de enfermedad renal crónica se clasifican en:

Tabla 1. Factores de riesgo de desarrollo de ERC: ¹⁵

Factores de susceptibilidad	Factores que aumentan el riesgo de desarrollar ERC	Edad > 60 años Historia familiar de enfermedad renal Masa renal disminuida Bajo peso al nacer Raza afroamericana Diabetes* Hipertensión arterial*
Factores iniciadores	Factores implicados en forma directa del daño renal	Enfermedades autoinmunes Infecciones urinarias Fármacos nefrotóxicos Diabetes* Hipertensión arterial*
Factores de progresión	Causan que el daño renal progrese o avance más rápido	Proteinuria de alto grado, presión arterial no controlada, mal control glucémico, cigarrillo.
Factores de etapa terminal	Incrementan la morbi-mortalidad en la falla renal avanzada	Baja dosis de diálisis, anemia, hipoalbuminemia, hiperfosfemia, referencia tardía al nefrólogo
. Factores de riesgo cardiovasculares “potencialmente” modificables		

Fuente: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) - DR. RODRIGO OROZCO B.

El control de esos factores puede evitar el inicio de daño renal, incluso puede favorecer la regresión de la enfermedad en fases muy iniciales y ralentizar su progresión cuando ya está establecida.¹⁵

Tabla 2. Situaciones de riesgo aumentado de enfermedad renal crónica	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad superior o igual a 60 años. • HTA. • Diabetes Mellitus. • Enfermedad cardiovascular. • Obesidad. • Enfermedades autoinmunes. • Antecedentes de insuficiencia renal aguda. • Antecedentes familiares de insuficiencia renal o enfermedad renal (poliquistosis renal). • Insuficiencia cardíaca. • Nivel socioeconómico bajo. • Raza afroamericana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias. • Tratamiento prolongado con alguno de los siguientes fármacos: <ul style="list-style-type: none"> – Carbonato de litio. – Mesalazina y otros fármacos 5-aminosalicílicos. – Inhibidores de la calcineurina (ciclosporina, tacrolimus). – AINES. • Infecciones urinarias de repetición. • Litiasis urinarias. • <i>Enfermedades obstructivas del tracto urinario.</i> • Bajo peso al nacer.

Fuente: Enfermedad renal crónica y su atención mediante el tratamiento sustitutivo en México, Malaquías López Cervantes ,2010.

• **Clasificación**

La enfermedad renal crónica (ERC) es una entidad clínica bien identificada, secundaria a la vía final común de múltiples etiologías con factores de riesgo comunes a otras enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), la finalidad de esta clasificación es identificar a los pacientes con ERC desde sus estadios más precoces, instaurar medidas para frenar su progresión, reducir la morbimortalidad y, en su caso, preparar a los pacientes para diálisis.¹⁶

En la actualidad, se acepta de manera universal la clasificación propuesta por K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) QUE clasifica la ERC en 5 estadios. En los

estadios iniciales el valor del FG no es diagnóstico en sí mismo, necesitando algún marcador asociado que indique lesión renal. Esta clasificación inicial no contempla aspectos como la etiología de la enfermedad renal o el grado de proteinuria.¹⁷

Siguiendo los criterios de las Guías de Práctica Clínica K/DOQI, el estadiaje en la ERC se lleva a cabo midiendo el cálculo de la Tasa de Filtración Glomerular. De acuerdo a este valor, se establecen cinco estadios. Se habla de ERC a partir de una alteración del FG < 60 ml/min/1,73 m².¹⁷

Tabla 3. Clasificación K/DOQI.

Estadio	TFG (ml/min/1.73m ²)	Descripción
1	Mayor o igual 90	Daño renal con FG normal
2	60 - 89	Daño renal ligero descenso
3	30 - 59	Descenso moderado de FG
4	15 - 29	Descenso grave del FG
5	Menor 15 dialisis	Fallo renal

*Estas alteraciones deben confirmarse durante al menos 3 meses.

Fuente: Guías K/DOQI: http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/p4

• **Manifestaciones clínicas de la ERC¹⁸**

En la mayoría de los casos, los pacientes con ERC no presentan síntomas hasta que la enfermedad renal está muy avanzada.

Entre los síntomas que se pueden experimentar están:

- Una mayor sensación de cansancio o poca energía
- Problemas de concentración
- Disminución del apetito
- Dificultad para dormir
- Calambres musculares por la noche
- Hinchazón alrededor de los ojos especialmente por la mañana
- Pies y tobillos hinchados
- Piel seca y con picores
- Necesidad de orinar más, especialmente en las noches.

- **Diagnóstico**

En relación con los marcadores de daño renal, la proteinuria se ha demostrado como factor de progresión de la enfermedad renal crónica, por lo que la cuantificación de la excreción urinaria de albúmina en orina de 24 h es el estudio paraclínico más recomendado, debido a que el incremento mayor de 30 mg/dL constituye la manifestación más temprana de enfermedad renal crónica secundaria a diabetes u otras enfermedades glomerulares y nefroesclerosis hipertensiva. Para su clasificación se realiza una estratificación mediante el cálculo de la tasa de filtración glomerular con ayuda de las fórmulas establecidas por las asociaciones correspondientes; la más utilizada en nuestro medio son: ¹⁹

Cockcroft-Gault

$$Ccr = [(140 - \text{Edad}) \times \text{Peso (kg)}] / [\text{Crs (mg/dl)} \times 72] \times 0,85 \text{ en mujeres}$$

MDRD

$$FG \text{ estimado} = 186 \times (\text{creatinina (mg/dl)} / 88,4)^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra}).$$

- **Co-morbilidades de la ERC**

Los pacientes con ERC presentan muchas co-morbilidades. Según las guías KDOQI se pueden establecer tres tipos de co-morbilidades (ver tabla).²⁰

Tabla 4. Clasificación de las comorbilidades en la ERC según las guías K/DOQI	
Tipo de co-morbilidad	Ejemplos
Enfermedades causantes de la ERC	Diabetes, presión arterial alta, obstrucción del tracto urinario
Enfermedades no relacionadas con la ERC	EPOC, enfermedad de reflujo gastroesofágico, enfermedad articular degenerativa, Alzheimer
Enfermedad cardiovascular	Aterosclerosis (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular) Hipertrofia de ventrículo izquierdo, fallo cardíaco

Fuente: Consenso puede descargarse de la Web de la Sociedad Española de Nefrología, <http://www.senefro.org> en el apartado Acción Estrategia.

- **Manejo conjunto: Atención Primaria / Nefrología**

En el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la ERC intervienen tanto los Médicos de Atención Primaria, como los nefrólogos. Para consensuar el seguimiento conjunto se acordaron una serie de criterios descritos en la siguiente tabla: ²¹

Tabla 5. ¿ Qué se espera de cada revision de cada especialista en cada revisión?		
Estadio ERC	Atención primaria	Nefrología
1y 2 (FG < 60ml/min)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de factores de riesgo de ERC. - Detectar progresión de ERC <ul style="list-style-type: none"> . Deterioro FG .Aumento de proteinuria -Controlar FRCV asociados 	Valorar enf renal subsidiaria de tratamiento específico: <ul style="list-style-type: none"> -Glomerulonefritis primarias o secundarias. - Nefropatía isquemica. . Detectar progresión de ERC. .combinaciones de fármacos específicos (IECAS+ARA2 entre otras.
3 (FG30-60ml/min)	<ul style="list-style-type: none"> . Detectar la progresión de ERC. . controlar FRCV asociados. . Ajuste de fármacos al FG Revisión de fármacos nefrotóxicos (p ej AINES). Consejo higienicos-dieteticos. . Vacunar frente a neumococo, influenza y VHB . Detectar complicaciones de la ERC. <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Trastornos electrolíticos 	<ul style="list-style-type: none"> -Valorar enfermedades renales subsidiarias de tratamiento específico. -Evaluar y tratar complicacionesde la ERC: <ul style="list-style-type: none"> • Osteodistrofia renal • Anemia • Trastornos electrolíticos -Controlar FRCV asociados
4 – 5 (FG 30-60ml/min)	<ul style="list-style-type: none"> -consejos higienico-dietéticos. -ajuste de fármacos al FG Evitar nefrotóxicos (AINEs, contrastes yodados) -Detectar complicaciones de la ERC: <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Trastornos electrolíticos 	<ul style="list-style-type: none"> -Preparar para el tratamiento, renal sustitutivo si procede. - Organizar tratamiento paliativo si no procede tratamiento sustitutivo. - Evaluar y tratar complicaciones de la ERC: <ul style="list-style-type: none"> • Osteodistrifia • Anemia • Acidosis • Trastornos electrolíticos
Los cuidados son acumulativos (por ejemplo en estadio 3 además de lo aconsejado para estadios 1 y 2 .		

Fuente: Consenso puede descargarse de la Web de la Sociedad Española de Nefrología, <http://www.senefro.org> en el apartado Acción Estratégica.

