



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

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN Y COLIMA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75



11226

DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (EN DIÁLISIS)

TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN :
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. FRANCISCO JAVIER MARES SEPÚLVEDA

MORELIA, MICH., MÉXICO. 2005.



m346/83



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA (EN DIALISIS)**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dr. FRANCISCO JAVIER MARES SEPÚLVEDA

AUTORIZACIONES:

Dr. OCTAVIO CARRANZA BUCIO



**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
LA UMF No 75 MORELIA MICHOACAN**

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

Dr. OCTAVIO CARRANZA BUCIO



**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
LA UMF NO 75 MORELIA MICHOACAN**

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

Dr. J JESÚS YESCAS PÚLIDO

MÉDICO FAMILIAR UMF 76 URUAPAN

**DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO
COORD. DELEG. DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA (EN DIALISIS)**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dr. FRANCISCO JAVIER MARES SEPÚLVEDA

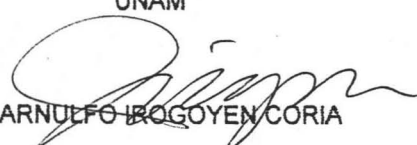
A U T O R I Z A C I O N E S

~~Dr. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM


Dr. ARNULFO IROGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

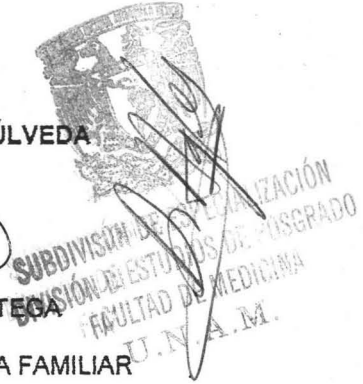

Dr. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM



INDICE

	Páginas
1. Resumen	5
2. Antecedentes.....	9
3. Planteamiento del Problema.....	15
4. Justificación.....	16
5. Objetivos.....	17
6. Hipótesis.....	17
7. Metodología.....	18
8. Resultados.....	21
9. Discusión.....	25
10. Comentarios.....	27
11. Bibliografía.....	30

RESUMEN

Disfunción familiar en la insuficiencia renal crónica

Objetivo: identificar la frecuencia de casos de disfunción familiar que se presenta en las parejas, donde uno de ellos está en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), adscritos a la unidad de Medicina Familiar No.76 del IMSS, Uruapan, Mich., manejados en el Módulo de Renales del Hospital General de Zona No. 8 del IMSS.

Material y Métodos: Por medio de un estudio descriptivo simple, transversal y observacional, se revisaron 22 parejas. Se evaluó la funcionalidad familiar por medio de un instrumento validado, del doctor Víctor Chávez Aguilar, que evalúa a la funcionalidad del subsistema conyugal.

Resultados: En el estudio se identificaron en el grupo de parejas con funcionalidad conyugal correspondió al 50.00 % (11), con moderada disfunción conyugal al 31.82% (7) y con severa disfunción conyugal el 18.18 % (4).

Las causas principales de la insuficiencia renal crónica terminal que ameritaron DPCA fueron: diabetes mellitus 2 (DM2), con 12 (54.54%), la hipertensión arterial sistémica (HTA) con 8 (36.36%), 1 por neuropatía lúpica (NL) (4.55 %) y 1 por infección crónica de vías urinarias (ICVU) (4.55%). En cuanto a observación respecto a sexo estaban en DPCA 11 del sexo femenino y 11 del sexo masculino (50 % cada sexo), diferencia no significativa, con una edad promedio de 54.6 años \pm 7.2, con una edad mínima de 30 y una edad máxima de 77. Un promedio de 32.72 años de casados, con una mínima de 6 y una máxima de 55 años. También se obtuvo un resultado de 4.8 hijos por pareja.

Conclusión: en este estudio exploratorio, nos damos cuenta que el número de familias funcionales son menos de la mitad de la muestra, y que esto nos hace

reflexionar que siempre deben explorarse estos campos, pues las parejas moderadamente y severamente disfuncionales deben ser atendidos por profesionales en terapia familiar para facilitar los apoyos necesarios para que funcionen adecuadamente y que tengan mejor control de su padecimiento, lo cual habría que demostrar en otro estudio.

