

11226

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2NORESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.**

PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES INTEGRADOS AL
PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL: INTERMITENTE Y
AMBULATORIA”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**

P R E S E N T A

**DRA. ESTHER AZCARATE GARCIA
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.**

**ASESOR DE TESIS
DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94**

2004



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

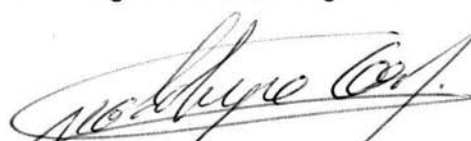
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AUTORIZACIONES:



Dra. Patricia Leonor Pérez Sánchez.
Coordinador Delegacional de investigación en Salud.



Dra. María Guadalupe Garfias Garnica.
Coordinador Delegacional de Educación en Salud.



Dra. Ana María Cortés Aguilera.
Director de la U.M.F. No. 94.



Dra. Patricia Ocampo Barrio.
Jefe de Educación e Investigación en Salud.
Asesor de Tesis.



Dra. Lidia Bautista Samperio.
Profesor Titular del Curso de Especialidad en Medicina
Familiar.

 UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 94
Clave Presupuestal
365595252110
☆ 27 SEP 2004 ☆
JEFATURA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD

AGRADECIMIENTOS.

Gracias a Dios por permitirme concluir una meta más el término de mi especialidad.

Gracias a mi esposo Uziel y a mis padres Olga y Gaspar por todo su amor y apoyo incondicionales durante toda mi carrera.

Gracias mis hermanos Daniel y David por todo su apoyo.

Gracias a la Dra. Paty Ocampo por todo su apoyo, Comprensión y enseñanza durante estos años.

Gracias a todos mis profesores clínicos por sus enseñanzas.

INDICE

<i>CONTENIDO</i>	<i>PAGINA</i>
Marco teórico.	1-9
Antecedentes científicos.	9-10
Planteamiento del problema.	11-12
Objetivos.	12
Diseño del estudio.	12
Variables.	12,13,14
Características del instrumento.	15
Universo de trabajo.	16
Determinación estadística del tamaño de la muestra.	16
Tipo de muestreo	16
Criterios de inclusión y no inclusión.	16
Procedimiento para integrar la muestra.	16
Análisis estadístico de la información.	17
Recursos del estudio.	17
Consideraciones éticas.	17
Resultados.	18,19
Análisis de resultados.	19
Conclusiones	19,20
Alternativas de solución	20
Cuadros y figuras.	21,22,23
Bibliografía.	24, 25
Anexos	26

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES INTEGRADOS AL PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL: INTERMITENTE Y AMBULATORIA.
Dra. Esther Azcarate Garcia. Dra. Patricia Ocampo Barrio

Introducción: los avances científicos en el campo de la medicina han condicionado que los padecimientos crónico-degenerativos paulatinamente hayan desplazado a las enfermedades infecciosas de los primeros sitios de las estadísticas de morbi-mortalidad. En la actualidad las complicaciones de la HAS y la DM se han constituido a nivel mundial en un problema de salud pública, tanto por su magnitud como por su trascendencia. Nuestro país no escapa a esta situación ya que los primeros motivos de mortalidad nacional son encabezados por las enfermedades isquémicas, accidentes vasculares e insuficiencia renal crónica. Entidades nosológicas que no solo demandan una inversión de recursos enorme para las instituciones médicas sino que presentan una repercusión social y familiar importante por los años de vida saludable perdidos. La tasa de mortalidad por IRC es de 10.9 por cada 100 mil derechohabientes, lo que la ubica en la posición número 10. En el IMSS se presenta un comportamiento similar al nacional es así como en la UMF No. 94 la IRC ocupa la segunda causa de muerte en el paciente diabético. El estado actual en el que se encuentra el proceso de salud-enfermedad exige una visión transdisciplinaria que permita visualizar los eventos desde un entorno más amplio, que permita a la vez una amplia variedad de abordajes terapéuticos. El IMSS interesado en la preservación e instauración de la salud de la población derechohabiente ha implementado una visión holística dentro de sus programas de atención médica. Por tal motivo desde el año de 1992 instituyó la diálisis peritoneal ambulatoria la cual consiste en que el paciente realice la diálisis en su domicilio con la ayuda de sus familiares propiciando con ello un ambiente familiar que proporcione ayuda y el apoyo emocional que el familiar enfermo necesita. Esta técnica ha venido a desplazar progresivamente a la diálisis peritoneal intermitente que ha diferencia de la anterior requiere que el paciente este hospitalizado, lo que a su vez limita el involucramiento y la ayuda familiar. Hasta el momento solo se ha evaluado este proceso terapéutico desde el punto de vista de esperanza de vida alcanzada, presencia o no de complicaciones, sin embargo no se han realizado estudios referentes a lo que sucede dentro de la dinámica y funcionamiento familiar.

Material y Métodos. Objetivo General: Evaluar el funcionamiento de los pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento sustitutivo en los programas de DPCA y DPCI

Diseño del estudio: Descriptivo, Trasversal, Prolectivo y Comparativo. Instrumento de funcionamiento familiar, el instrumento utilizado es la escala de funcionamiento familiar construido y validado en población mexicana por Espejel y colaboradores. Corresponde a una escala tipo Likert con rango para 4 opciones de respuesta, sus contenidos exploran nueve áreas del funcionamiento familiar: 1) Autoridad 2) Control 3) Supervisión 4) Afecto 5) Apoyo 6) Conducta disruptiva 7) Comunicación 8) Afecto y 9) Recursos. Para su calificación global se clasifica funcional con puntuaciones de 127 a 160 y disfuncional con puntuaciones de 88 a 126

Resultados: El estudio se realizó con 22 familias de pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria (11) y diálisis peritoneal intermitente (11). El 59% fueron hombres y el 41% mujeres, su distribución fue homogénea en ambos grupos. La edad promedio fue de 45.5 años

Conclusiones: Los grupos de DPCA y DPCI se integraron de manera homogénea en cuanto a sexo, edad, patología de base, años de evolución de la patología de base y años de evolución de la diálisis. El tipo de familia que predominó fue la de tipo nuclear. No existió diferencia estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar en el grupo de pacientes con DPCA y DPCI

Palabras clave: IRC, funcionamiento familiar

MARCO TEORICO.

El estudio de la familia inicia a comienzos de los años cincuenta cuando un grupo de investigadores de un hospital psiquiátrico fue atraído por una observación vinculada con el comportamiento de los esquizofrénicos, quienes hasta ese momento eran considerados como individuos "fuera de todo contacto con la realidad". Estos investigadores identificaron que cuando estos pacientes eran visitados por sus madres, en los días subsiguientes manifestaban una aguda perturbación en su conducta; quedaron fascinados con esta observación que confirmaba que lejos de estar "fuera de contacto", los pacientes estaban hondamente envueltos en una intrincada y perturbada pauta comunicacional con la madre. Con el tiempo los estudiosos en esta materia descubrieron que también tenía importancia las perturbaciones en la relación padre-hijo, ya que en estas familias muchos de los padres se mostraban distantes y apartados, permitiendo que imperará un excesivo involucramiento con la madre, con asombro se llegó a la conclusión que los esquizofrénicos "tenían padres también". (1)

El estudio de las relaciones familiares se vio favorecida con el desarrollo de la Teoría de la Cibernética (Norbert Wiener 1948), Teoría de la Información (Shannon y Weaver 1949), Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy 1962) y Teoría de la comunicación de Watzlavick. (2) La cibernética es una teoría basada en la transferencia de información entre un sistema y el medio circundante teniendo como resultado una constante retroalimentación, esta teoría se complementa con la teoría de la información la que señala que este proceso va más allá que la información y la retroalimentación, pues además regula la organización del sistema. La conjunción de ambas teorías dio pauta para el surgimiento de la teoría de la comunicación humana. De tal manera que la familia se puede considerar como un sistema cibernético que se autorregula y autodefine por medio del intrincado proceso de comunicación y retroalimentación. (2,3) Sin embargo no fue hasta la aparición de la Teoría General de los Sistemas, en que la ciencia moderna sufre un cambio importante, al ofrecer la posibilidad de integración de las diversas estructuras teorías y técnicas de todas las disciplinas científicas. Bertalanffy establece un modelo basado en establecer principios y leyes aplicables a los diversos sistemas sin importar su género, la naturaleza de sus elementos y sus relaciones. En consecuencia el físico, el biólogo, el psicólogo y el científico social que durante muchos siglos permanecieron por así decirlo encapsulados en sus universos privados, tuvieron la oportunidad de compartir y enriquecer sus conocimientos entre si. (4)

Con el sustento de estas teorías la familia puede ser considerada bajo las tres siguientes premisas:

1. La familia es un sistema en constante transformación a causa del proceso de continuidad y crecimiento por el pasan cada uno de sus miembros. Este doble proceso ocurre a través de dos funciones aparentemente contradictorias: tendencia homeostática y capacidad de transformación; estas funciones se encuentran reguladas por circuitos retroactivos que actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación orientado

hacia el mantenimiento de la homeostasis (retroalimentación negativa) o bien hacia el cambio (retroalimentación positiva).

2. La familia es un sistema activo que se autogobierna mediante reglas que se establecen y modifican a través del tiempo por medio del ensayo y error, esto es lo que permite a sus miembros conocer las pautas de interacción permitidas y no permitidas entre ellos.
3. La familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas tales como escuela, trabajo, barrio instituciones, etc. Esto significa que las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales. (4)

Es así como el tradicional concepto que definía a la familia como el "conjunto de individuos que conviven estrechamente bajo un mismo techo", fue sustituido por un concepto más moderno que define a la familia como una "totalidad de individuos que presentan una estructura y reglas de comportamiento propios". La vida en familia permite a sus integrantes asegurar su supervivencia y satisfacer sus necesidades de manera práctica, cómoda y económica; el vivir en comunidad ofrece la ventaja de poder distribuir las tareas que de realizarse de manera individual serían abrumadoras. (4)

Son necesidades biológicamente humanas que garantizan la conservación de la especie: la **sobrevivencia** y la **protección**. Sin embargo Horney y Sullivan señalan que el ser humano además de estas necesidades tiene otras necesidades que ellos denominan necesidades ambientales y sociales, dentro de las cuales ubican a la necesidad de **afecto** y **aprobación**, necesidad de **restringir la vida propia dentro de ciertos límites**, necesidad de un **compañero con quien compartir la vida**, necesidad de **poder**, necesidad de **prestigio**, necesidad de **logro y admiración** y necesidad de **autosuficiencia e independencia**.(5)

Es precisamente en la familia donde la mayor parte de estas necesidades son satisfechas, a través de las siguientes funciones:

1. Socialización: La familia se perfila como una institución ideológica del estado con la misma fuerza e importancia que pudiera tener la iglesia y el sistema escolar, ya que es el vínculo que enlaza al individuo con la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la sociedad, ya que en ella se deposita generalmente la responsabilidad de transmitir la cultura y valores a los nuevos miembros de una familia.
2. Cuidado: Está función significa para la vida familiar cubrir las necesidades de alimentación, vestido, seguridad, física, acceso a los sistemas de salud y educación para cada uno de sus miembros.
3. Afecto: Es la familia la instancia que con mayor abundancia proporciona afectos positivos (amor, animo, cariño etc.) y afectos negativos (enojo, rencor, odio, etc.).
4. Reproducción: Históricamente se ha considerado al matrimonio como una institución que controla legal y religiosamente el ambiente sexual y la reproducción.