- **Tratamiento**²²

El manejo de la enfermedad renal crónica debe hacerse en poblaciones de riesgo como los diabéticos, hipertensos, obesos, dislipidémicos, personas con antecedente familiar de nefropatía y consumidores de antiinflamatorios no esteroideos, evaluando marcadores de daño renal y controlar la enfermedad de fondo. En pacientes con la enfermedad y establecida se procurará disminuir la velocidad de progresión del daño renal, la que depende de la presencia y severidad de los factores antes mencionados puede disminuir la velocidad de deterioro de la enfermedad renal crónica.

El control de las siguientes patologías constituye las bases del manejo terapéutico:

La reducción de la presión arterial a niveles óptimos en menos de 130/80 mm hg, en presencia de hipertensión y proteinuria mayor de 1 gr en 24hrs se sugiere tratar de mantener cifras tensionales inferiores a 125/70 mm hg de preferencia con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de receptores de angiotensina (ARA II) así como diurético de asa, si la función renal es menor de 30 ml/min, calcio antagonistas o beta bloqueadores con la finalidad de alcanzar la presión deseada.

Dado que la micro albuminuria predice la aparición de daño renal en población con o sin diabetes y es un marcador de riesgo cardiovascular, la proteinuria inducirá a la progresión del daño renal, debe tratarse con IECA y ARA II para lograr una inhibición completa del sistema renina angiotensina.

Los paciente con obesidad y proteinuria se encuentran con glomeruloesclerosis focal y segmentaria por lo que la mitad de estos pacientes desarrollan ERC. Por otro lado los pacientes con síndrome metabólico tienen mayor riesgo de desarrollar ERC, por lo que la indicación de bajar de peso está incluida como acción preventiva.

Los trastornos lipídicos con niveles Bajos de hdl y triglicéridos elevados contribuyen a un mayor riesgo cardiovascular y a la progresión de la ERC (daño glomerular intersticial). El tratamiento con estatinas puede disminuir la proteinuria y por consiguiente el deterioro de la función renal.

Se recomienda una restricción proteica de 0.6 a 0.8 /kg de peso corporal para paciente en estadio 3 a 5 de K-DOQI con vigilancia del estado nutricional en forma periódica.

La anemia es una complicación común de la ERC y un poderoso predictor de complicaciones y muerte cardiovascular; puede usarse la eritropoyetina recombinante humana a dosis de 25 u/kg por vía subcutánea tres veces por semana. El objetivo es llevar la hemoglobina entre 11 a 12 g/ dl .transfusiones no recomendables por alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y puede causar sobrecarga de hierro.

La ERC desarrolla disminución de calcio elevación fosforo, metabolismo alterado de la vitamina D3 ocasionando osteodistrofia calcificaciones vasculares y anemia tratamiento: restricción de fósforo en la dieta uso de agentes quelantes (carbonato de calcio, acetato de calcio) para mantener fósforo menor de 5.5 mg/dl. Calcio mayor a 8.5mg/dl, calcitriol en caso de hipocalcemia o de PTH 2 a 3 veces por encima de lo normal.

Las opciones de Terapia de Reemplazo Renal para los pacientes en Insuficiencia Renal Crónica Terminal son el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal con sus diferentes modalidades. El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular.²³

- **El papel de la Familia ante la salud.**

El enfoque sistémico según Minuchin define a la familia como un sistema constituido por miembros consanguíneos unidos con relaciones de alianzas, ordenados en base a mitos y reglas heredadas, formando su peculiar forma de organización. Para Minuchin y Fishman es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, las cuales a su vez rigen el funcionamiento de los miembros de la familia y definen su gama de conductas facilitando su interacción recíproca.²⁴

Ambas aproximaciones conceptuales coinciden en que la organización familiar es el resultado de la interacción entre los miembros de la familia a través de patrones de conducta generacionales. Dichos patrones forman también la estructura y definen el funcionamiento del

sistema, de aquí que la familia sea tan indispensable para el desarrollo del hombre y su actual importancia en investigaciones que subrayen su naturaleza de soporte social.²⁴

Minuchin señala que la familia pasa por un ciclo donde despliega ciertas funciones como es: nacer, crecer, reproducirse y morir; las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y funcionalidad, o bien, adquirir ciertas características de enfermedad o patología. Como se observa, la familia toma pues un importante papel ante la salud.²⁴

Para entender esta importancia es necesario conocer el término de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Ésta la define como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como una ausencia de afecciones y enfermedades. Este concepto puede vislumbrarse desde dos ámbitos distintos. El primero en el sentido individual y el segundo en el social. La familia pertenece a la estructura social que cumple un rol importante, ya que es intermediaria entre los factores de carácter social y los individuales, siendo su desempeño determinante para el fomento y conservación de la salud y el bienestar. Sin embargo aún son insuficientes los fundamentos teóricos que contribuyan a la consideración de la familia como elemento participativo en el ámbito de la salud, a fin de concebirla como grupo de atención y análisis.²⁵

En todo el proceso de enfermarse, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, transmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes.²⁵

- **Ciclo Evolutivo Familiar en la Enfermedad Crónica.**

Para Ochoa, el curso de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante universales, por lo que las denomina “normal”, en donde se encuentran períodos de equilibrio y adaptación, y periodos de desequilibrio y cambio. Los primeros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes a la etapa del ciclo que atraviesa el grupo familiar, mientras que los segundos implican el paso a un estadio nuevo y más complejo en el

que se requieren tareas y aptitudes nuevas, con en el caso de enfermedades crónicas en las que es necesario desarrollar una estructura diferente.²⁶

La enfermedad crónica en el adulto es vivida por el sistema familiar como una crisis mayor, ya que se necesita que alguien lo cuide y además lo sustituya en sus funciones afectivas, de autoridad o de proveedor en las necesidades de la casa. Entre los aspectos que sufren una mayor alteración cuando aparece una enfermedad crónica en el adulto se encuentran el de su vida profesional y su nivel económico, debido a que su salud física le dificultará desarrollarse en el ámbito laboral, acarreado con éstos sentimientos de impotencia de ser productivo para su familia y su comunidad, además de sentirse una carga económica en el hogar, y por tanto podrá verse envuelto en la apatía. Se debe tener en cuenta que a la llegada de la enfermedad crónica, aumentarán los requerimientos de cuidado y la dependencia, mientras se percibe en el hogar la constante amenaza de la muerte irrumpiendo en la agudización de la sintomatología, desencadenando momentos de crisis.²⁶

- **Funcionalidad Familiar en la Enfermedad Renal Crónica**

La familia funcional es aquella cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo.²⁷

Actualmente, el funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman. Estas categorías incorporan los conceptos de organización, adaptabilidad, cohesión y estilos de comunicación. Todos ellos constituyen la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto.²⁸

En la Enfermedad Renal Crónica, el funcionamiento familiar son partícipes implicados y afectados en las sucesivas reacomodaciones que el funcionamiento y la calidad de vida familiar irán experimentando, ya que se trata de una enfermedad progresiva con consecuencias y tratamientos complicados, que requieren un cambio sustancial del estilo de

vida de los pacientes en el que se comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas, en donde el diagnóstico de la enfermedad es el primer reto para la familia, ya que es el detonante principal que desestabiliza al mismo al considerarse la enfermedad como una traición a la confianza básica del cuerpo.²⁹

Es también una experiencia traumática relacional, es decir, la familia y los miembros que viven en el hogar, al igual que la persona que padece la enfermedad, experimentan un trauma y muestran signos de perturbación. Es por esto que la vida en el hogar es determinante en la evolución de la enfermedad ya que todos los integrantes adquieren roles en ocasiones poco claros. Por lo que la dinámica se ve modificada para el mejor funcionamiento de la vida familiar, que depende en gran medida del tipo de estructura que la familia adopta ante la enfermedad.²⁹

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.²⁹

Aunque muchas veces se hiperboliza el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés, disgusto y enfermedad en sus miembros. Muy vinculado a lo anterior se identifica el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.²⁹

- **Evaluación de la Funcionalidad Familiar**

Es importante considerar que la evaluación de la funcionalidad familiar requiere del empleo de instrumentos que debido a sus características pueden ser de auto aplicación o simplemente ser observacionales³⁰

- Los métodos observacionales: estos nos proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar y requiere de la participación activa de terapeutas para valorar los patrones de interacción familiar. Su aplicación se lleva a cabo por medio de la entrevista.³⁰
- Los instrumentos de auto aplicación: proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, que nos permite conocer información individual de cada uno de los integrantes, el propósito de este instrumento es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de la familia.³⁰

Para determinar un adecuado estudio de la funcionalidad familiar se requiere de una adecuada selección de los instrumentos de apoyo los cuales se considera necesario cumplir con algunos de los siguientes criterios específicos:

- Validez
- Auto aplicación
- Brevidad del instrumento
- Evaluación de poblaciones a las que se aplicó
- Modelo teórico que lo fundamenta

Uno de los instrumentos que ha tomado más peso debido a su acercamiento a lo que se encuentra encaminado este protocolo es la Escala de Emma Espejel.³¹

ESCALA DE EMMA ESPEJEL.