Aunque no fue el objetivo, pero vemos como se corrobora una vez más que son la DM2 y la HTA, las causas principales de la IRCT que motiva el uso de DPCA, además que el lapso de casados y número de hijos por familia es elevado, lo que puede ser motivo de otro estudio si ello ayuda o inhibe la participación del grupo familiar en el apoyo a este problema complejo.

SUMMARY

Family Disfunción in the inadequacy renal chronicle

Objective: to identify the frequency of cases of families disfunción that is presented in the couples, where one of them is in the program of ambulatory continuous peritoneal dialysis (DPCA), attributed to the unit of Family Medicine No.76 of the IMSS, Uruapan, Mich., Not managed in the Module of Renal of the General Hospital of Area. 8 of the IMSS.

Material and Methods: By means of a simple, traverse and observational descriptive study, 22 couples were revised. The family functionality was evaluated by means of a validated instrument, of doctor Víctor Chávez Aguilar that evaluates to the functionality of the married subsystem.

Results: In the study they were identified in the group of even with married functionality it corresponded to 50.00% (11), with moderate married disfunción to 31.82% (7) and with severe married disfunción 18.18% (4).

The main causes of the inadequacy renal terminal chronicle that need DPCA was: diabetes mellitus 2 (DM2), with 12 (54.54%), the systemic arterial hypertension (HTA) with 8 (36.36%), 1 for lupic neuropaty (LN) (4.55%) and 1 for chronic infection of roads urinary (ICVU) (4.55%). As for observation regarding sex were in DPCA 11 of the feminine sex and 11 of the masculine sex (50% each sex), he/she not differs significant, with an age 54.6 year-old average + 7.2, with a minimum age of 30 and a maximum age of 77. A 32.72 year-old average of married, with a minimum of 6 and a 55 year-old maxim. A result of 4.8 children was also obtained by couple.

Conclusion: In this exploratory study, we realize that the number of functional families is less than half of the sample, and that this makes us meditate that

these fields should always be explored, because the couples moderately and severely disfuncionales should be assisted by professionals in family therapy to facilitate the necessary supports so that you work appropriately and that they have better control of its suffering, him which it would be necessary to demonstrate in another study.

Although it was not the objective, but we see like it is corroborated once again that they are the DM2 and the HTA, the main causes of the IRCT that it motivates the use of DPCA, also that the lapse of married and children's number for family is high, what can be reason of another study if he/she helps it or it inhibits the participation of the family group in the support to this complex problem.

2. ANTECEDENTES

Actualmente la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), que requiere manejo sustitutivo para la función renal, presenta un incremento de proporciones epidémicas, causado básicamente por la incidencia de pacientes con Nefropatía diabética. En Estados Unidos, en 1972 se detectó 6 % por Nefropatía diabética en la población sometida a diálisis. En 1986 fue de 10 % y en 1996 de 26 %, variando de 12 a 36 % durante 1993 en diferentes países ⁽¹⁾. El manejo de esta condición en nuestro medio se realiza a través de hemodiálisis o diálisis por vía peritoneal entre las que se encuentra la diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA)

En los servicios de medicina interna (áreas donde son atendidos los pacientes diabéticos) el impacto es elevado. El perfil para la admisión hospitalaria durante la última década del siglo pasado, tuvo un cambio severo, ocasionado por la Nefropatía en etapa terminal. La DPCA, se instituyó plenamente en los servicios desde 1992, encontrándose actualmente consolidada y en fase de búsqueda para mejorar la calidad en la atención médico-técnica. El porcentaje de causa de IRCT por Nefropatía diabética es similar en 3 centros hospitalarios de concentración en el IMSS y va del 54.9 al 61.5 %. La tasa de supervivencia es aún muy corta, de 44 % a los 12 meses, de 14.5 % a los 24 y de 35.5 % a los 36 meses de iniciado el proceso dialítico ⁽³⁾.