5. Estatus y nivel socioeconómico: La familia determina la posición de sus miembros dentro de la estructura económica y cultural de la sociedad. (5,6)

La satisfacción de las necesidades específicamente humanas depende de la calidad del funcionamiento de la familia, de lo que resulta necesario que el Médico Familiar establezca un diagnóstico social que incluya el funcionamiento de la familia, para ello es necesario determinar: a) la integración de la familia, b) estructura de la familia y c) dinámica de la familia. (6)

El concepto **Integración de la Familia**, hace alusión a las diferentes sub-unidades o individuos que conviven bajo el mismo techo, la integración de la familia se ve influenciada de manera importante por las condiciones económicas y culturales de la sociedad, lo que la lleva a mantenerse unida o separada.

De acuerdo a sus integrantes la familia puede clasificarse como:

1. Familia nuclear o familia conyugal. Esta integrada por la presencia de padre-madre-hijos, en los Estados Unidos este tipo de familias representa al 37% de las familias. En nuestro país la diferencias culturales determinan de manera importante la integración de la familia, siendo más frecuente de encontrar este tipo de familia en la clase media y alta en un porcentaje aproximado del 50%, en tanto que en las clases más desfavorecidas el porcentaje disminuye a un 30%.
2. Familia uniparental. Esta integrada solo por uno de los padres y el hijo o los hijos.
3. Familia reconstruida. Se refiere a aquellas familias donde uno de los cónyuges mantuvo una relación estable con otra pareja de manera previa puede tener o no hijos de esa relación.
4. Familia de orientación o familia de origen. Corresponde a aquel núcleo familiar dentro del cual cada miembro de la pareja nació, esta constituido por los padres y los hermanos de ambos cónyuges.
5. Familia extensa o familia compuesta simple. Esta integrada por la presencia de padre-madre-hijos- cualquier otro pariente. En nuestro país es frecuente encontrar este tipo de familia, aunque se carece de estadísticas confiables en los centros de atención familiar llegan a representar alrededor del 28% de las familias. Esta condición esta dada por las características económicas del país que llevan cada vez más a la mujer al campo laboral y que para poder cumplir con las funciones familiares es necesario integrar al núcleo de una familia nuclear.
6. Familia extendida o familia compuesta, Esta integrada por la presencia de cualquier otro individuo que viva con la familia, sin tener lazos de sangre.(7)

El concepto **Estructura de la familia**, hace referencia a la forma en que se organiza el sistema familiar con base a la designación y adjudicación del poder, jerarquías, alianzas, límites, territorio y centralidad, entre los diversos elementos de la familia. De acuerdo a sus integrantes la familia puede clasificarse como:

1. Familia rígida, en este tipo de familia los adultos no permiten nuevas opciones, experimentan gran dificultad en los momentos en que los

cambios son necesarios, insisten en mantener los modelos anteriores de relación.

2. Familia flexible, por el contrario al punto anterior en este tipo de familia los adultos dan apertura a los cambios experimentando menor dificultad en ello.
3. Familia sobreprotectora, se observa alto grado de preocupación por brindar toda clase de protección y bienestar a sus miembros, al grado de hacer esfuerzos desproporcionados para darles todo.
4. Familia amalgamada, en estas familias el bienestar depende de que todas las actividades se hagan estando todos juntos, por lo que se impide cualquier intento de individualización, no hay respeto a la privacidad.
5. Familia evitadora de conflictos, en ésta se tiene baja tolerancia al conflicto, no se acepta la existencia de problemas, por lo tanto no hay enfrentamiento ni solución de los mismos.(8)

Finalmente el concepto **Dinámica de la familia**, es el conjunto de pautas transaccionales que establece la familia y que le permite conocer a cada uno de sus miembros de que manera relacionarse, cuándo y con quién, lo que está permitido y lo que no es permitido. Jackson clasifica a la familia de acuerdo a su dinámica de la siguiente manera:

- a) Familias estables satisfactorias, son aquellas cuya estructura e integración es constante y sus miembros manifiestan satisfacción por su parte de la familia.
- b) Familias inestables satisfactorias, son aquellas cuya estructura e integración pueden presentar variación, pero a pesar de ello sus miembros se sienten satisfechos.
- c) Familias inestables insatisfactorias, son aquellas familias que presentan una inestabilidad importante en su estructura e integración y sus miembros se manifiestan francamente insatisfechos.
- d) Familias estables insatisfactorias, son aquellas familias cuya estructura e integración es constante más sin embargo sus miembros no sienten cubiertas sus necesidades lo que los hace sentir insatisfechos. (9)

Finalmente podemos concluir que el *Funcionamiento familiar* es una condición que depende de la capacidad que tiene la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas de su desarrollo, así como las crisis a las que se enfrenta durante su ciclo de vida.

Con el propósito de evaluar el funcionamiento familiar, se han construido múltiples instrumentos, cada uno de ellos resultado de las diversas formas teóricas de abordar la familiar, entre los más utilizados podemos mencionar los siguientes:

- *Family Assessment Device (FAD)*: Es un instrumento diseñado por Epstein, proporciona información sobre el funcionamiento familiar con privilegio en la capacidad de la familia para identificar y solucionar problemas.
- *Family Adaptability and cohesion evaluation scales (FACES)*: A finales de los setentas Olson, y cols desarrollaron este modelo de evaluación familiar, el cual explora 3 dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación.

- *The Family Assessment Measure. (FAM)*: Este instrumento se desarrolló para proporcionar una definición operativa de 7 dimensiones básicas: adaptabilidad, cohesión, roles, integración familiar, límites y relación entre cónyuges e hijos. (10)
- *The Family Environment Scale (FES)*: Los autores de FES crearon este instrumento con el propósito de evaluar como un todo la funcionalidad familiar mediante un instrumento de autoaplicación, desafortunadamente carece de un sustento teórico bien definido y de las áreas de la familia que explora. (10)
- *The Family Apgar*: Este es uno de los instrumentos elaborados por el Médico familiar Smilkstein, quien construyó el instrumento con el propósito de realizar de manera fácil y rápida un tamizaje familiar, factible de realizar en el consultorio del médico. Este explora comunicación, afecto, liderazgo, satisfacción y aceptación. (11)
- *Escala de Funcionamiento Familiar*: Es un instrumento con enfoque sistémico construido por Espejel, que explora nueve áreas familiares: Autoridad, Control, Supervisión, Afecto, Apoyo, Conducta disruptiva, Comunicación, Afecto negativo y Recursos. Tiene como ventajas ser un instrumento construido específicamente para población mexicana. (12)

Las teorías anteriormente mencionadas no solo promovieron el desarrollo del estudio de la familia, de manera paralela también modificaron la visión unicausal y reduccionista que el hombre tenía del Universo. Específicamente en el campo de la medicina el proceso Salud-Enfermedad y los conceptos de Normalidad y Anormalidad experimentaron profundos cambios. Ya que los eventos patológicos dejaron de considerarse como condiciones determinadas de manera unicausal. Es así como pasaron a ser entendidos como un proceso relacional-sistémico donde pueden converger múltiples causas. Situación que contrasta decididamente con la habitual visión mecanicista casual de los fenómenos, que durante siglos ha dominado nuestra cultura influyendo sobre nuestras modalidades de pensamiento cotidiano. Afirmar que el comportamiento de un individuo es causa del comportamiento de otro individuo es un error epistemológico tal como lo es decir que un niño es "malo" en la escuela porque la familia no lo ha educado adecuadamente, el error está en presentar los problemas en términos diádicos de causa-efecto, cuando esta es una situación circular. (13)

De acuerdo a esta perspectiva parece bastante limitado el significado de muchas de las intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas, fundamentadas sobre el supuesto de que el objeto de la medicina es el individuo enfermo, separado y marginado de sus demás interacciones. Si se aceptan los supuestos antes mencionados, resulta clara la exigencia de dirigir la atención no a la persona sino a los sistemas relacionales en los que participa: es decir pasar de lo individual a lo colectivo, el interés se traslada de la explicación del comportamiento individual a la observación de las interacciones que ocurren entre los diversos miembros de la familia y con los otros sistemas que con quien interactúa. De ello resulta

compresible entender porque el síntoma o signo del enfermo crónico afecta no solo a sí mismo, sino que esta abarca a su núcleo familiar y al personal encargado del cuidado de su salud. (14)

La enfermedad crónica es por definición un padecimiento usualmente lento e irreversible que lleva progresivamente al deterioro y pérdida gradual de las capacidades del individuo. El término "enfermedad crónica" es muy amplio ya que incluye diversas entidades nosológicas tales como: Asma bronquial, Fibrosis Quística, Diabetes o Uremia, por mencionar solo algunas. Cada una de ellas tiene características específicas y diferentes estados de gravedad, así como diferente impacto sobre el enfermo, la familia y el equipo de salud. (15)