La Escala de Funcionamiento Familiar es un instrumento mexicano para evaluar familias: surge en el año de 1981 como una entrevista abierta para investigar a 80 familias en una comunidad metropolitana seleccionada por el Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM. En aquel entonces constaba de 67 preguntas que abarcaron doce áreas correspondientes a la estructura y a la dinámica de la familia. Se analizaron 500 casos desde el punto de vista estadístico y de análisis factorial.³²

Se obtuvo confiabilidad de 0.75 con Alpha Cronbach y una agrupación de cinco factores que nos indicaban la correspondencia entre las distintas áreas y la comunidad, midiendo estructura y dinámica familiar, en el Centro Comunitario "Oswaldo Robles", lo permitió diferenciar a las familias funcionales de las que presentaban disfuncionalidad, lo que repercutía en el tipo de atención y/o manejo terapéutico que se les proporcionaba a la familia.

³²

Así es como en 1991 fue adaptado y utilizado en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende" en la ciudad de la Habana, Cuba. En colaboración con la terapeuta familiar Ma. Luisa Poolat y el Ing. José Francisco Cortés, realizaron en México una investigación a fin de evidenciar como la existencia de un adolescente deprimido está asociada a la estructura y funcionalidad de la familia. Aplicaron el cuestionario a 50 familias, 25 con adolescente deprimido y 25 sin él. Los resultados de esta investigación evidenciaron un patrón específico distinto en la estructura y funcionamiento de las familias con adolescente deprimido del resto de las familias.³³

La importancia de esta investigación respecto al cuestionario radica en abrir la oportunidad de revisar los reactivos para actualizarlos, ya que algunos se habían vuelto obsoletos frente a los cambios socioeconómicos e institucionales de los últimos años.³³

Se obtuvo una escala de funcionamiento familiar con 40 ítems con buena discriminación y una consistencia interna Alpha de Cronbach de .91. Publicándose así el instrumento de medición en 1997.³³

La escala de funcionamiento familiar es un instrumento conformado por 40 ítems que investiga 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia. Ellas son: Territorio o centralidad, Roles, Jerarquía, Límites, Modos de control de Conducta,

Alianzas, Comunicación, Afectos y Límites, Modos de control de Conductas, Alianzas, Comunicación, Afecto y Patología. Contiene también un familiograma y datos sociodemográficos, económicos de la vivienda y espacio para observaciones.³⁴

- I. Este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y la identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.³⁴
- II. Roles: Son las expectativas consistentes o inconsistentes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.³⁴
- III. Jerarquía: Es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.
- IV. Límites: Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra.³⁴
- V. Alianzas: Se le llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación.³⁴
- VI. Comunicación: Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con lo demás.³⁴
- VII. Modos de Control de Conducta: Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.³⁴
- VIII. Afectos: Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar y malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.³⁴
- IX. Psicopatología: Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de integración.³⁴

Criterios de Clasificación para la Escala de Funcionamiento Familiar, código de calificación:

1. Disfuncionalidad	20 a 40 puntos
2. Poco funcional	41 a 50 puntos
3. Medianamente funcional	51 a 60 puntos
4. Funcional	61 a 80 puntos

Fuente: Escala de Funcionamiento Familia. Espejel Aco y cols. IFAC.2da. edición. México, 2008.

Perfil de funcionamiento familiar

Formato de calificación

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que les corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (por ejemplo el 40), después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas.³⁵

Función									Suma
Autoridad	1	3	4	5	11	12	28	39	40
Control	8	10	17	26	31	34	35	40	
Supervisión	16	25	26	28					
Afecto	22	23	24	27	31	32	33		
Apoyo	7	16	18	20	39	40			
Conducta disruptiva	5	9	36	37	38	39	40		
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36	38
Afecto negativo	6	15	29	34					
Recurso	2	12	13	14	17	40			

Fuente: Escala de Funcionamiento Familia. Espejel Aco y cols. IFAC.2da. edición. México, 2008.

El puntaje global.

Obtenido con la suma de las calificaciones del 1 al 40

Una vez obtenido el puntaje global y la suma horizontal por áreas se vacían en el siguiente perfil para obtener la gráfica de funcionalidad o disfuncionalidad.³⁵ (Ver anexo 4)

Test de Morisky Green³⁷

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación de los pacientes. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

Pregunta	Si	No
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación del test para la HTA.

Este test es breve y fácil de aplicar y su uso está validado porque ha sido aplicado en varios estudios. Puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento y presenta una alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión y es económico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad Renal Crónica es un problema de salud pública mundial con incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. El deterioro de la función renal hace que los pacientes experimenten síntomas que dañan su funcionamiento en general, por lo que se afecta su calidad de vida en todos los aspectos.

Se habla entonces que ante la enfermedad emerge una estructura nueva donde (en ocasiones) la familia, cegada por el miedo al cambio, no se percató que su dinámica se está alterando y es necesario un reajuste de la estructura que se venía manejando hasta antes del diagnóstico. Las familias que se integran a una enfermedad incapacitante, como lo es ésta, están sujetas a un estrés prolongado por lo que agotan sus recursos emocionales y materiales sin importar lo bien que inicialmente parecieron funcionar: esto hace que la familia se ajuste y modifique su estructura.

El estado de cronicidad puede conducir a situaciones de estrés crónico en el sistema que no solo impactan en el funcionamiento de la familia sino también la evolución de la propia enfermedad.

La Enfermedad Renal Crónica sin duda afecta a todo el sistema familiar y el desarrollo de las actividades cotidianas, encontrándose con períodos muy estresantes, agotadores y emocionalmente cambiantes, afectando la sensación de seguridad y equilibrio, obligando así a realizar modificaciones en el núcleo familiar para su funcionamiento.

La finalidad de la presente investigación fue analizar el grado de funcionalidad familiar en los diferentes estadios de la ERC, ya que esta situación pone a la familia en riesgo de una disfuncionalidad familiar si no afronta de manera adecuada el hecho de contar con un sujeto enfermo en su seno.

La importancia de esta investigación radica en que, desde el punto de vista social y médico, se contaría con un estudio que ofrecería detalles sobre cómo se estructuran y funcionan las familias con pacientes con ERC, permitiendo generar hipótesis sobre la relación entre los estadios de la ERC y el Funcionamiento Familiar, lo anterior permitiría el desarrollo de

programas interventivos para estos pacientes, de acuerdo con los datos obtenidos en el diagnóstico, lo que optimizara a corto plazo la atención psicoterapéutica de los mismos.

Por lo anterior, se generó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe correlación entre el grado de Funcionalidad Familiar en los diferentes estadios de la Enfermedad Renal crónica?

JUSTIFICACIÓN

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

Dicha situación puede conducir a una disfuncionalidad familiar si no se afronta convenientemente el hecho de tener a una persona enferma crónica en su seno. Por estas razones decidimos investigar el grado de funcionalidad familiar de los pacientes con ERC en sus diferentes estadios, que reciben tratamiento en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS situada en el Distrito Federal.

El estudio de la familia en los pacientes con ERC y particularmente el relacionado con el funcionamiento familiar se perfilan como un campo poco explorado y con muchas posibilidades de desarrollo científico, por sus implicaciones teórico-prácticas.

OBJETIVOS

GENERAL.

- Determinar la correlación entre el grado de Funcionalidad Familiar en los diferentes estadios de la Enfermedad Renal Crónica.

ESPECÍFICO.

- Analizar las principales variables sociodemográficas, en función al género, edad, estado civil, ocupación y tipología familiar.
- Determinar cómo influye la funcionalidad familiar en los diferentes estadios de la Enfermedad Renal Crónica en.
- Determinar la importancia del apoyo familiar en el apego al tratamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

HIPOTESIS DE TRABAJO

- Si a mayor estadio de Enfermedad Renal Crónica hay mayor Disfunción Familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio:

Clínico

Diseño de estudio:

TRANSVERSAL: Debido a que las variables de la investigación se miden una sola vez.

ANALITICO: Para investigar la asociación entre una determinada exposición y una enfermedad.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los paciente con Enfermedad Renal Crónica estadio 1 al 4 de K-DOQI, de 30 a 90 años, que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, en la Ciudad de México, D.F.

Tiempo: La presente investigación se llevó a cabo del 1° de enero al 30 de junio del 2015.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México D.F. Localizada en Orizaba No. 15, Colonia Roma Norte Delegación Cuauhtémoc. .

Espacio Pacientes con Enfermedad Renal Crónica, que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N°1 del IMSS.

SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (determinado por la fórmula de Cockcroft-Gault, con un filtrado glomerular $<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ o daño renal demostrado por la presencia de albuminuria o proteinuria durante al menos 3 meses) que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS.
- Pacientes de 30 a 80 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que se encontraron en tratamiento sustitutivo de la función renal ya sea diálisis o hemodiálisis.
- Pacientes institucionalizados, hospitalizados o que se encontraron en estado grave durante el estudio.
- Pacientes con trastornos psíquicos, retraso mental o cualquier alteración psíquica u orgánica que afectara el juicio o contacto con la realidad.
- Pacientes que no convivían con una familia.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Paciente con Enfermedad Renal Crónica que no contestaron la escala de forma completa.
- Pacientes con Enfermedad Renal Crónica que cambiaron de adscripción clínica.

VARIABLE DEPENDIENTE (VD): Enfermedad Renal Crónica.

VARIABLE INDEPENDIENTE (VI): Funcionalidad Familiar.

- **Enfermedad Renal Crónica.**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL (VD): La enfermedad renal crónica se define como la disminución de la función renal expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) menor de 60 ml/min/1.73m² SC ó como daño renal durante más de tres meses, manifestad en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal ³⁵

DEFINICIÓN OPERACIONAL (VD): La enfermedad Renal Crónica se operacionalizó a través del cálculo de tasa de Filtración Glomerular de Cockcroft-Gault $Ccr = [(140-Edad) \times \text{Peso (kg)}] / [Cr_s \text{ (mg/dL)} \times 72] \times 0,85$ en mujeres. Para clasificar a los pacientes de acuerdo a los criterios de K-Doqui: > 90 etapa 1, de 60-89 etapa 2, de 30-59 etapa 3, de 15-29 etapa 4, < 15 etapa 5. ³²

- **Funcionalidad Familiar.**

DEFINICION CONCEPTUAL (VI): La funcionalidad familiar se describe como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa la familia. Criterios de Clasificación para la Escala de Funcionamiento Familiar, código de calificación: 1. Disfuncionalidad, 2. Poco funcional
3. Medianamente funcional, 4. Funcional.

DEFINICION OPERACIONAL (VI): La funcionalidad familiar se medirá a través de la escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Aco y cols. Validada para población mexicana desde 1997. (VER ANEXO 1)⁴⁰

Denominación de las variables.

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALOR DE LA VARIABLE	CLASIFICACION DE LA VARIABLE
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	DEPENDIENTE	CATEGORIA NUMERICA	CRITERIOS K-DOQUI MAYOR 90 60-89 30-59 15-29 MENOR 15	0 = NO 1 = Etapa 1 2= Etapa 2 3= Etapa 3 4= Etapa 4 5= Etapa 5
	INDEPENDIENTE	CATEGORIA ORDINAL	RANGOS 1.20 a 40 puntos 2.41 a 50 puntos 3.51 a 60 puntos 4.61 a 80 puntos	1. Disfuncionalidad 2. Poco Funcional 3. Medianamente Funcional 4. Funcional

Covariables.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALOR DE LA VARIABLE	INDICADOR
NOMBRE	Designación o denominación verbal que se le da a una persona para distinguirla de otras.	Se identificará a través del cuestionario sociodemográfico	Cualitativa	Textual	Nombre
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años cumplidos a la fecha.	Cuantitativa	Continua años	Se anotará la edad referida por el paciente
GENERO	Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hombres y mujeres.	Se identificará de acuerdo a las características fenotípicas.	Cualitativa	Nominal	1=Femenino 2=Masculino
OCUPACIÓN	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento y generalmente requiere conocimientos.	Se identificará el trabajo que desempeña el paciente.	Cualitativa	Nominal	1=empleado 2=obrero 3=hogar 4=profesionista 5=jubilado 6=pensionado
	Situación de las personas físicas por sus relaciones de	Será el referido por el paciente.	Cualitativa	Nominal	1= soltero 2= casado 3= viudo

ESTADO CIVIL	familia provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.		4= divorciado 5= unión libre
TIPOLOGIA FAMILIAR	Se define como la composición de los elementos que integran a aun a familia.	Clasificación que se le asigna a una familia en base a su parentesco	Cualitativa Nominal 1=nuclear 2=nuclear simple 3=nuclear numerosa 4=recosntruida 5=monoparental 6= monoparental extendida 7= monoparental extendida compuesta 8=extensa 9=extensa compuesta 10=no parental
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ERC	Se refiere al tiempo transcurrido a partir del diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica	Será el referido por el paciente	Cuantitativa Continua años 1= 1 a 3 años 2= 3 a 5 años 3= 5 a 10 años 4= 11 años o más
APEGO AL TRATAMIENTO	El grado del comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de Vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	El apego al tratamiento se medirá a través del test de Morisky Green (anexo3)	Cualitativa Nominal 1= si apego al tratamiento 2= no apego al tratamiento

TAMAÑO DE MUESTRA Y MUESTREO

El tipo de muestra en la presente investigación será no probabilística, en base a la elección de los elementos ya que estos no dependen de la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. El tamaño de la muestra se calculó en base a la Fórmula de proporciones con universo conocido:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Dónde:

N = población pacientes con Enfermedad Renal Crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.1, junio 2014. (59)

Z_a^2 = Área bajo la curva de lo normal con un nivel de confiabilidad del 95% (1.96)

- p = proporción esperada (en este caso 30% de pacientes con ERC = 0.30)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.30 = 0.7)
- d = precisión del estudio (0.05)

$$n = \frac{59 * 1.96^2 * (0,30) * 0.7}{0.05^2 * (59-1) + 1.96^2 * 0.30 * 0.7}$$

$$n = \frac{59 * 1.15248 * 0.7}{0.0025 * (58) + 3.8416 * 0.30 * 0.7}$$

$$n = \frac{45.59}{0.98} = 46.5$$

PLAN DE ANALISIS

Para el análisis descriptivo se desarrollaron las principales variables sociodemográficas de acuerdo a las principales medidas de tendencia central (media y mediana), distribución de frecuencias y medidas de variabilidad (desviación estándar). Lo anterior se procesó a través del paquete estadístico SPSS versión 21.0.

Para el análisis bivariado se utilizaron pruebas de hipótesis con un nivel de confianza del 95%, para variables cualitativas se utilizará χ^2 . Se consideró como significativo todo valor de $p \leq 0.05$, con un IC del 95%.

INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizará para la evaluación será la Escala de Funcionalidad Familiar validada para población mexicana por la Dra. María Emma Espejel Aco y cols., en 1997 con buena discriminación y una consistencia interna Alpha de Cronbach de 0.91.

La escala de funcionamiento familiar es un instrumento conformado por 40 ítems que investiga 9 áreas: Territorio o centralidad, Roles, Jerarquía, Límites, Modos de control de Conducta, Alianzas, Comunicación, Afectos y Límites, Modos de control de Conductas, Alianzas, Comunicación, Afecto y Patología. ^(Ver anexo 1)

Para evaluar el apego al tratamiento en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica se utilizará el Test de Morisky Green. Validado para población hispana por Val Jiménez en 1992., El test de Morisky-Green-Levine es un método indirecto de valoración del cumplimiento farmacológico, consta de cuatro preguntas y cualquier respuesta afirmativa indica un mal cumplimiento por parte del paciente. Se recomienda su empleo preferentemente para la práctica clínica y también se ha empleado en la investigación, es un instrumento validado y se utiliza regularmente para identificar la adherencia en enfermedades crónicas. Subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento. Posee baja sensibilidad y bajo valor predictivo negativo. ^(Ver anexo 3)

RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

1. Se invitará con los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No.1, que cumplan con los criterios de inclusión acerca del protocolo de estudio y se le hará la invitación a un familiar del paciente para participar en el estudio.
2. Se le explicará al paciente y a su familiar en que consiste la investigación y como se recolectarán los datos a través de una entrevista donde se solicitarán datos personales y referentes a su padecimiento, además de la aplicación de 2 cuestionarios: la escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel y del test de Morisky Green.
3. Se solicitará firmar el consentimiento informado así como el llenado de los cuestionarios.
4. La entrevista, así como la aplicación de los cuestionarios estarán a cargo de la investigadora responsable, Dra. Socorro Fernández Ballesteros.
5. Una vez llenado el cuestionario se rectificará el llenado del mismo.
6. Se organizará la información con número de folios para poder identificarlos.
7. Se concentrará la información en una base de datos de Excell, y se analizarán los datos con el paquete estadístico SPSS versión 21.0
8. Se informará de los resultados obtenidos a los pacientes y familiares que participaron en el presente estudio.
9. Se redactarán resultados y conclusiones.
10. Se publicarán resultados.

RECURSOS HUMANOS PARA EL ESTUDIO.