Es de esperarse que con el aumento progresivo de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ⁽⁴⁾, el problema de Nefropatía diabética y por consiguiente

de la IRCT aumente y vaya en detrimento del paciente, de la familia y de la sociedad en general.

En México, la incidencia de insuficiencia Renal Crónica (IRC) se estima de 4 a 5 mil casos por años y sus causas son múltiples (inmunológicas, alteraciones vasculorrenales, metabólicas, congénitas, uropatías obstructivas, etc.).⁽⁶⁾ En la población adulta, la principal causa es la Nefropatía diabética, y en la insuficiencia renal grado III (avanzada) la función renal es menor del 5 % del valor normal y en la evolución de esta se han considerado como determinantes los siguientes factores:

- Presión arterial alta, particularmente en los capilares glomerulares.
- Proteinuria.
- Suministro alto de proteínas en la dieta.
- Hiperparatiroidismo secundario.
- Hipercolesterolemia secundario.
- Hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia.
- Concentración elevada de glucosa plasmática.
- Acidosis metabólica.
- Producción elevada de glucocorticoides.
- Tipo de Nefropatía.
- Hipertensión glomerular.
- Raza, sexo, concentración sérica de triptófano libre y tabaquismo.

En el manejo de la IRC, se consideran tres modalidades:

1. Médico/Terapia nutricional
2. Terapia sustitutiva mediante procedimientos de diálisis.

3. Transplante renal.

Hasta ahora los esfuerzos institucionales para la atención del paciente con IRC han sido dirigidos hacia el transplante renal y la terapia sustitutiva, consistente en diálisis peritoneal y hemodiálisis. El tratamiento de la IRC, en sus diferentes etapas, tiene un costo elevado; así el IMSSS eroga, en sus diferentes programas de atención para una unidad hospitalaria de segundo nivel aproximadamente el 35 al 40 % del presupuesto total que le corresponde. Para los programas de diálisis peritoneal y hemodiálisis a efectuarse al año de 1999, el IMSS tenía contemplado un presupuesto considerando alcanzar un total de 16, 914 pacientes (65% más que en 1933, 18 % más que en 1997 y 9 % más que en 1998).

Diversos autores ⁽⁷⁾, coinciden en que algunas patologías por su persistencia y trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras, entre las que se señalan a las enfermedades terminales.

La familia es la célula primordial de nuestra sociedad, por lo que su funcionamiento trasciende en la salud integral social. Constituye un sistema abierto formado por los subsistemas conyugal, padre-hijos y hermanos. La importancia de estos subsistemas, radica en el impacto que tienen en la dinámica familiar total, por el aprendizaje de conductas que determinan el equilibrio de las fuerzas para el mantenimiento de la cohesión del grupo o bien para su desintegración.

La familia ha sido objeto de estudios de sociólogos, antropólogos, historiadores, médicos, psicólogos, y terapeutas familiares entre otros

profesionistas. Se le ha estudiado desde múltiples puntos de vista, con diversas metodologías y utilizando distintos instrumentos de evolución, pero hasta el momento en nuestro estado de Michoacán no hay un estudio bien fundamentado acerca de las disfunciones conyugales en donde uno de ellos esté en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DCPA).

La familia es un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente, y que en general, comparte factores biológicos, psicológicos y sociales y que pueden afectar su salud individual y familiar ⁽⁷⁾.

Diez son los aspectos primordiales que caracterizan a las familias funcionales y que al explorarlos el médico puede inferir la existencia de un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, así como una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, actuando con una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía; se preocupan por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como en las externas ⁽⁸⁾

Características de las familias sanas:

1. Comparten responsabilidad (poder).
2. Organización flexible.
3. Procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas.
4. Activan unidos sus recursos.

5. Altos niveles de interacción.
6. Adecuada comunicación en los subsistemas.
7. Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario.
8. Fomentan el desarrollo personal.
9. Estimulan un alto grado de autonomía.
10. Capacidad para solicitar ayuda.

La familia pasa por varias fases durante su evolución, la primera de las cuales es el noviazgo. La etapa del noviazgo es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja.