Desde que se diagnóstica una enfermedad crónica, la persona que la padece queda etiquetada como diferente como "enfermo", lo que lo lleva de manera inmediata a experimentar cambios internos sobre su auto imagen y su propia estima; de manera más tardía el individuo también experimenta cambios en las relaciones que establece con su familiares, con sus compañeros de trabajo y con su círculo de amigos. El enfermo crónico se diferencia del agudo en que se ve obligado a pasar una buena parte del tiempo en su casa, bajo el cuidado de familiares o personas especializadas, llegando incluso en ocasiones a depender por completo del cuidado de ellos. Ante esta circunstancia la evolución y el pronóstico de estos individuos depende del cuidado, apoyo familiar y calidad de atención del equipo de salud encargado de su tratamiento. (16)

En las enfermedades crónicas intervienen una serie de procesos que afectan por igual al individuo enfermo, en su totalidad psicofísica como a su entorno familiar. Sobrevienen cambios bruscos que generan crisis irreversibles a las que hay que responder de la mejor forma posible. Se producen modificaciones de hábitos fuertemente arraigados en el paciente y en la familia, sobre las expectativas y proyectos de vida individual y familiar, lo que genera inseguridad y temor respecto al futuro. Los enfermos crónicos no solo generan alto grado de responsabilidad y estrés a la familia, esta situación también se presenta en el trabajador de la salud encargado de la atención de este tipo de pacientes. (17)

Cuando en una familia existe un miembro con enfermedad crónica encontramos patrones comunes entre ellas y diferentes a las familias sin enfermo crónico, que permiten proponer una estructura característica que es posible sintetizar en los siguientes puntos:

1. El enfermo crónico toma un papel central dentro de la familia, con esto se quiere decir que las interacciones de la familia se realizan en entorno al enfermo. Como consecuencia se modifica la organización familiar, si el enfermo es alguno de los miembros del subsistema conyugal, generalmente un hijo abandona su rol dentro del subsistema fraterno, para hacerse cargo de las funciones abandonadas por el padre enfermo, lo que le permite emanciparse de las reglas y responsabilidades que anteriormente compartía con sus hermanos y adquirir una mayor jerarquía. Si el enfermo

es un hijo sucede de alguna manera una situación parecida, pues alguno de los padres se dedica casi por completo al cuidado del hijo enfermo en tanto que alguno de los hijos pasa a realizar las funciones del padre cuidador. Lo que hace que los límites se vuelvan permeables en este tipo de familias. (17)

2. El subsistema conyugal tiende a perder importancia frente al subsistema parental. Si existían problemas previos entre la pareja estos tienden a "olvidarse de estos conflictos" a fin de prestar ayuda al enfermo. En los casos de enfermedades genéticamente transmisibles la formación de coaliciones es particularmente relevante ya que se integran alrededor de la culpa casi siempre fantaseada por la transmisión de la enfermedad, que cada uno de los cónyuges y de las familias de origen intentan poner en el otro. (18)
3. Cuando el tratamiento es complicado y costoso generalmente el miembro de la familia que se ocupa del paciente tiende a estar sobrecargado de trabajo, llegando convertirse en periférico para el sistema familiar. Es decir disminuye notablemente sus interacciones con los otros miembros, la regresión y depresión tiende a presentarse en él, por lo que resulta importante sugerir la rotación de este rol parental auxiliar. (19)
4. Es frecuente que como consecuencia de la tensión que produce en el sistema familia la aparición de la enfermedad crónica así como los cambios adaptativos que este tiene que realizar aparezcan conductas disfuncionales en los otros miembros. (19)

El enfermo crónico necesita satisfacer además de sus necesidades básicas las necesidades que la propia enfermedad le genera, es por ello que el cuidado y el apoyo familiar es insustituible e invaluable para el control o desenlace de su enfermedad. La aparición de una enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical en el interior de la misma y también un cambio en su entorno. Dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posibilidad de pérdida o limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa en que esta se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia, así como de los requerimientos de los distintos tipos de enfermedades y sus repercusiones; no es lo mismo una incapacidad por en el área cognitiva (enfermedad de Alzheimer), que en el área sensoria (sordera o ceguera). (20)

Cuando la enfermedad se instala en forma progresiva, esta dispone de un mayor tiempo para ajustar su estructura, la distribución de funciones y roles. Algunas enfermedades conducen rápidamente a la muerte en tanto que en otras este desenlace es lento. Otro de los cambios en su entorno ocurre con la incorporación del médico tratante y del sistema hospitalario. Cuando se requieren largos o frecuentes periodos de hospitalización, es necesario cuidar y mantener la relación

entre el paciente y su familia mientras esta internado, así como su reintegración cada vez que regrese a casa. (20)

El avance en material científica y tecnológica ha condicionado un profundo cambio sobre el comportamiento de la Salud y la Enfermedad a nivel mundial. A inicios de los años cuarenta la esperanza de vida se picaba alrededor de los 40 años, en la actualidad esta es de 70 años, así mismo el advenimiento de nuevos antibióticos y la mejora en las condiciones de higiene ambiental ha condicionado que lentamente las enfermedades infecto-contagiosas hayan sido desplazadas de los primeros sitios de morbilidad, pasando a ocupar este sitio los padecimientos crónico-degenerativos y sus complicaciones.

En México esta situación es patente, las estadísticas nacionales colocan dentro de los primeros lugares de morbilidad y mortalidad a la Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), se calcula que por cada 100 mil habitantes el 11.27 y 15.9 respectivamente son portadores de estas patologías. La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una de las complicaciones naturales de ambas patologías, lo que explica el incremento tan alarmante de esta patología, que ha llegado a ser considerada como la pandemia del siglo XXI. (21)

En Estados Unidos en el año de 1972 se detectó que el 6% de la población sometida a diálisis era por Nefropatía Diabética para 1986 este porcentaje se incrementó a un 10% en 1993 el porcentaje varió de 12 a 36%. En un estudio de cohorte realizado en 1999 en el Hospital de especialidades del Centro Médico La Raza, se encontró que 56.2% de los pacientes dializados eran por causa de la Diabetes, en tanto que el 43.7% restante eran por diversas causas (HAS, Lupus, etc.) la sobrevivencia del paciente con diabetes fue de 44% a los 12 años, de 14.5% a los 24 meses y de 10.8% a los 36 meses; en no diabéticos fue de 77.5% en el primer año, de 65.1% para el segundo año y de 32.5% para el tercer año. (22)

Son criterios clínicos para ser incluido al manejo con diálisis aquel paciente que presenta un aclaramiento de creatinina inferior a 5-10ml/min. o con complicaciones agudas como: hiperpotasemia, acidosis metabólica, sobrecarga de volumen con edema agudo de pulmón o hipertensión arterial resistente. El manejo de la IRC en fase terminal requiere de tratamiento sustitutivo de la función renal esta condición se realiza a través de hemodiálisis y diálisis por vía peritoneal en dos diferentes modalidades (intermitente y ambulatoria). (21)

El programa de Diálisis peritoneal continua intermitente (DPCI) se caracteriza por realizar la diálisis en las instalaciones del hospital cada mes, teniendo como criterios de ingreso a este programa, además de la uremia grave la presencia de cualquiera de estas circunstancias: inestabilidad hemodinámica, problema psiquiátrico, uso de drogas, falta de apoyo familiar, hacinamiento y pobreza extrema. (21,22)

El programa de Diálisis peritoneal ambulatoria (DPCA) se caracteriza por realizar la diálisis en casa para ser incluido en este programa se necesita cumplir con las

condiciones siguientes: Depuración de creatinina < 10 ml/min, condiciones de vivienda adecuada como casa con paredes de ladrillo y techo de concreto pintados de blanco entorno y apoyo familiar adecuado, deseo de independencia del paciente, dificultad para trasladarse al hospital o discapacidad para la deambulaci3n.(21,22)

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

En el a3o de 1985 en el Hospital Infantil Federico G3mez un grupo de investigadores se dio a la tarea de estudiar el funcionamiento de familias con hijos portadores de s3ndrome ur3mico secundario a insuficiencia renal cr3nica; los resultados encontrados se3alan que solo el 20% de estas familias se refirieron sin problemas familiares previos al diagn3stico de enfermedad cr3nica, en tanto que el 80% refirieron haber tenido dificultades familiares antes del diagn3stico, el 38% de estas 3ltimas familias se3alaron que los problemas previos se agravaron con el diagn3stico de esta enfermedad, en tanto que en el 62% se3alaron la aparici3n de nuevos problemas con dicho diagn3stico. El 39% de los casos en que se presento muerte o deserci3n al tratamiento se relacionaron con problemas familiares graves. (23)

En el a3o 1986 un grupo de psic3logos y terapeutas familiares de esta misma instituci3n, considerando los resultados del trabajo antes mencionados, realizan un intervenci3n terap3utica durante 3 a3os con 34 de estas familias, la intervenci3n consisti3 en primera instancia en proporcionar capacitaci3n a la familia sobre el comportamiento cl3nico, pron3stico y de manejo de este padecimiento; en una segunda instancia se proporciono orientaci3n espec3fica y particularizada a cada familia, dirigida a modificar situaciones de riesgo detectadas en la estructura familiar, tales como la reintegraci3n del paciente al grupo de hermanos, fortalecimiento de la relaci3n marital y de las figuras paternas, repartici3n equitativa de la carga de trabajo as3 como en la elaboraci3n del duelo. Los resultados de este estudio se3alan que 11(32%) de las familias no presentaban problemas familiares previos al diagn3stico de la IRC, de las 11 seis se mantuvieron sin problemas a lo largo de los tres a3os. El resto 23 familias (68%) reportaron los siguientes problemas como previos al diagn3stico: alteraciones en el subsistema conyugal y del subsistema parental, coaliciones contra uno de los padres, fragmentaci3n del sistema familiar y conducta antisocial en alg3no de los hijos. El 17% de estas familias resolvieron el problema en forma adecuada a trav3s de la capacitaci3n, el 57% asisti3 a terapia y un 26% no acepto la terapia. (24)

En la ciudad de Plata Argentina en el a3o 1986 se realizo una investigaci3n donde se buscaba establecer la posible existencia de patrones caracter3sticos de interacci3n familiar con el comportamiento cl3nico de los pacientes post infartados. Se incluyeron en el estudio 10 casos, para la recolecci3n de los datos se utilizaron 3 instrumentos: ficha de pareja, grabaciones de las entrevistas con lista de cotejo y anotaciones sobre las observaciones directas. Los resultados se3alan que en los

pacientes con evolución desfavorable mantienen una gran dependencia respecto a sus parejas, se presentaba con mayor frecuencia una complementariedad asimétrica rígida de posición one down en el enfermo y una posición rígida one up en el cónyuge sano. Así mismo se detectaron conductas de riesgo en el enfermo como: aislamiento social, negación de conflictos familiares, exabruptos emocionales, sedentarismo y estrés. La estructura familia en este tipo de familias se describió con límites subsistémicos difusos, que contrastaba con la rígida frontera instaurada entre el sistema familiar y el exogrupo, así como disfunción en los subsistemas marital y parental sobre todo en la relación con los hijos adolescentes e incluso disfunción en el subsistema fraterno por lo tanto el 40% de las familias presento disfunción familiar a nivel de todos o algunos de los subsistemas. (25)