- **INVESTIGADOR RESPONSABLE:** Dra. Socorro Fernández Ballesteros, Médico General adscrita a la UMF N°1 del IMSS, alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.
- **ASESOR DE TESIS:** Dra. Juana Marlen Ruiz Batalla Médico especialista en Medicina Familiar Adscrito a la Hospital General de zona / Medicina Familiar No. 26.
- **ASESOR DE TESIS:** Dra. Dulce María Rodríguez Vivas, especialista en Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 1.

MATERIALES

- Carta de consentimiento informado.
- Hoja de Registro de datos personales.
- Escala de Emma Espejel
- Expediente clínico del paciente.
- Computadora, programa Microsoft Word.
 - Internet explorer.
- Impresora.
- Paquete Estadístico SPSS V. 21.0

FISICOS

Consulta Externa en Unidad de Medicina Familiar N°1 del IMSS

FINANCIEROS

Autofinanciado por el investigador

FACTIBILIDAD

Debido a que los pacientes con Enfermedad Renal Crónica se encuentran en control y seguimiento del padecimiento en la Unidad de Medicina Familiar No. 1, es posible aplicar las escalas y conocer si existe asociación entre la Funcionalidad Familiar y la ERC.

IMPACTO DEL ESTUDIO

Si se tiene en cuenta que la ERC es una enfermedad que presenta el paciente pero que padece toda la familia, en el caso de que los pacientes cuenten con Disfuncionalidad Familiar, se integraron a los paciente y familia a un programa de intervención dirigido a las familias por medio de Trabajo Social y Psicología .El equipo de salud multidisciplinario (Médico Familiar, Enfermera Especialista en Medicinas de Familia y Nutricionista) involucro a la familia en el cuidado del paciente y en la reorganización de sus redes sociales de apoyo, tareas y funciones por medio de capacitación concreta y específica que implica al paciente y su familia. Situación que consecuentemente propicio una mejor comunicación entre los miembros de la familia y una expresión de afectos más abierta, y en caso de ser necesario manejo psicoterapéutico en el paciente y su familia se podrá canalizar al ifac (Instituto de la Familia AC.)

RESULTADOS.

✓ Análisis Descriptivo.

El universo de trabajo de la presente investigación lo constituyeron 47 pacientes con enfermedad renal crónica de los cuales el 59.6 % correspondió al género masculino y el 40.4 % al femenino, la media de edad fue de 70 años (con un rango de 42 a 92 años DE 12.4). En relación al estado civil la mayor proporción la presentaron los casados con el 36.2 %, seguido del viudo con el 34 % y el divorciado con el 14.9 %.

La ocupación que presento mayor proporción fue la de hogar con el 25.5%, seguida del jubilado con el 23% y el pensionado con el 21.3 %.

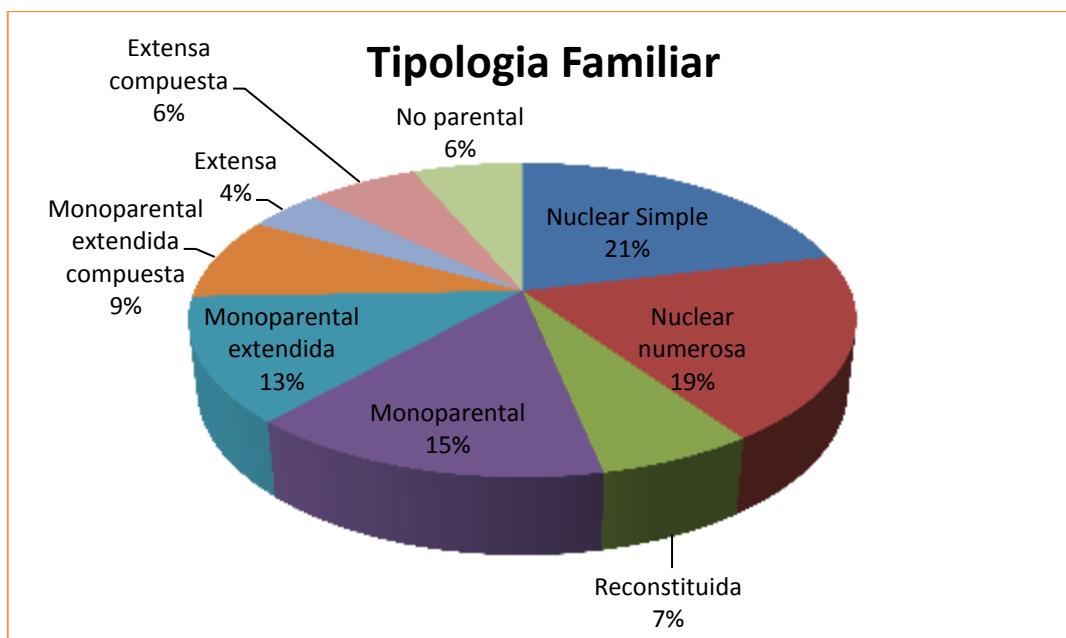
Tabla 1. Descripción de la población de estudio.

Variable	Frecuencia N=47	Porcentaje %
Genero		
Femenino	19	40.4
Masculino	28	59.6
Turno		
Matutino	31	66
Vespertino	16	34
Estado Civil		
Soltero	4	8.5
Casado	17	36.2
Viudo	16	34
Divorciado	7	14.9
Unión libre	3	6.4
Ocupación		
Empleado	7	14.9
Obrero	2	4.3
Hogar	12	25.5
Profesionista	5	10.6
Jubilado	11	23.4
Pensionado	10	21.3

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Al analizar la Tipología Familiar se encontró a la nuclear simple con la mayor frecuencia 21.3%, seguida de la nuclear numerosa con el 19.1% y la monoparental con el 14.9%.

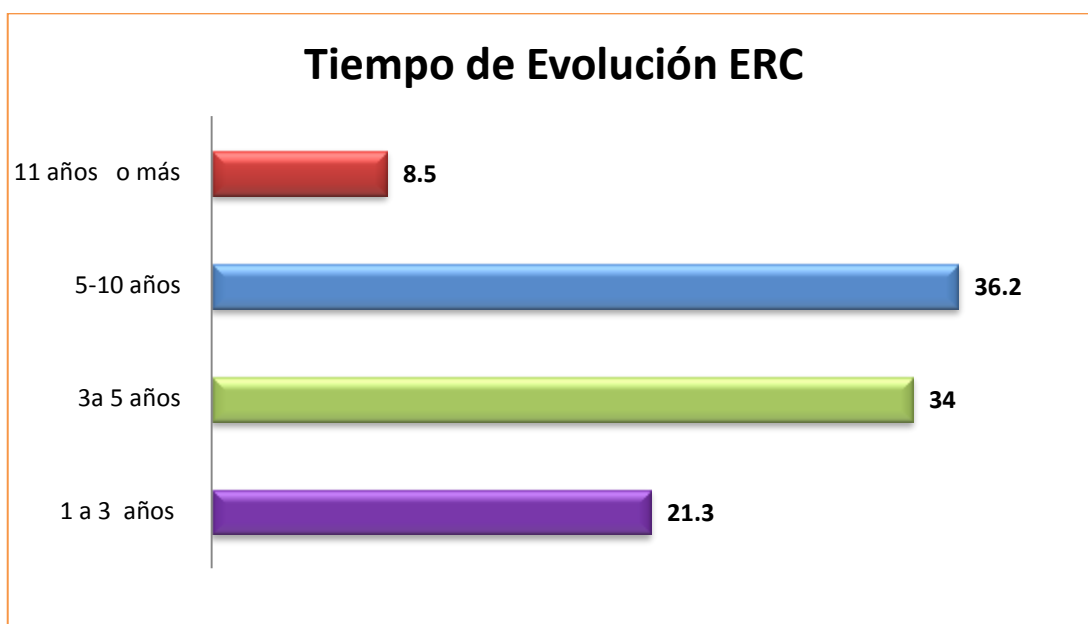
Grafico 1. Tipología Familiar en población de estudio.



Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Al evaluar el tiempo de evolución de la presencia de enfermedad renal crónica el grupo de 5 a 10 años de evolución presentó la mayor proporción con el 36.2% , seguido del grupo de 3 a 5 años de evolución con el 34 %, aquellos con más de 11 años de evolución presentaron una frecuencia de 8.5% .

Grafico 2. Tiempo de evolución de enfermedad renal crónica



Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Para clasificar los Estadios de la Enfermedad Renal Crónica se utilizó los criterios de Kdoqui, se observó que el Estadio 3 (30 - 59 ml/min) reportó la mayor frecuencia con el 51.1%, seguida del Estadio 2 (60-89 ml/min) presento una frecuencia del 31.9%, continuado del Estadio 4 (15-29 ml/min) con una proporción del 10.6%.