Ya una vez establecidos como pareja por matrimonio o afinidad, los cónyuges comparten las funciones de comunicación, de adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones ⁽⁹⁾.

El sitio de mayor disfunción se origina en el matrimonio. Los adultos pueden funcionar bastante bien como individuos separados, pero sus interacciones como pareja están dominadas por necesidades neuróticas inconscientes conflictivas, que se pueden desplazar e involucrar a toda

La familia debido a la naturaleza de la relación entre los esposos los problemas maritales se subclasifican en disfunción marital: complementaria, conflictiva, dependiente, desvinculada o por incompatibilidad ⁽¹⁰⁾.

El buen funcionamiento del subsistema conyugal es fundamental para que exista asimismo un buen funcionamiento de toda la familia, en vista de que las conductas, interacciones y capacidades de los padres se transmiten en gran

parte a los hijos por imitación. Es por ello de trascendental importancia conocer el grado de funcionalidad de este subsistema.

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que en la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra ⁽¹⁰⁾.

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejarlos, como quiera que éstos se presenten y en el momento que se les presenten.

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, y toma de decisiones.

Lo principal de la comunicación es que sea clara, directa y congruente. En la función de adjudicación y asunción de roles que haya congruencia, satisfacción y flexibilidad. En el rubro de satisfacción sexual, frecuencia de la actividad sexual y satisfacción. Asimismo en funciones del afecto las manifestaciones físicas, calidad de convivencia y reciprocidad. Finalmente en función de toma de decisiones es importante la toma de decisiones conjunta y la toma de decisiones individual.

Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velasco Orellana proponen para la evaluación del subsistema conyugal un instrumento validado, donde se toman en cuenta

estas cinco funciones comunicación, adjudicación o asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, ya que a diferencia de otros, que son enfocados al grupo familiar en general, este lo hace desde el punto de vista exclusivo de la pareja marital ⁽¹⁰⁾.

3. Planteamiento del problema

Entre la población adulta derechohabiente y demandante de consulta en la Unidad de Medicina Familiar 76 del IMSS de Uruapan, Michoacán, se ha observado un aumento en la IRC, que son manejados en el modulo de renales en el hospital general de Zona numero 8 del IMSS mediante DPCA. Durante las visitas que se solicitan a esta unidad, el medico familiar se enfrenta al complejo proceso familiar en que se ve envuelto este grupo primario, que tiene un paciente en DPCA, a veces manifiesta, a veces encubierta pero nos damos cuenta que los roles o patrones familiares cambian y traen como consecuencia desarmonía en la familia que repercute en el cuidado del paciente.

Debido al impacto trascendental que tiene este proceso morboso y donde la función conyugal se altera, la pareja debe verse involucrada en forma directa y cotidiana, de tal suerte que el proceso de DPCA altera el funcionamiento familiar y por ello nos preguntamos:

¿Cuál es el grado de disfunción conyugal en familias con un familiar en DPCA?

4. Justificación

Debido al aumento de la DM2, ha ido aumentando paulatinamente el número de pacientes en DPCA, en 1999 existían 102 casos, actualmente son 98 y como IRTC se presenta generalmente en la cuarta etapa del ciclo de vida familiar, generalmente es la esposa o el esposo quien se hace cargo del proceso complejo de educación y aplicación de la diálisis, lo que trae como consecuencia la movilización de la familia de sus mecanismos de adaptación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia que es, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo.

En la fase de contracción de la familia que es aproximadamente a los 65 años, la marcha de los hijos condiciona una nueva relación en la pareja. La mujer se encuentra generalmente sin el objetivo esencial de sus vidas que venía constituido por la crianza de los hijos. El marido revisa su trayectoria vital generalmente enfrentándose al problema de la jubilación. Aparecen otros problemas de salud muy prevalentes a esta edad. El diagnóstico de diabetes o la aparición de sus complicaciones, instaura un nuevo acontecimiento estresante en un momento del ciclo vital en que son necesarios todos los recursos para lograr los cambios adaptativos imprescindibles para superar esta etapa de forma funcional. ⁽¹¹⁾ El conocimiento por parte del equipo de salud y en especial del Médico familiar que se hace cargo de la persona con IRCT con DPCA, del tipo de disfunción familiar será fundamental para orientar en la senda correcta a los que sufren para no caer en el círculo vicioso de disfunción

familiar descontrol de la DM2 e ICRT con DPCA-disfunción familiar, planeando estrategias de corrección de los problemas mas relevantes a través de mecanismos de educación, orientación, consejería o incluso de terapia familiar cuando este indicado.