Existen otros estudios donde se ha tratado de relacionar la presencia de una enfermedad crónica con el funcionamiento de la familia, tal como lo señala Bellón que el año de 1985, realizó un estudio en familias con hijo asmático y donde encontró la presencia de disfunción en el subsistema conyugal y mal manejo de los duelos en este tipo de familias, esto es de 20 familias que se estudiaron 12 presentaron disfunción familiar. (16)

En 1991 Ginn trabajo con familias de niños con leucemia, en quienes encontró una disfunción familiar importante principalmente a nivel de la pareja, en un 15% de las familias estudiadas. (17)

Alvarado y colaboradores encontraron importante disfunción familiar en familias en donde el padre era homosexual, ellos reportan que la principal alteración se encuentra sobre la estructura y roles, el 35% de las familias estudiadas presentaron disfunción. (18)

El alcoholismo también se ha estudiado por provocar disfunción familiar, Gilleron en 1996 estudió 10 familias con un miembro alcohólico que fueron evaluados con el APGAR familiar encontrando una importante disfunción familiar en el 60%. (19)

En 1996 Delgado Sánchez realizó un estudio descriptivo y transversal de 8 familias en las cuales existían enfermedades crónicas como sordera, oligofrenia, demencia e hipertensión a las cuales se les aplicó APGAR para evaluar funcionamiento familiar valorando con > 6 como familia funcional y < 6 disfuncional y se detecto que los sujetos con una probabilidad incrementada de percibir disfunción familiar fueron las mujeres, se observo que de 50 familias estudiadas el 70 % de ellas presentaba disfunción familiar. (20)

Otro estudio realizado por Marcos Vila y colaboradores en el año 2000, sobre disfunción familiar como condición predisponente para padecer enfermedad mental es una muestra obtenida de manera aleatoria de la consulta psiquiátrica, a través del APGAR se determino que el 12.6% de las familias estudiadas presento una disfunción familiar grave. (20)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los avances científicos logrados en el campo de la medicina a finales del siglo XX han condicionado una transición epidemiológica sobre el perfil del proceso salud-enfermedad, es por ello que los padecimientos crónicos degenerativos paulatinamente han ido desplazado a las enfermedades infecciosas de los primeros sitios dentro de las estadísticas mundiales de morbi-mortalidad.

En la actualidad las complicaciones de la HAS y DM se han constituido en un problema serio de Salud Pública a nivel Mundial. Nuestro país no escapa a esta situación, ya que los primeros motivos de mortalidad nacional son encabezados por las enfermedades isquemias, accidentes vasculares cerebrales y la insuficiencia renal crónica. Entidades nosológicas que no solo demandan una inversión de recursos enorme para las instituciones médicas, sino que presentan una repercusión social y familiar importante, por los años de vida saludable que pierden los individuos.

La tasa de mortalidad por IRC en nuestro país es de 10.9 por cada 100 mil habitantes, lo que la ubica en la posición número 10 como causa de mortalidad. (26). En la UMF No. 94 la IRC ocupa la segunda causa de muerte en el paciente diabético. (27) En el HGZ 29 IMSS tiene un censo de 391 portadores de IRC de los cuales 361 cumplen con los criterios para ser incluidos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y solo 30 de estos pacientes cuentan con las condiciones necesarias para ser incluidos en el programa de diálisis peritoneal continua intermitente (DPCI). (27)

La concepción actual del proceso de salud-enfermedad exige una visión transdisciplinaria que permita la visualización de los fenómenos desde un entorno más amplio, que ofrece a la vez una amplia variedad de abordajes terapéuticos. El IMSS interesado en la preservación y restauración de la salud de su población derechohabiente ha implementado esta visión holística dentro de sus programas de atención médica.

Por tal motivo desde el año de 1992 se instituyó la diálisis peritoneal ambulatoria la cual consiste en que el paciente realice la diálisis en su casa con la ayuda de los familiares, propiciando con ello un ambiente familiar que propicie el apoyo emocional necesario para gozar de una vida más saludable y satisfactoria. Esta técnica ha venido a desplazar progresivamente a la diálisis peritoneal intermitente que ha diferencia de la anterior requiere que el paciente este hospitalizado, lo que a su vez limita el involucramiento y la ayuda familiar.

Hasta el momento solo se ha evaluado este proceso terapéutico desde el punto de vista de la esperanza de vida alcanzada, presencia o no de complicaciones, sin embargo no se han realizado estudios referentes a si la DPCA modifica positivamente el funcionamiento de la familia. Por tal motivo nace la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe diferencia entre el funcionamiento familiar de los pacientes con diagnóstico de IRC integrados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria en comparación con los pacientes integrados al programa de diálisis peritoneal continua intermitente?

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO.

Evaluar el funcionamiento familiar de los pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento sustitutivo en los programa de DPCA DPCI

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar el funcionamiento familiar de los pacientes con diagnóstico de IRC integrados al programa de DPCA.

Determinar el funcionamiento familiar de los pacientes con diagnóstico de IRC integrados al programa de DPCI.

Comparar el funcionamiento familiar entre el grupo de pacientes con diagnóstico de IRC sometidos a DPCA y DPCI.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Observacional, descriptivo y comparativo.

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.

- 1 Dependiente.- Funcionamiento familiar.
- 2 Independiente.- Diálisis peritoneal en la modalidad continua intermitente y continua ambulatoria.

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

1. Sexo
2. Edad.
3. Diagnóstico de base.
4. Años de evolución de la patología.
5. Tiempo de la evolución de la diálisis.
6. Integración de la familia.

Ver cuadro anexo

Def. Conceptual	Def. Operacional	Tipo de Variable	Escala medición	Categorización
<p>Funcionamiento familiar.- Hace referencia a la capacidad que exhibe el sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.</p>	<p>Funcionamiento familiar. Para fines del presente trabajo se determinará el funcionamiento familiar como la capacidad que muestra la familia del paciente con diagnóstico de IRC para enfrentar y superar cada una de las etapas y crisis por las que atraviesa en su ciclo vital, para ello se utilizará el instrumento de la Dra. Emma Espejel Aco.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funcional: de 128 a 160. • Disfuncional: de 88 a 127.
<p>Diálisis peritoneal.- Procedimiento médico quirúrgico que corrige el desequilibrio hidro-electrolítico así como la eliminación de toxinas, fármacos y otros productos de desecho normalmente secretados por el riñón, utilizando como membrana de difusión el peritoneo, esto puede ser: de 2 tipos diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y diálisis peritoneal continua intermitente(DPCI).</p>	<p>Diálisis Peritoneal.- Continua Ambulatoria (DPCA) es aquella en la cual el paciente es capacitado para dializarse en casa todos los días solo o con ayuda de un familiar.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DPCI • DPCA

Variables Universales.

Def. Conceptual	Def. Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización
Edad: Periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento a la actualidad y se expresa en años..	Años cumplidos expresados por el paciente en el instrumento	Cuantitativa	Catagórica	1. 30 a 40 años 2. 41 a 50 años 3. 51 a 60 años
Diagnóstico de base: Identificación de una enfermedad mediante evaluación científica, signos, síntomas e historia clínica.	Es la patología precursora de la IRC que condujo a la utilización de diálisis	Cualitativa	Nominal	1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión arterial. 3. Ambas. 4. Otras.
Años de evolución de la patología de base: Son los años desde que se estableció el diagnóstico hasta la actualidad.	Son los años que el paciente refiere haber padecido la enfermedad.	Cuantitativa	Catagórica	1. Menor a 10 años 2. 11-15 años 3. 16-20 años 4. 21 años o más
Tiempo de evolución de diálisis: Años en los cuales el paciente ha utilizado la diálisis como tratamiento alternativo.	Tiempo de realizarse tratamiento dialítico referido por el paciente.	Cuantitativa	Nominal	1. 1-5 años 2. 6 años ó más
Integración de la familia: Se refiere a los miembros de la familia que viven bajo el mismo techo.	Se realizará a través de la identificación de los miembros que viven con el paciente. Por medio del familiograma	Cualitativa	Catagórica	1 Nuclear 2. Uniparental 3. Reconstruida 4. Extensa 5. Extendida.

CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO.

El instrumento que se ha utilizar en esta investigación es la Escala de Funcionamiento Familiar, construido y validado en población mexicana por Espejel y colaboradores, obteniéndose una confiabilidad de 0.91. Este instrumento fue construido con base a una escala tipo Lickert con rango para 4 opciones de respuesta con un valor de 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional, de 2 y 3 cuando las respuestas son intermedias y 4 cuando es funcional, contiene un total de 40 ítems. Los indicadores que explora son 9 áreas: 1) Autoridad, 2) Control, 3) Supervisión, 4) Afecto, 5) Apoyo, 6) Conducta disruptiva, 7) Comunicación, 8) Afecto negativo y 9) Recurso.

Aunque este cuestionario se diseño para ser contestado por el grupo familiar, es susceptible de aplicarse en forma individual. Las ventajas de la aplicación individual representan ganancia de tiempo y disponibilidad, las desventajas son las limitaciones de la observación a través de las interacciones verbales y no verbales.(12)

Para obtener la calificación global se suman todos los puntos obtenidos y de acuerdo a esta puntuación se clasifica a la familia como funcional cuando el puntaje es de 127 a 160 puntos, y disfuncional de 88-127 puntos.

Indicadores	Reactivos que lo exploran							
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28
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
Afecto negativo	6	15	29	34				
Recurso	2	12	13	14	17	40		

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes con diagnóstico de IRC sometidos a diálisis peritoneal.

DETERMINACION ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA.

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó el programa EPI Info 6, considerando un universo de 391, con una prevalencia esperada de 20%, un peor esperado de 50% y un nivel de confiabilidad del 99%. El tamaño de la muestra es de 22, de los cuales 11 serán pacientes integrados al programa de DPCI y 11 del programa de DPCA.