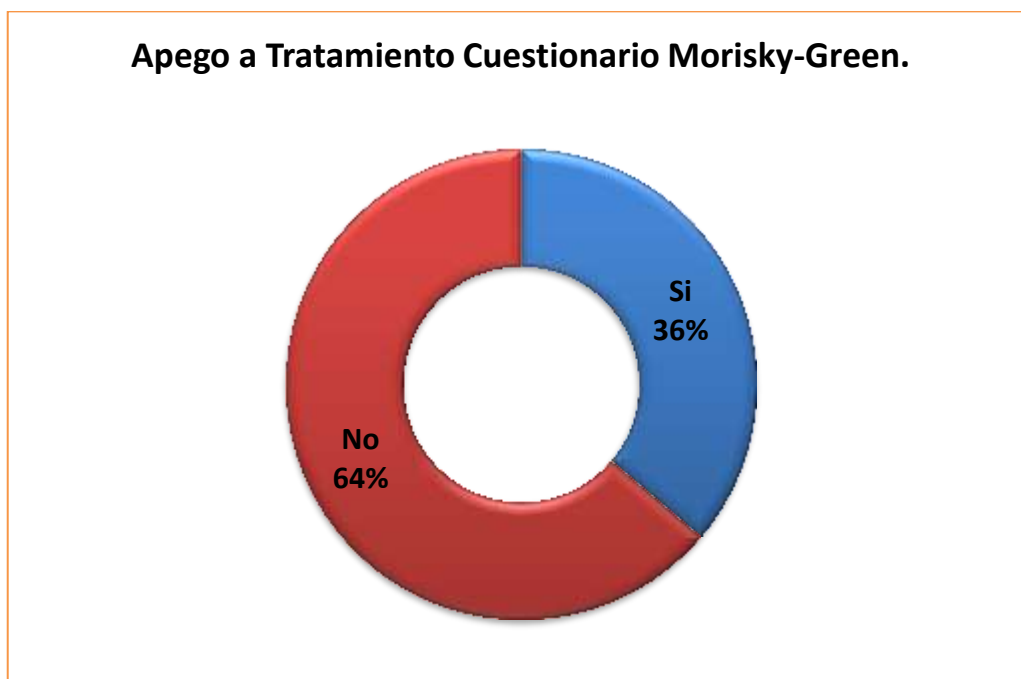
Tabla 2. Prevalencia de los estadios del Enfermedad Renal Crónica Clasificación Kdoqui.

Estadio	Frecuencia N=47	Porcentaje %	TFG (ml/min/1.73m ²)	Descripción
1	1	2.1	Mayor o igual 90	Daño renal con FG normal
2	15	31.9	60 - 89	Daño renal ligero descenso
3	24	51.1	30 - 59	Descenso moderado de FG
4	5	10.6	15 - 29	Descenso grave del FG
5	2	4.3	Menor 15 diálisis	Fallo renal

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

En esta investigación se consideró evaluar el apego al tratamiento establecido a través del cuestionario de Morisky-Green, observando que el 63.8 % no se encuentra con apego al tratamiento, en comparación con el 36.2 % de la población de estudio que si presenta apego a la prescripción del tratamiento.

Grafico 3. Apego al tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica



Fuente: Cuestionario Morisky-Green.

✓ Análisis Bivariado.

Para medir la funcionalidad familiar se empleó la escala de funcionamiento familiar de la Doctora María Emma Espejel Aco y cols, el cual evalúa 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia. Al analizar las diferentes áreas de dicho instrumento observamos que la autoridad y organización familiar se reporta como disfuncional con el 68.1%, con respecto al control y orden se reporta como disfuncional con el 63.8%. Con respecto a la supervisión esta se reporta como disfuncional con el 78.7%.

Al considerar el afecto positivo y los valores dentro del grupo familiar este se reporta como disfuncional con el 57.4% en comparación con el 42.6% alcanzado como funcional. El apoyo que muestran los integrantes de la familia se reporta como funcional con el 78.75%.

Otra área importante a considerar es la conducta la cual se reporta como disfuncional con el 51.1%. Al valorar la comunicación que existe entre los integrantes de la familia de este tipo de pacientes, se reporta como disfuncional con el 57.4%. El afecto negativo también se reporta como disfuncional con el 61.7%. Al medir los recursos que la familia emplea (implica flexibilidad) esta se reporta como disfuncional con el 70.2%.

Tabla3. Descripción de la Escala Funcionalidad Familiar.

Área	Frecuencia N=47	Porcentaje %
Autoridad		
Disfuncional	32	68.1
Funcional	15	31.9
Control		
Disfuncional	30	63.8
Funcional	17	36.2
Supervisión		
Disfuncional	30	78.7
Funcional	17	21.3
Afecto		
Disfuncional	27	57.4
Funcional	20	42.6
Apoyo		
Disfuncional	10	21.3
Funcional	37	78.7
Conducta		
Disfuncional	24	51.1

Funcional	23	48.9
Comunicación		
Disfuncional	27	57.4
Funcional	20	42.6
Afecto negativo		
Disfuncional	29	61.7
Funcional	18	38.3
Recursos		
Disfuncional	33	70.2
Funcional	14	29.8

Fuente: Escala de Funcionalidad Familiar Emma Espejel y Cols.

El resultado final de la evaluación de la Funcionalidad Familiar de acuerdo a la Escala de Emma Espejel y Cols., podemos decir que el 85 % de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica se reportan como funcionales en contraste con el 15% considerados como disfuncionales.

Gráfico 4. Puntaje Global de la Escala de Funcionamiento Familiar.

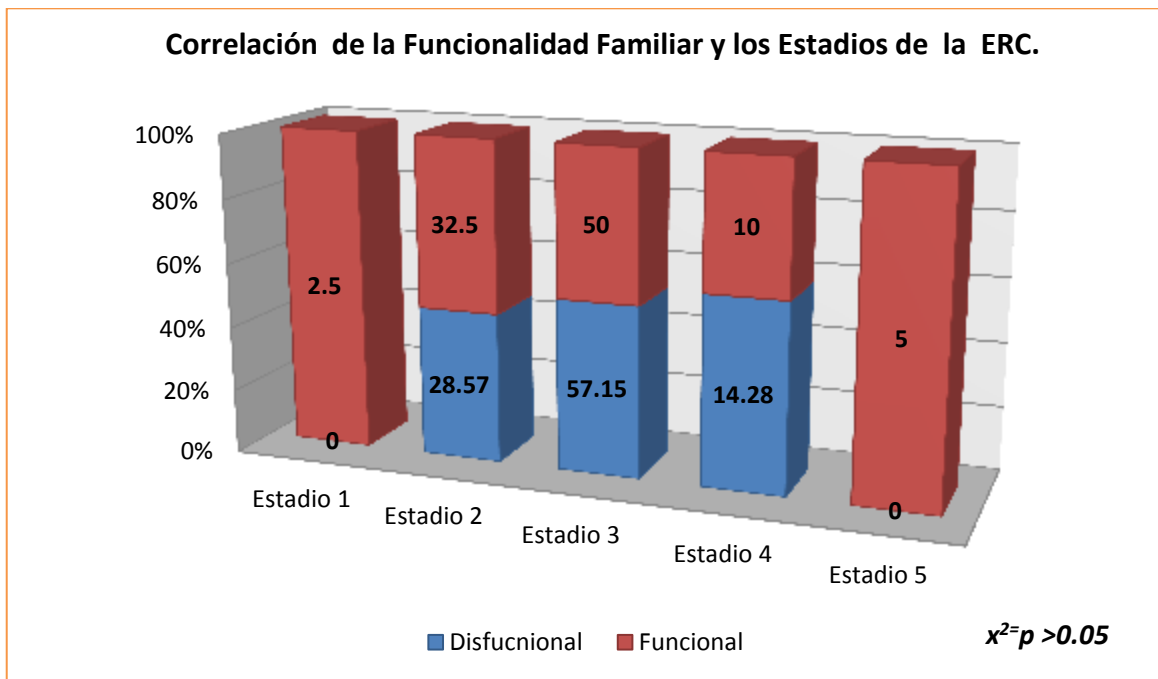


Fuente: Escala de Funcionalidad Familiar Emma Espejel y Cols.

Al determinar la correlación que existe entre la Funcionalidad Familiar y los Estadios de la Enfermedad renal Crónica observamos que en el Estadio 3 las proporciones son similares encontrándose el 57.15 % como disfuncional y el 50% como funcional. En el Estadio 4 observamos que el 14.28% se clasifica como disfuncional en comparación con el 10% que se reporta como funcional.

Tanto en el Estadio 1 como en el Estadio 5 no se observa Disfuncionalidad Familiar, sin embargo la Funcionalidad Familiar se reporta con una frecuencia del 2.5% para el Estadio 1 y el 5% para el Estadio 5.

Grafico 5. Correlación de la Funcionalidad Familiar y los Estadios de la Enfermedad Renal Crónica.



Fuente: Escala de Funcionalidad Familiar Emma Espejel y Cols.

DISCUSIÓN

El estudio permitió describir las características de la familia del paciente con enfermedad renal crónica y hacer una reflexión acerca de su patología social. Dado que es difícil determinar si la disfunción familiar puede ser causa o efecto de la no asistencia del paciente, sólo podemos inferir que la presión ejercida por el padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras de la función familiar

En nuestra muestra el mayor porcentaje de pacientes perteneció a una familia nuclear simple. Al respecto se ha afirmado que existe aislamiento de la familia nuclear con menor acercamiento o dependencia entre sus miembros, así como menor intercambio de apoyo entre la red de parentesco; en contraste, la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua.³⁹

El resultado final de la escala de Emma Espejel y cols. aplicado en el presente trabajo nos permite decir que el 85% de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica se reportan como funcionales cursando con una adaptación, mostrando que en la correlación de Funcionalidad Familiar y los Estadios de la Enfermedad Renal crónica pudimos observar que en el estadio 3 las proporciones son similares encontrándose el 57.15 % como disfuncional y el 50% como funcional. En el estadio 4 observamos que el 14.28% se clasifica como disfuncional en comparación con el 10% que se reporta como funcional. Tanto en el estadio 1 como en el estadio 5 no se observa disfuncionalidad familiar. Lo anterior contrasta con lo reportado por Rodríguez Abrego, quién evalúa a las familias de pacientes en estadio 5 como disfuncionales hasta en un 41%.¹⁰

Reyes Saborit et al, menciona que el Apoyo Social, se hace particularmente necesario en las enfermedades crónicas, pues su nivel de cronicidad va deteriorando progresivamente a los sujetos que la padecen y hace que este recurso sea de gran importancia para estas personas, debido a su influencia en los niveles de salud y como amortiguador de las consecuencias negativas de estas enfermedades.⁶ En el presente estudio se midieron 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia; encontrando el área de autoridad como disfuncional en un 68%, control como disfuncional en un 63.8 %, supervisión como disfuncional 78.7 %, comunicación como disfuncional en un 57.4%, los recursos como disfuncionales en el 70.2%. Por otra parte la conducta se reporta como funcional con el

48.9%, así como el afecto se reporta como funcional con el 42.6%, y finalmente el apoyo se reporta como funcional en un 78.7% lo que favorece una adaptación para el cambio en roles familiares, lo anterior coincide con lo reportado por Reyes Saborit, con lo cual podemos decir que la familia cuenta con los recursos necesarios para adaptarse a éste tipo de crisis y dependerá del momento con-textual que esté padeciendo la familia.

De acuerdo a la evaluación de la funcionalidad familiar establecida en el presente estudio sólo 15% de las familias con pacientes con Enfermedad Renal Crónica fueron considerados como disfuncionales; con mayor grado de disfuncionalidad en el estadio 3 con un 57.15 %, estadio 2 con 28.57% seguidos del estadio 4 con 14.28%. Podemos decir que en estos estadios existe una lucha para enfrentar esta crisis, en la cual tienen que cambiar los roles y la familia se adapta a los cambios en el estilo de vida, y así el paciente comprende el significado de su enfermedad y acepta que requiere de más cuidados.

Las familias de estos pacientes resultaron ser funcionales en su mayoría, caracterizándose por tener un alto grado de apoyo, afecto y conducta, es decir los miembros de la familia se proporcionan soporte social, dentro y fuera del grupo familiar, las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia son funcionales. En el caso de las familias disfuncionales, fueron mínimas, dentro de estas existía baja eficacia de la autoridad ejercida dentro de la familia, disfunción en la vigilancia de normas y comportamiento, disfunción entre el flujo de la comunicación al interior de la familia, la existencia de recursos disfuncionales

Es conveniente resaltar que el estudio se basa en la percepción del paciente respecto a su familia, lo que implica que de acuerdo a las características del individuo, sus relaciones interpersonales y su contexto familiar o social pueden facilitar ó modificar la evaluación de la funcionalidad familiar.

CONCLUSIONES.

El objetivo de la presente investigación fue determinar la correlación entre el grado de Funcionalidad Familiar en los diferentes estadios de la Enfermedad Renal Crónica, encontrando que:

- En el estadio 1 Y en el Estadio 5 no se observó Disfuncionalidad Familiar, sin embargo la Funcionalidad Familiar se reporta con una frecuencia del 2.5% para el Estadio 1 y el 5% para el Estadio 5.
- Para el estadio 2 se encontró que el 32.5% de la población es funcional y el 28.57% es disfuncional.
- En el Estadio 3 las proporciones son similares encontrándose el 57.15 % como disfuncional y el 50% como funcional.
- En el Estadio 4 observamos que el 14.28% se clasifica como disfuncional en comparación con el 10% que se reporta como funcional.

Lo anterior con una $p > 0.05$, mediante la prueba de χ^2 , por lo anterior podemos decir que rechazamos la hipótesis planteada no existe mayor disfunción familiar a mayor estadio de la Enfermedad Renal Crónica. .

La Funcionalidad Familiar de acuerdo a la Escala de Emma Espejel y Cols., se reportó en un 85 % de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica como funcionales en contraste con los 15% considerados como disfuncionales. Los ítems de la escala en donde se reportó mayor disfunción fue en el área de la autoridad y organización familiar con el 68.1%, con respecto al control y orden se reporta como disfuncional con el 63.8%. Con respecto a la supervisión esta se reporta como disfuncional con el 78.7 %.

El desapego al tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica de acuerdo a test de Morisky – Green se reportó en un 64% lo anterior se encuentra asociado la autoridad, el control, la supervisión y la comunicación al interior de la familia.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos y el análisis realizado podemos concluir que las familias estudiadas presentan situaciones protectoras y de riesgo en dependencia del nivel de

funcionamiento, condiciones materiales de vida, composición familiar y las crisis presentes en su seno, lo que puede influir en el nivel de salud individual y familiar, así como en el ajuste al medio y a la enfermedad.

Por lo tanto, el tema resulta relevante en medicina familiar ya que puede ayudar a instaurar el diagnóstico de salud familiar como un eje de atención para identificar oportunamente los fenómenos de crisis familiar estableciendo la necesidad de ayuda técnica profesional.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud se considera que esta la presente investigación no es de riesgo ya que de acuerdo a lo mencionado en dicho artículo indica que la investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación. Cabe mencionar que este estudio solo es a través del instrumento Funcionalidad Familiar de Emma Espejel. (Anexo 1), lo cual se resuelve exclusivamente con un cuestionario por lo cual no pone en riesgo al paciente. Una característica importante mencionada en la Declaración de Helsinki es garantizar al paciente que en la investigación médica, el médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Del tal forma se resume que de acuerdo a la ley general de Salud así como a la Declaración de Helsinki la forma de recolección de la información, no pone en riesgo la vida del paciente, su integridad y donde tiene la plena libertad de elegir participar o no ya que se contara con consentimiento informado (anexo 3) para su mejor apoyo y confianza.

Conflicto de intereses:

Declara que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de intereses al participar en el siguiente estudio.

MÉXICO
GOBIERNO FEDERAL



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 18/11/2014

DRA. SOCORRO FERNÁNDEZ BALLESTEROS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2014-3609-29

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

Fernández Ballesteros Socorro /Ruíz Batalla Juana Marlen/**Rodríguez Vivas Dulce María*

Médico General adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS.
 **Profesor del “Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS”.

***Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF 1 del IMSS.

PERIODO TRIMESTRE	PRIMER AÑO				SEGUNDO AÑO				TERCER AÑO			
	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
ETAPA/ACTIVIDAD												
Planeación de Proyecto	■											
Marco Teórico		■										
Material y Métodos		■										
Registro y autorización del proyecto			■	■								
Prueba Piloto					■							
Etapas de ejecución					■	■	■					
Recolección de datos							■					
Análisis de datos								■				
Descripción de los resultados								■				
Discusión de los resultados									■			
Conclusiones									■			
Integración y revisión final										■		
Reporte final										■		
Autorizaciones										■	■	
Impresión del trabajo final											■	