TIPO DE MUESTREO.

Se realizó muestreo probabilístico por medio de la tabla de números aleatorios, eligiendo a 11 pacientes de cada grupo de diálisis. Para ello se solicitó a la enfermera encargada del grupo de diálisis libreta donde se tienen anotados al 100% de los pacientes integrados al programa.

CRITERIOS DE SELECCIÓN .

INCLUSIÓN.

- 1 Pacientes con diagnóstico de IRC integrados al grupo de diálisis peritoneal continua intermitente y al de diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- 2 Cualquier sexo.
- 3 Edad de 30 a 60 años.
- 4 Que sepan leer y escribir.
- 5 Que acepten participar en el estudio.
- 6 Que respondan el instrumento completo.
- 7 Que habite con su familia.

NO INCLUSION:

- 1 Pacientes que presenten daño ocular importante que impida la lectura del instrumento.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.

La muestra se integró de la libreta del programa de diálisis se tomó dirección y teléfono de los pacientes seleccionados al azar, por vía telefónica se solicitó autorización para visitarlos en sus domicilios, para el vaciado de la información se realizó en una hoja de recolección de datos (ver anexos)

Una vez que el investigador responsable acudió a sus casas, primeramente les explicó los objetivos del estudio y solicitó por escrito el consentimiento informado. Se solicitó que el paciente estuviera acompañado de un familiar en la medida de las posibilidades para que respondan el instrumento. Al término de la encuesta el investigador realizó familiograma.

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION.

Considerando que el diseño del estudio es descriptivo comparativo entre dos grupos mutuamente excluyentes y que las variables son cualitativas, la prueba estadística utilizada será la prueba no paramétrica de χ^2 para dos grupos independientes.

Hipótesis estadísticas:

Hi: El funcionamiento familiar de los pacientes con diagnóstico de IRC integrados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria es mayor que el funcionamiento familiar de los pacientes con diagnóstico de IRC integrados al programa de diálisis peritoneal continua intermitente.

Ho: El funcionamiento familiar de los pacientes con diagnóstico de IRC integrados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria es igual que el funcionamiento familiar de los pacientes con diagnóstico de IRC integrados al programa de diálisis peritoneal continua intermitente.

Decisión estadística: Se rechazará Hi si el valor obtenido de la prueba estadística es de una P Menor de 0.05.

Para determinar si existe diferencia entre los distintos indicadores de la variable dependiente se utilizará la prueba de Kruskal Wallis.

Para la presentación de las variables Universales se utilizará la estadística descriptiva: medias, porcentajes, cuadros y figuras.

RECURSOS DEL ESTUDIO.

1. Materiales: Hojas, lápices, fotocopias.
2. Tecnológicos: Escala de funcionamiento familiar, computadora, impresora, programas estadísticos, calculadora.
3. Económicos: No necesarios.
4. Físicos: Instalaciones propias del hogar de cada uno de los pacientes integrantes del estudio.
5. Humanos: Investigador principal, asesor, pacientes y sus familias.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º, así como en la Ley General de salud en sus artículos 2º y 7º, en el Reglamento de la Ley General de salud y en los acuerdos estipulados por la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud. En la Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Ginebra en 1992.

Se anexa hoja de consentimiento informado.

RESULTADOS.

El estudio se realizó en 22 familias de pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, en tratamiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (11 familias) y Diálisis Peritoneal Continua Intermittente (11 familias). El 59% de la muestra correspondió a pacientes del sexo masculino y el 41% a pacientes del sexo femenino, su distribución fue homogénea en ambos grupos.

El promedio general de edad de la muestra fue de 45.5 años, con un rango de 35 a 65 años. No se encontró diferencia estadística (p 0.6) entre ambos grupos en cuanto a la edad. (cuadro 1)

En cuanto al diagnóstico de base se encontró que el 64% de ellos eran portadores de DM e HAS, el 18% portadores exclusivamente de DM, el 9% portadores exclusivos de HAS y otras patologías en el 9%. El grupo de DPCA estuvo integrado en el 100% por pacientes portadores de ambas patologías, el grupo de DPCI se integro en un 36% por portadores de DM, el 27% por portadores de ambas patologías y el 18% por portadores exclusivos de HAS y otro 18% por otras patologías. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p 0.09) en cuanto a esta característica entre ambos grupos. (cuadro 2)

El 50% de la muestra refirió una evolución del padecimiento de base de los 11 a 15 años, el 27% una evolución mayor de 16 años y el 22% una evolución menor a 10 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p 0.1) en cuanto a su distribución en los dos grupos. (cuadro 3)

Los años de evolución del tratamiento con Diálisis en el 59% fue menor de 5 años y el 49% mayor de 6 años. No se encontraron diferencias estadísticas (p 0.6) en su distribución por grupo. (cuadro 4)

La integración de las familias en el 49% eran de tipo nuclear y extensas respectivamente para cada una de ellas, el 1% correspondieron a familias extendidas y en tanto que el 0.5% correspondió a familias uniparentales y reconstruidas respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticas (p 0.2) en cuanto a su distribución por grupo. (cuadro 5)

El funcionamiento familiar encontrada fue funcional en el 50% de las familias, en tanto que el 50% restante fue disfuncional. Su distribución por grupos mostró el mismo comportamiento obteniéndose una p no significativa de 0.3. (cuadro 6)

Para la comprobación estadística de diferencias en el nivel de funcionamiento familiar de acuerdo al tipo de Diálisis se realizó análisis inferencial con la prueba no paramétrica de Fisher obteniéndose una p de 0.315. Por lo tanto se acepta

hipótesis nula que dice que no existen diferencias en cuanto al funcionamiento familiar entre los grupos de DPCA y DPCI.

Para determinar diferencias entre los distintos indicadores del instrumento utilizado para identificar el funcionamiento familiar se realizó análisis estadístico mediante la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis, los resultados no muestran diferencias estadísticas entre ellos: a) Autoridad p de 0.403, b) Control de la conducta p de 0.94, c) Supervisión p de 0.204, d) Afecto p de 0.083, e) Apoyo p de 0.280, f) Conducta disruptiva p de 0.204 y g) Comunicación p de 0.094.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

La distribución por sexo, edad, años de evolución del padecimiento de base y de evolución de la diálisis, presentaron un comportamiento uniforme en ambos grupos. La literatura médica consultada reporta que la presentación de la Insuficiencia Renal Crónica no tiene tendencia de aparición por un determinado sexo o edad. (29) Su aparición parece más bien estar vinculada a los años de evolución del padecimiento de base. (30) En nuestro estudio encontramos que la evolución promedio de la DM e HAS de los pacientes bajo tratamiento de diálisis fue de los 11 a 15 años, datos similares a los encontrados en otros estudios. La supervivencia promedio reportada para los pacientes sometidos a diálisis peritoneal es de alrededor de los 9.5 años (31), en nuestro estudio la supervivencia encontrada fue de 7 años hasta el momento del estudio.

Parece ser que la forma de integración de la familia en nuestro medio continúa siendo predominantemente de tipo nuclear seguida de la familia de tipo extenso. (32) Característica ya conocida en nuestra cultura donde la cohesión y apoyo de la familia consanguínea continúa siendo un recurso importante para la sociedad.

En nuestras familias no identificamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al funcionamiento de las familias con miembro portador de IRC que es manejado con DPCA y DPCI. Esto quiere decir que existen factores diferentes que determinan el funcionamiento familiar de manera más importante que el tipo de diálisis. (33)

CONCLUSIONES.

- Los grupos de DPCA y DPCI se integraron de manera homogénea.
- El promedio de edad de los pacientes en diálisis peritoneal es de 45.5 años.
- Las patologías de base para la presentación de IRC fueron la DM y HAS.
- La tipología familiar característica de nuestros grupos de estudio fue la de tipo nuclear.
- Los años de evolución de las patologías de base es de 11 a 15 años.
- La supervivencia encontrada posterior a la diálisis es en promedio de 7 años.

- No existió diferencia estadísticamente significativa en cuanto al Funcionamiento Familiar en el grupo de pacientes con DPCA y DPCI.
- El 50% de las familias estudiadas presentaron Disfunción sobre

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

- Dar mayor atención y apoyo a las familias con enfermo crónico.
- El médico Familiar debe evaluar el funcionamiento familiar en los pacientes en ambas modalidades de diálisis para identificar la problemática de la familia y en caso de disfunción poder derivarlos con el especialista.

CONCLUSION FINAL.

- Se deben desarrollar nuevas investigaciones sobre el funcionamiento familiar en familias con enfermo crónico.

ANEXOS.

Cuadros y figuras.

Cuadro 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a edad, tipo de diálisis y sexo.

Edad	DPCA	DPCI	Total
30-40	0	2	2
41-50	7	5	12
51-60	4	4	8

Fuente: Instrumento aplicado.

P de 0.6

Distribución de los pacientes de acuerdo a edad, tipo de diálisis y sexo.

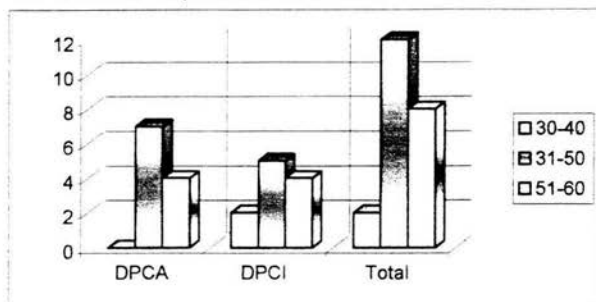


Figura 1.

Fuente: instrumento aplicado.

P de 0.6.

Cuadro 2. Diagnostico de base en ambos grupos.

Diagnostico	DPCA	DPCI
DM y HAS	11	4
DM		4
HAS		2
Otras		1

Fuente : Instrumento aplicado.

P de 0.09

Diagnostico de base en ambos grupos.

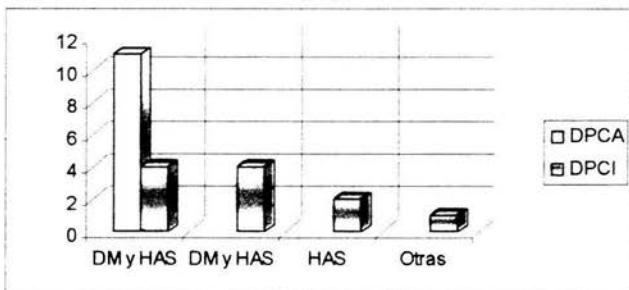


Figura 2 Fuente: Instrumento aplicado.