BIBLIOGRAFIA

1. De la Osa JA. Insuficiencia Renal Crónica. (Fecha de acceso 11junio 2014). Disponible en: <http://consulta.cuba.cu/consultas.php>.
2. De la Revilla M. Valoración de la disfunción familiar. *Aten Primaria*. 1997;19:12-16.
3. Madden SJ, Hasting, RR, Van Hoff W. Psychological adjustment in children with end stage renal disease: the impact of maternal stress and coping. *Child: Care, Health & Development* 2012; 28(4): 323-330.
4. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International* 2001; 59:1599-1613.
5. Edgar Dehesa López. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. Impactos en la Familia. *Medigraphic* 2008: 3: 73-78.
6. Reyes Saborit Aymara. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal .*Cuba MEDISAN* 2006;10(4).
7. Zavala Rodríguez Ma. Del Refugio y cols. Funcionalidad Familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Universidad de La Sabana Colombia. *Arquichan* 2009. 9; (3):257-270.
8. Naiper A. El crisol de la familia en la Enfermedad Renal Crónica. Buenos Aire. 2002: 18-26.
9. Rocío Soria Trujano Tratamiento sistémico en problemas familiares. *Revista Psicología Iztacala* 2010: 13; 3 87- 104.
10. Rodríguez Abrego Gabriela. Disfunción Familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (2): 97-102.
11. María Nelly Ávila-Saldivar. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. *Med. Int. Mex.* 2013: 29: 148-153.
12. Papponetti Marta. Guía de la Sociedad Canadiense de Nefrología Manejo de la enfermedad renal crónica. 2010: 1: 179.
13. Ávila-Saldivar MN y col. Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Med Int Mex* 2013;29:473-478.
14. Almaguer López Miguel. Nefro-Epidemiología enfermedad renal crónica (consultado:12/06/14), disponible:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/nefrologia/avances_en_enfermedad_renal_cronica.pdf
15. Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica (fecha de acceso 10 mayo,2014).disponible:www.semg.es/doc/documentos_SEMG/Doc_consenso_final_131212.pdf

16. Ávila-Saldivar María Nelly. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención, *Med Int Mex*, 2013; 29:148-153
17. R. Montañés Bermúdez, S. García. Documento de Consenso. Recomendaciones sobre la valoración de la proteinuria en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad renal crónica, *Nefrología* 2011; 31(3):331-345.
18. Venado Estrada Aida et. Al. Insuficiencia renal crónica, Unidad de Proyectos especiales UNAM. 2009:2:8-25
19. Rodrigo-Calabria E. Medida de la función renal. Evaluación del cociente albuminuria-creatinina. Valor de la tira reactiva y del sedimento urinario. Indicaciones para solicitar ecografía renal. *Nefrología* 2004;24:35-46.
20. Canel O, Greco G, Weisman C, Procupet J y col. Programa de abordaje integral de la enfermedad renal crónica. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2013;10:51-55.
21. National Kidney Foundation K/DOQI Clinical Practical Guideline and clinical practice recommendations for diabetes and CKD. *Am J Kidney Dis* 2007;49: S12-S154.
22. Flores JC y col. Enfermedad renal crónica: clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Rev Méd Chile* 2009;137:137-177.
23. Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología* 2009;19 (Supl 1):84-90.
24. Minuchin, S. & Fishman H.C. *Técnicas De terapia Familiar*.2004. Barcelona: Paidós.
25. Navarro G. *Enfermedad y Familia*. 2004. Barcelona: Paidós.
26. Anzures R, Chávez V, cols. Diagnostico estructural y familiar, Impacto de la Enfermedad en la Familia. *Medicina familiar*. 2008: 290-310.
27. Azcarate-García et al. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal intermitente y ambulatoria, *Medigraphic*; 2006: 8:97-102.
28. Onnis L. *Terapia Familiar de los trastornos psicossomáticos*. 2004. Barcelona: Paidós.
29. Plaxats, M. *Los procesos de duelo ante pérdidas significativas*.2009.
30. De la Revilla. *Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores* (consultado en julio 2014).www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-Familiar.
31. Medellín Fontes Martha M. Et. Al. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. 2012:35, 147-154
32. Espejel Aco Emma. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica 2009:23.

33. Solís Azueta. Redes sociales de apoyo en el proceso de la enfermedad crónica .revista electrónica de psicología Iztacala 2003: 6:2
34. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29 (1): 48-51.
35. Anzures R, Chávez V, cols. Diagnostico estructural y familiar, Instrumentos de evaluación de la funcionabilidad familia. Medicina familiar. 2008: 205-286.
36. Rodríguez Chamorro MA et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40(8):413-7
39. Valadez-Figueroa I, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Publica Mex 2009;35(5):464-470.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento

Escala de funcionamiento Familiar

Familia: _____

Tiempo de Union: _____

Ingreso Familiar: _____

Ingreso percapita: _____

Posicion	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupacion	Aportación ecomunica a la familia

Descripción de la vivienda

Observaciones _____

Familiograma

Encuesta Emma Espejel aco y cols.

Instrucciones para el examinador : Marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiere la respuesta expresada por el entrevistado.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decirlos menús etc.)?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
3. En su familia ¿Hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
4. Si se reúne la familia para ver la televisión ¿Quién decide el programa?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
7. En los problemas de los hijos ¿Quién o quiénes intervienen?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
9. Si en una casa hay horarios para comer o llegar ¿quiénes respetan los horarios de llegada?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							
10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿quién interviene?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie
Funcionalidad							

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores cuando la respuesta involucre a toda la familia, márkelas celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quien se le avisa...								
Quien	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro	Otro	no	No avisa

Funcionalidad			
16. Cuando alguien comete una falta, ¿quién y cómo castiga?			
Quien castiga	Castiga verbalmente	Corporalmente	instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga		Funcionalidad					
17. si acostumbra hacer promesas sobre permisos y castigos, ¿Quiénes las cumplen siempre?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad							
18. Cuando alguien se siente triste decaído o preocupado, ¿quién pide ayuda y a quién?							
Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	no No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad							
19. ¿Quién de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?							
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							
							Funcionalidad

Funcionalidad							
20. En esta familia, ¿Quién protege a quién?							
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							
							Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos con otros ¿Quién lo hace con quién?							
---	--	--	--	--	--	--	--

							Funcionalidad
31. En esta familia ¿Quiénes son los más alegres o los que más se divierten?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

							Funcionalidad
32. ¿Quiénes en esta familia estimulan las habilidades y aptitudes?							
Padre	madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

							Funcionalidad
--	--	--	--	--	--	--	---------------

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?							
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa

Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							
							Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quién?							
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa

Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							
							Funcionalidad

35. ¿Se han llegado agolpear en esta familia? ¿Quién con quién?							
	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	nadie

Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

					Muy frecuente	Frecuencia Algunas veces	Muy raro
							Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explora la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			
		Funcionalidad	

37. ¿Quién tiene o a tenido problemas de comportamiento en la escuela, en el trabajo con los demás?

	frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			
		Funcionalidad	

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policías, jefes, maestros, etc.) ¿Quién los ha tenido?

	frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			
		Funcionalidad	

39. ¿Quién ha presentado un problema emocional?

	frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			
		Funcionalidad	

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
		Funcionalidad	

Anexo 3.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 1
Consulta Externa
Test de Morisky Grenn43

En el siguiente recuento aparecen una serie de preguntas que pueden o no presentarse en relación a su tratamiento, señale su respuesta con una X.

Pregunta	Si	No
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Puntuación: _____

Resultado: _____

Anexo 4.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	EVALUACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México, Distrito Federal 2014.
Número de registro:	R-2014-3609-29.
Justificación y objetivo del estudio:	La finalidad de la presente investigación es analizar el grado de funcionalidad familiar en los diferentes estadios de la ERC, ya que esta situación pone a la familia en riesgo de una disfuncionalidad familiar si no afronta de manera adecuada el hecho de contar con un sujeto enfermo en su seno.
Procedimientos:	1. Se solicitará a cada paciente portador de Enfermedad Renal Crónica y algún familiar su aceptación a participar mediante la firma de la carta de consentimiento informado; 2. Se solicitarán datos generales, personales y clínicos; 3. Se solicitará que contesten la escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel y el Test de Morisky Green para valor el apego al tratamiento médico.
Posibles riesgos y molestias:	No se contemplan riesgos o molestias relacionadas con el llenado de los cuestionarios, excepto alguna molestia o inquietud personal ante alguna pregunta en particular.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificación de redes de apoyo y evaluación médico integral del individuo y su familia. Así como la oportunidad de recibir intervención psicoterapéutica en caso de presentar Disfunción Familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Con el investigador responsable se darán a conocer los resultados de las respuestas.
Participación o retiro:	En el momento en el que el paciente lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	Según los principios éticos y lineamientos de investigación en materia de salud.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
No autoriza que se tome la muestra.	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):
Beneficios al término del estudio:	Se enviarán con el especialista para una atención oportuna, quien lo amerite.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Socorro Fernández Ballesteros. Tel. trabajo: 11026470 ext. 21438. Celular: 5527288894 Correo: soco.f.b@hotmail.com . (entrevista, aplicación de encuestas y obtención de resultados)
Investigador Responsable:	Dra. Dulce María Rodríguez Vivas. Tel. trabajo: 11026470 ext. 21438 Celular: 5518117629 Correo: dulmarovi@gmail.com (dirección de tesis)
Colaboradores:	Dra. Juana Marlen Ruiz Batalla Tel. Trabajo: 11026470 ext.21438 Celular: 5517552978 Correo: maruba28@gmail.com (asesor metodológico)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



Perfil de funcionamiento familiar

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____
 Tiempo de formada: _____ Etapa de ciclo vital: _____
 Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: Adultos: _____
 Adolescentes: _____ niños: _____ Tipo de familia: _____