Cuadro 3. Años de evolución de las patologías de base.

T. de evolución	DPCA	DPCI
Menos de 10 a.	4	1
11 a 15 a.	5	6
16-20	2	4

Fuente: Instrumento aplicado.

P de 0.1

Años de evolución de las patologías de base.

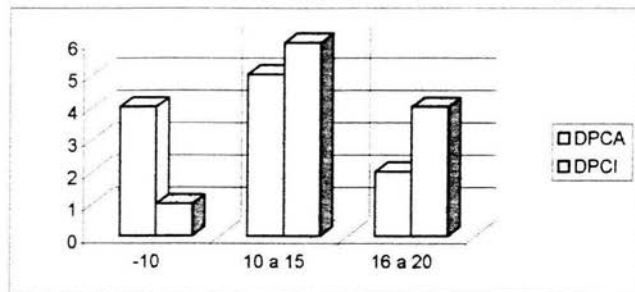


Figura 3

Fuente: Instrumento aplicado.

P de 0.1

Cuadro 4. Años de evolución de la diálisis

Evol. diálisis	DPCA	DPCI
0-5 años	6	7
6 o más años.	5	4

Fuente: Instrumento aplicado.

P de 0.6

Años de evolución de la diálisis.

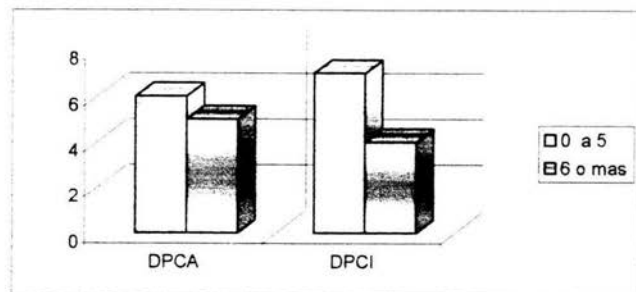


Figura 4.

Fuente: Instrumento aplicado.

P de 0.6

Cuadro 5. Integración familiar.

Integración familiar	DPCA	DPCI
Nuclear	4	5
Extensa	5	4
Uniparental	0	1
Reconstituida.	0	1
extendida	2	

Fuente: Instrumento aplicado
P de 0.2

Integración familiar.

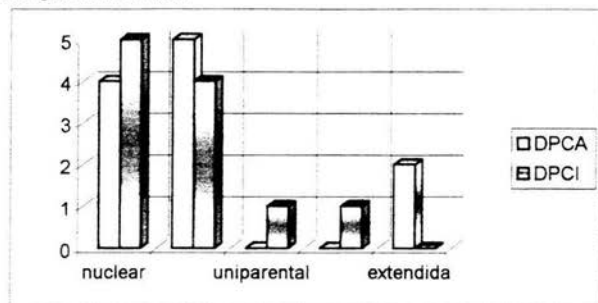


Figura 5.

Fuente: Instrumento aplicado
P de 0.2

Cuadro 6. Funcionamiento familiar.

Funcionamiento familiar	DPCA	DPCI
Funcional	7	4
Disfuncional	4	7

Fuente: Instrumento aplicado.
P de 0.3

Funcionamiento familiar.

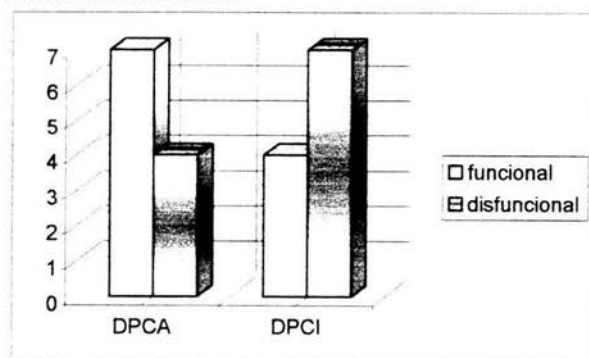


Figura 6.

Fuente: Instrumento aplicado.
P de 0.3

BIBLIOGRAFIA.

1. Napier A. El Crisol de la familia. Buenos Aires: Amorrortu, 1982: 18-26.
2. Andolfi M. Terapia familiar. México: Paidós, 1990: 12-22.
3. Andolfi M. Detrás de la máscara familiar. México: Paidós, 1991: 20-27.
4. Goldman M. Introducción a la Psiquiatría. 3era ed. México: Manual Moderno, 1999: 234-236.
5. Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de la medicina Familiar .México: Medicina Familiar Mexicana, 2002 :4-11.
6. Shires D. Manual de Medicina Familiar.Estados unidos de América: Mc Graw Hill, 1983: 17-22.
7. Friedman.M. Family Nursin. 3era ed.Nueva York: Paidós,1990:26-35.
8. Carter.C. Terapia familiar estructural.México: Amorrortu, 1997: 19-30.
9. Robles T. La familia del enfermo crónico. México: Nuevomar, 1987: 75-7.
10. De la Revilla M. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona España: Doyma 1999: 18-25.
11. Rosemary Eustace Jenkins. El enfermo crónico y su familia. México:Nuevomar, 1987: 129-130 75-77.
12. Espejel E. Manual para la escala de funcionamiento familiar.México:UAT, 1997 :49-59.
13. Rubli D. A modo de introducción. 2a ed. México: Omega, 1985: 16-19.
14. Smilkenstein G. The Family Apgar test. J.Fam Pract 1978; 6: 144-154.
15. De la Revilla M. Valoración de la disfunción familiar. Atención primaria 1992; 10 :582-583.
16. Bellon. JA. Disfunción familiar y asma. Atención primaria. 1985; 18 :18-22.
17. Ginn M. Familia con disfunción familiar. Atención primaria. 1997; 19:12-16.
18. Alvarado G. La disfunción familiar a nivel conyugal. Atención primaria, 1997; 32: 26-30.

19. Gilleron M. El paciente alcohólico y su familia. Atención primaria. 1996;18:289-296.
20. Marcas V. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. Atención primaria. 2000; 26: 53-56.
21. Avendaño L. Nefrología Clínica. 3era Ed. México: Panamericana, 1998: 634-637
22. Morales J. Diálisis peritoneal ambulatoria. Características epidemiológicas. Rev. Med IMSS 1999; 17:289-296
23. Blum B. "Repercusiones psicológicas en la rehabilitación del niño urémico", Ponencia en la XXX reunión anual del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas. Acapulco Guerrero México 1992.
24. Blum B, Gustavo G, Marie L, Teresa R y RoseMary Eustace. "La relación médico paciente en un servicio de niños urémicos socialmente marginados". Bol Med Hosp. Infant, Mex. 1983; 40: 94-102.
25. Alonso H. La pareja y la familia de pacientes con infarto de miocardio. Tesis de doctorado, Facultad de Humanidades. Río de la Plata. Argentina 1995.
26. Inegi. Índice de morbilidad por enfermedades 2003.
27. Arimac. Umf 94 IMSS 2003.
28. Arimac HGZ 29 IMSS. 2003.
29. Harrison S. Principios de Medicina Interna. 14ª. México Mc. Graw. Hill 2000. 2359-2360.
30. Bermann M. Cardiovascular and diabetes disease. Diabetes care. 2001; 24 (4) 392-394.
31. Nathan DM. Management of dialysis. N. Eng. Med. 2002; 347 (17) 1342-1349.
32. Montero Segura H. Funcionalidad familiar y su relación como coadyuvante en el desarrollo de falla de medro psicosocial. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. 2001.
33. Martínez Tellez M. Influencia del ambiente familiar sobre la autoestima del adolescente. Tesis Universidad Nacional Autónoma de México. D.F. 2004.

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

México DF, a ____ de _____ del 2003.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación.

Titulado. " Funcionamiento familiar en pacientes integrados al programa de diálisis peritoneal ambulatoria r intermitente".

El objeto de estudio es: Determinar si existe disfunción familiar en pacientes con IRC con diálisis peritoneal en el programa de DPCA en comparación con los del programa DPCI.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en : Contestar el instrumento de funcionamiento familiar.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre el contenido del instrumento que se me aplicara y entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que lo datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR.

_____ TESTIGO

_____ TESTIGO

Escala de Funcionamiento Familiar

Con los resultados anteriores contamos ya con un instrumento cuya confiabilidad es de .91 y que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las disfuncionales.

I Consideraciones para la administración de la escala

El tomar en cuenta la observación, sensibilidad, empatía, habilidad del entrevistador más el conocimiento que tenga del instrumento en sí, son muy importantes para obtener resultados precisos en la evaluación familiar.

El entrevistador, al momento de aplicar el instrumento, debe ubicar el contexto familiar tomando en cuenta las circunstancias variables de cada familia, como son la estructura, la clase socioeconómica, el ciclo vital, la cultura y la historia.

Es necesario que el entrevistador tenga conocimientos suficientes de los conceptos teóricos y técnicos que fundamentan la estructura del instrumento.

Aunque este cuestionario se ha diseñado para ser contestado por el grupo familiar, es susceptible de aplicarse en forma individual (percepción individual de la familia), dependiendo de los objetivos de la investigación.

Las ventajas de la aplicación individual representan ganancia de tiempo y disponibilidad, las desventajas son las limitaciones de la observación a través de las interacciones verbales y no verbales.

En cuanto al grupo familiar, es conveniente en primer lugar identificar quiénes son los que están presentes, a qué subsistema pertenecen y qué vínculos existen. Esta información permite elaborar el famiograma y decir qué miembros de la familia participan en la entrevista de aplicación.

Uno de los aspectos más importantes en la administración del cuestionario es el rapport (clima empático) entre el aplicador y los entrevistados, ya que de ello dependerá la confianza y la apertura que los entrevistados tengan con las respuestas.

Este instrumento es una entrevista abierta y dirigida; de las respuestas que aportan los entrevistados, el entrevistador determina el rubro o rubros a marcar en él o los casilleros correspondientes, estando alerta para hacer las preguntas pertinentes a fin de lograr seguridad en el casillero que va a marcar.

Antes de iniciar con la pregunta número 1, es necesario que el entrevistador instruya con claridad a los participantes de la manera en que va a

registrar la respuesta. Esto implícitamente sugiere que a cada pregunta hecha por el examinador se tendrá muy en cuenta la interacción y el diálogo que genere en los entrevistados. En caso de desacuerdo, se tendrá en cuenta la jerarquía funcional para tabular la respuesta.

Es importante también señalar el tiempo aproximado que se lleva la aplicación del instrumento que puede ser de 30 a 60 minutos. Cuando las familias han contestado el cuestionario, se llenan los datos socioeconómicos; creemos que con mayor veracidad que si se indagaran al principio.

II Instructivo para la aplicación de la escala de funcionamiento familiar

1. Llene los datos de la carátula o complémtelos con preguntas directas. (se puede hacer al principio o al final de la entrevista).
2. Represente el famioliograma. (Trate de obtener datos de tres generaciones).
3. Explique que va a proceder a hacer unas preguntas sobre la familia.
4. Enfátice a los miembros de la familia que traten de ponerse de acuerdo para responder.
5. Marque (el entrevistador) la o las posibilidades de respuesta que crea convenientes de acuerdo a la verbalización y a la observación de la puntuación e interacción de la misma.

6. Si la escala es aplicada por dos entrevistadores es necesario que estos se pongan previamente de acuerdo de como van a hacerlo. Hay cuatro posibilidades:

- a) Que uno haga las preguntas y marque las respuestas, mientras el otro anota las observaciones interaccionales.
- b) Que alternen los roles haciendo uno las preguntas de números nones y el otro de números pares.
- c) Que las primeras 20 preguntas las haga uno y las siguientes las realice el otro.
- d) Que un entrevistador aplique todo a una familia y el otro observe y en la siguiente familia se alternen los roles.

III Descripción de la escala de funcionamiento familiar

La escala de funcionamiento familiar es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 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 Patología*. Contiene también un famioliograma y datos sociodemográficos, económicos, de la vivienda y espacio para observaciones.

Cada una de las áreas incluye de 3 a 5 preguntas (vease V Distribución). A continuación definimos cada uno de los términos:

familiograma: es la representación gráfica de la familia que nos proporciona datos intergeneracionales de los dos subsistemas padres e hijos, como la edad, el sexo, su ocupación, escolaridad, etc., así como la detección del paciente identificado cuando éste existe.

I. Territorio: 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 se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.

II. Roles: son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

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 (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

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 los miembros de la misma gene-

ración, la de los esposos y la de los hermanos.

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 los demás.

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.

VIII. Afectos: las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

IX. Psicopatología: se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

IV Definición de términos

1. Dinámica familiar

Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia.

2. Familia

Un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve.



3. Estructura familiar

La forma en que se organiza el sistema de acuerdo a las jerarquías, alianzas, límites, territorio y geografía.

4. Funcionalidad familiar

La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Familia primaria nuclear: familia integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.

Familia primaria semiextensa: es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.

Familia primaria extensa: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal.

Familia reestructurada familiar: es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.

Familia reestructurada semiextensa: es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.

Familia reestructurada extensa: es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de él o de ella.

Familia uniparental nuclear: una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.

Familia uniparental semiextensa: una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen.

Familia uniparental extensa: una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos que vive con su familia de origen.

Cada uno de los reactivos representa preguntas paradigmáticas, es decir, circulares e interaccionales cuya significación está en relación con el contexto y de acuerdo a la puntuación de un orden secuencial en la descripción del proceso.

Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir a diadas o triángulos dentro de los subsistemas, o bien pueden englobar a toda la familia o producir polaridades; un polo cobra realidad en la medida en que difiere del otro; tales posibilidades son el resultado de la estructura de los reactivos en los que subyace la exploración de la diferencias entre los distintos miembros y subsistemas familiares.

V Distribución de ítemes de acuerdo a las áreas que exploran

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Centralidad | 20. Alianzas |
| 2. Roles | 21. Comunicación |
| 3. Jerarquía | 22. Comunicación |
| 4. Centralidad | 23. Comunicación |
| 5. Centralidad | 29. Comunicación |
| 6. Límites | 25. Modos de control de conducta |
| 7. Límites | 26. Roles |
| 8. Modos de control de conducta | 27. Jerarquía |
| 9. Límites | 28. Roles |
| 10. Alianzas | 29. Jerarquía |
| 11. Jerarquía | 30. Jerarquía |
| 12. Roles | 31. Afectos |
| 13. Roles | 32. Afectos |
| 14. Jerarquía | 33. Afectos |
| 15. Jerarquía | 34. Afectos |
| 16. Modos de control de conducta | 35. Afectos |
| 17. Modos de control de conducta | 36. Psicopatología |
| 18. Afectos | 37. Psicopatología |
| 19. Alianzas | 38. Psicopatología |
| | 39. Psicopatología |
| | 40. Psicopatología |



Roles	2, 12, 13, 26, 28
Jerarquía	3, 11, 14, 15, 27, 29, 30
Centralidad	1, 4, 5
límites	6, 7, 9, 10*
Modos de control de conducta	8, 16, 17, 25
Alianzas	19, 20, 18
Afectos	31, 32, 33, 34, 35
Comunicación	21, 22, 23, 24,
Psicopatología	36, 37, 38, 39, 40

Sugerencias. Numerar posición de los hijos

* En el sub-fraterno tiene función de la alianza

VI Criterios de calificación

El instrumento está diseñado para ser calificados en forma paralela a la aplicación, siempre y cuando el entrevistador haya adquirido la habilidad para calificar, la práctica y el conocimiento a través de la aplicación continua del instrumento.

Los criterios de calificación incluyen tres aspectos muy importantes

La etapa del ciclo vital por la que cursa la familia

La clase socioeconómica y cultural

La estructura de la familia

VII Características de la escala de calificación

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 con intermedias. Esta asignación se hace a juicio de la persona que evalúa, considerando en cada caso el ciclo vital de la familia, el nivel cultural y socioeconómico de la misma, la tipología familiar y a los criterios que a continuación se presentan:

Ejemplo:

ITEM 20 en esta familia, ¿quién protege a quién?

- Califique
- 4 Todos se protegen o cuando la protección proviene de un subsistema superior o dentro del mismo.
 - 3 Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por un familiar o no familiar.
 - 2 Cuando existe sobreprotección de cualquiera de los miembros.
 - 1 Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico.

Nota: Cualquier pregunta que no sea posible de contestar porque "no es el caso" se calificará con 4. Ejemplo: acostumbra hacer promesas no.

VIII Criterios de calificación para la Escala de Funcionamiento Familiar

Código de calificación:

1. Disfuncionalidad
2. Poco funcional
3. Medianamente funcional
4. Funcional

1 Territorio o centralidad _____

- Califique 4 Si contestan ambos o todos.
- 3 Cuando la respuesta es un sólo padre o subsistema hijos cuando son adultos.
- 2 Cualquier otro miembro que no sea el padre o la madre.
- 1 Cuando la respuesta es nadie o un hijo pequeño.

2 Roles _____

- Califique 4 Ambos o uno de ellos cuando el otro trabaja o cualquier otra persona cuando los dos trabajan.
- 3 Cuando los dos trabajan y además uno sólo organiza; cuando uno de los hijos se encarga.
- 2 Todos y otra persona, cuando uno de los padres no trabaja.
- 1 Nadie o hijos pequeños cuando están él o los padres.

3 Jerarquía _____

- Califique 4 Todos o ambos.
- 3 Un sólo miembro de la familia

que pertenezca a otro subsistema no parental.

- 2 Si es otro familiar.
- 1 Otro no familiar o nadie.



4 Centralidad _____

- Califique 4 Todos, ambos padres.
- 3 Uno de los padres o de los hijos en forma alterna.
- 2 Otro familiar, o la misma persona en forma rígida.
- 1 Nadie, otro no familiar.

5 Centralidad _____

- Califique 4 Todos, nadie o el subsistema parental.
- 3 Un sólo padre más alguien de otro subsistema.
- 2 Uno o varios de los hijos, otro familiar.
- 1 Si son los hijos.

6 Límites _____

- Califique 4 Nadie.
- 3 Otro no familiar
(depende de quién).
- 2 Otro familiar.
- 1 Todos, cualquier otro.

7 Límites _____

- Califique 4 Ambos padres.
- 3 Uno de los padres.
- 2 Otros hermanos, otro familiar.
- 1 Otro familiar o no familiar (cuando existen los padres) nadie, todos.

8 Modos de control de conducta _____

- Califique 4 Ambos.
- 3 Uno de los padres u otro familiar o no cuando hay ausencia de padres.
- 2 Otro familiar o no cuando existen los padres o bien los hermanos.
- 1 Todos y nadie.

9 Límites _____

- Califique 4 Todos, nadie, de acuerdo al ciclo vital.
- 3 Cuando todos respetan, excepto uno del sistema parental (según circunstancias).
- 2 Cuando sólo una de las personas respeta.
- 1 Nadie o no existen horarios (según circunstancias).

10 Alianzas _____

- Califique 4 No ha ocurrido.
El padre (el otro padre)
- 3 Otra persona apoyando en ausencia del otro padre.
- 2 Todos o cualquiera que se oponga.
- 1 Nadie

11 Jerarquía y comunicación _____

- Califique 4 Avisan, padre a madre, o madre a padre hijos (as) a padre o madre.
- 3 Dependiendo del acuerdo previo.

- 2 A veces, dependiendo del acuerdo previo.
- 1 No avisan.

12 Roles _____

- Califique
- 4 Padre o padres que trabajan y participan.
 - 3 Hijos que trabajan y participan a criterio del contexto.
 - 2 Otros familiares o hijos que trabajan y costean sus estudios o gastos personales.
 - 1 Cuando trabajan y no participan sin una razón justificada.

13 Roles _____

- Califique
- 4 Cualquiera que sustituya y sea adecuado dentro del mismo subsistema.
 - 3 Sustituye a la persona adecuada aunque sea de otro subsistema o instancia
 - 2 Es sustituido pero no por la persona adecuada, sustituye aunque no afectivamente.
 - 1 No se sustituye.

14 Jerarquía _____

- Califique
- 4 Sistema ejecutivo o todos cuando están en edad.
 - 3 Cuando decide uno de los hijos en ausencia de los padres.
 - 2 Cuando decide uno de los hijos en presencia de los padres.
 - 1 Cuando deciden los hijos o uno de ellos y otro familiar.

15 Jerarquía _____

- Califique
- 4 Si se avisa a la persona adecuada.
 - 3 Se avisa a otra persona en ausencia de la persona adecuada.
 - 2 Avisa, pero no a la persona adecuada.
 - 1 No avisa

16 Modo de control de conducta _____

- Califique
- 4 Ambos padres o uno sólo dependiendo del ciclo vital del contexto y del tipo de castigo.
 - 3 Un sólo padre o un hijo en ausencia de los padres y depen-



diendo del contexto de la edad y del tipo de castigo.

2 Cuando en presencia de los padres castigan a los hijos.

1 No se castiga o castiga otro familiar, o no familiar.

17 Modos de control de conducta _____

Califique 4 Cualquier subsistema o persona que cumpla o cuando no se utiliza la promesa porque no es necesario.

3 Cuando a veces cumplen y a veces no dependiendo de la índole de la promesa.

2 Cuando uno de los padres cumple y el otro no.

1 Cuando consistentemente dejan de cumplir los padres o los hijos.

18 Afectos _____

Califique 4 Cualquier respuesta dentro del mismo subsistema o del subsistema ejecutivo cuando lo hay.

3 Cuando la pide al subsistema jerárquicamente inmediato superior.

2 Cuando teniendo familia pide ayuda externa (según la circunstancia del problema).

1 Nadie.

19 Alianza _____

Califique 4 Cuando hay alternancia de salidas juntos y por subsistemas.

3 Siempre o casi siempre salen por subsistema.

2 Rara vez salen todos juntos o por subsistema.

1 Nunca salen o siempre salen todos juntos.

20 Alianzas _____

Califique 4 Todos o cuando la protección proviene del subsistema superior o dentro del mismo.

3 Cuando sólo uno de los padres protege y el otro es sustituido por familiar o no familiar.

2 Cuando hay sobreprotección de cualquiera de los miembros.

1 Nadie u otro familiar o no, en presencia de padre no clínico.

21 Comunicación _____

- Califique
- 4 Cuando la comunicación cubre a todos los subsistemas en diferentes ámbitos y momentos.
 - 3 Cuando sólo se da dentro de cada subsistema o en diferentes excluyendo a uno o varios.
 - 2 Cuando se comunican con otros familiares o no familiares o no se comunican los miembros de un subsistema.
 - 1 Cuando no se comunican.

22 Comunicación _____

- Califique
- 4 Todos.
 - 3 Sólo un subsistema.
 - 2 Los subsistemas con exclusión de miembros, con otros familiares o no familiares.
 - 1 Nadie.

23 Comunicación _____

- Califique
- 4 Todos.
 - 3 Un subsistema o un miembro del subsistema con otro o entre sí.

- 2 Otro familiar o no familiar y cuando dos subsistemas al comunicar con exclusión de algunos.
- 1 Nadie.

24 Comunicación _____

- Califique
- 4 Cuando un subsistema lo comunica a otro.
 - 3 Cuando los acuerdos son parciales.
 - 2 Cuando es necesaria la intervención de un familiar o no familiar para comunicar el acuerdo.
 - 1 Cuando la decisión no se comunica o es tomada por un sólo miembro o no hay acuerdos.

25 Modos de control de conducta _____

- Califique
- 4 Cuando el subsistema parental interviene o por lo menos uno.
 - 3 Cuando interviene un sustituto parental.
 - 2 Cuando varios subsistemas intervienen.
 - 1 Nadie, según la edad.



26 Roles _____

Califique 4 Subsistema parental o por lo menos uno.

3 Cuando en ausencia de los padres interviene un sustituto parental.

2 Cuando habiendo padres, es otro subsistema el que se responsabiliza.

1 Todos y nadie (dependiendo de la edad).

27 Jerarquía _____

Califique 4 Los padres.

3 Uno sólo de los padres.

2 Otro familiares y no familiares en ausencia de los padres o los hijos.

1 Nadie.

28 Roles _____

Califique 4 Subsistema padres o un padre con un hijo.

3 Siempre sólo uno de los padres.

2 Los hijos u otro familiar.

1 Nadie.

29 Jerarquía _____

Califique 4 Subsistema parental.

3 Sólo uno de los padres o todos.

2 Otro familiar, los hijos (según el caso).

1 Nadie.

30 Jerarquía _____

Califique 4 Los padres, todos o una institución.

3 Sólo uno de los padres.

2 Los hijos u otro familiar.

1 Otro no familiar, no hubo acuerdo.

31 Afectos _____

Califique 4 Todos.

3 Casi todos.

2 Cuando sólo uno o un subsistema se divierte.

1 Nadie.



32 *Afectos* _____

- Califique 4 Los padres o todos.
- 3 Uno de los padres.
- 2 Los hijos u otros familiares o no familiares.
- 1 Nadie.

33 *Afectos* _____

- Califique 4 Todos (cualquier subsistema).
- 3 Cuando sólo se da dentro del subsistema.
- 2 Cuando se excluye a uno de los miembros.
- 1 Nadie o sólo con otros familiares o no familiares.

34 *Afectos* _____

- Califique 4 Cualquiera de los subsistemas a veces hablándolo.
- 3 A veces cualquiera de los subsistemas o un subsistema con otro y con poca comunicación.
- 2 Frecuentemente cualquiera de los subsistemas y sin comunicación.

- 1 Muy frecuentemente se enojan y se dejan de hablar.

35 *Patología* _____

- Califique 4 Nadie o a nivel de juego, los niños.
- 3 Los padres a los hijos (dependiendo del ciclo vital).
- 2 Los hijos entre sí, dependiendo de la edad y el tipo de golpes.
- 1 El subsistema hijos a los padres, los padres entre sí, otros familiares o no familiares.

36 *Patología* _____

- Califique 4 Nadie.
- 3 Cuando alguien lo hace rara vez y en forma social.
- 2 Cuando lo hace frecuentemente alguien o algunos, social y no socialmente.
- 1 Cuando uno o varios lo hacen como adicción.

37 *Patología* _____

- Califique 4 Nadie.



- 3 Alguien dentro del subsistema hijos.
- 2 Alguien del subsistema parental.
- 1 Todos frecuentemente.

38 Patología _____

Califique 4 Nadie o nunca.

- 3 Alguna vez alguien.
- 2 Frecuentemente alguien del subsistema hijos.
- 1 Muy frecuentemente cualquier subsistema.

39 Patología _____

Califique 4 Nadie.

- 3 Alguna vez, alguien de cualquier subsistema.
- 2 Uno o varios, frecuentemente, estando involucrado el subsistema parental.
- 1 Uno o todos continuamente o más de cada subsistema.

40 Patología _____

Califique 4 Nadie.

- 3 Se aísla, a veces alguien del subsistema hijos.
- 2 Se aísla, a veces alguien del subsistema parental frecuentemente.
- 1 Uno o algunos muy frecuentemente.

Instrucciones para llenar el formato de calificación

1. Anote en cada cuadro la calificación dada al número de reactivo.
2. Haga la suma horizontal (de los recuadros).
3. Obtenga el puntaje global, haciendo la suma en forma vertical (de la secuencia de los 40 reactivos). Tomados de la Escala, no del formato.
4. Vacíe los resultados en la hoja de representación gráfica.

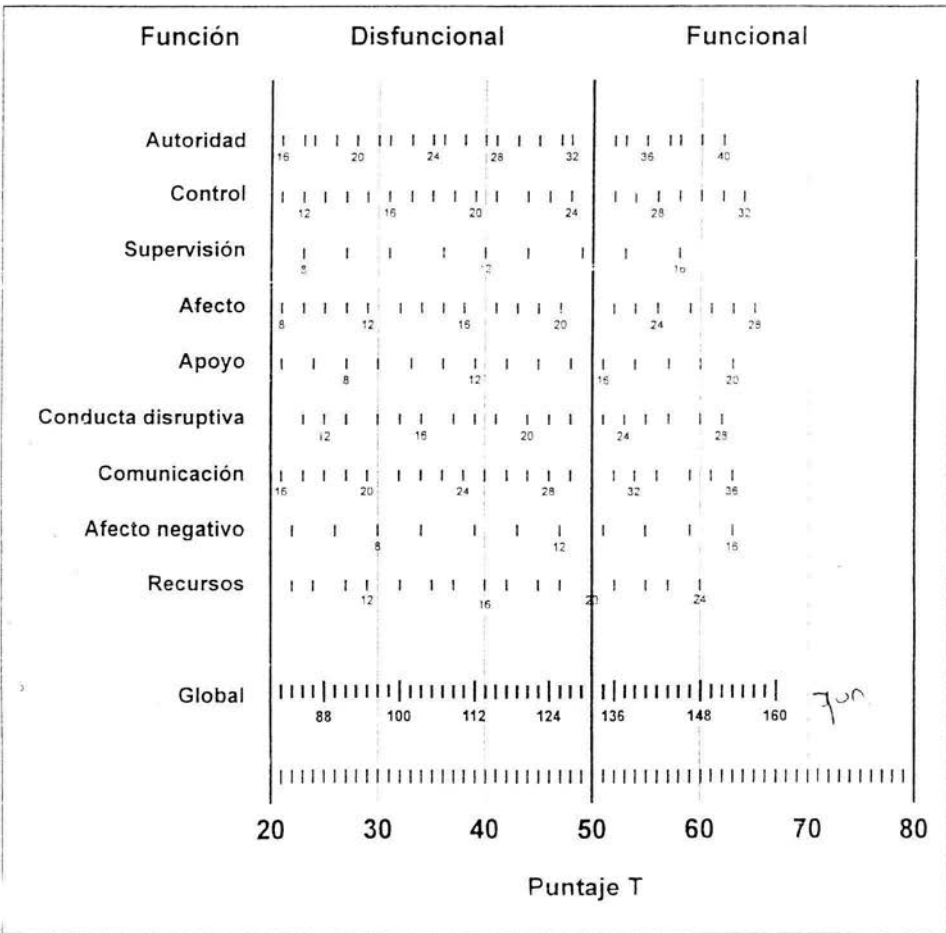
Perfil de funcionamiento familiar

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____

Tiempo de formada: _____ años Etapa de ciclo vital: _____

Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: *Adultos* _____

Adolescentes _____ *niños* _____ Tipo de familia: _____



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 no se puede hacer la suma por escalas.

Función											Suma
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	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					

Puntaje global	
-----------------------	--

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.