5. Objetivos

1. Determinar la prevalencia y grado de la disfunción familiar en donde uno de sus integrantes esta en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

6. Hipótesis

La diálisis peritoneal es causa de disfunción familiar moderada en el subsistema conyugal.

7. Metodología

Diseño del estudio. Estudio de casos

Tipo de estudio. Observacional, descriptivo y transversal.

Universo de estudio. Parejas donde uno de los cónyuges esta en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria adscritos a la unidad de diálisis del HGZ #8 del IMSS de Uruapan, Michoacán.

Muestra. De un universo de 78 pacientes en DPCA, 42 pacientes presentan pareja conyugal, de estos se tomo una muestra probabilística, conociendo el universo y la probabilidad de contingencia del 50%, con un margen de error del 10% y una varianza de 1.96, a lo que correspondió a 23 parejas (54.7%), las cuales se tomaron en base a un sistema de alioriedad simple, uno de cada dos pacientes de acuerdo a una tabla por orden alfabético.

Criterios de inclusión.

- 1.- Pacientes en diálisis peritoneal, en unión couyugal
- 2.- Parejas que en forma voluntaria acepten cooperar en el estudio.
- 3 Que estén casados.
- 4.- Con hijos o sin hijos

Criterios de no inclusión.

1. Que la pareja no acepte cooperar voluntariamente con el estudio.
2. No estar en periodo critico.

3. Que no estén los dos en protocolo de DPCA.

Procedimiento.

1. A través de la entrevista clínica se realizó estudio de familia y familiograma.
2. Se aplicó el modelo de Víctor Chávez Aguilar como instrumento de evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal.
3. El interrogatorio se le realizó por el médico investigador y completado en una sola entrevista.

SE REALIZO ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION DE DATOS.

Se utilizó estadística descriptiva para rangos, promedio y desviación estándar.

El mismo sistema se utilizó para el diseño de las gráficas.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

Variable dependiente. Disfunción familiar.

Variable independiente. Diálisis peritoneal.

Para medir la variable dependiente "disfunción" se utilizó el cuestionario de Víctor Chávez Aguilar (Cuadro 1) la variable es ordinal.

BUSCAR VALIDACION DEL INSTRUMENTO Y SISTEMA DE EVALUACIÓN

ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROGRAMA DE TRABAJO.

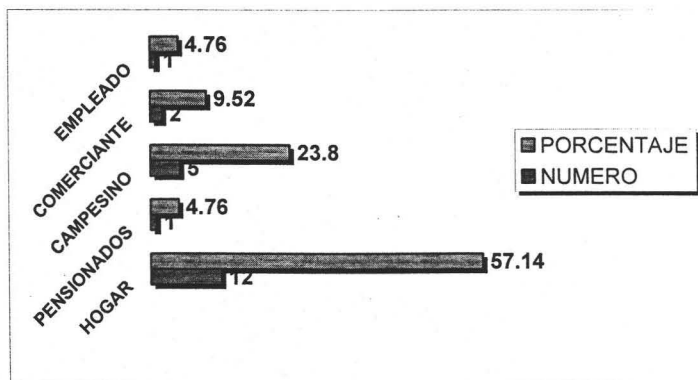
La recolección de los datos se realizó del 01 de septiembre al 30 de Septiembre, el procesamiento para su análisis y elaboración del informe se llevó a cabo del 01 al 31 de Octubre de 2004.

En todos los casos se midió la funcionalidad familiar con el instrumento seleccionado, aplicándolo por separado a cada integrante de la pareja, posteriormente se promediaron los puntajes individuales y se obtuvo la calificación global para evaluar la relación de pareja.

8. RESULTADOS

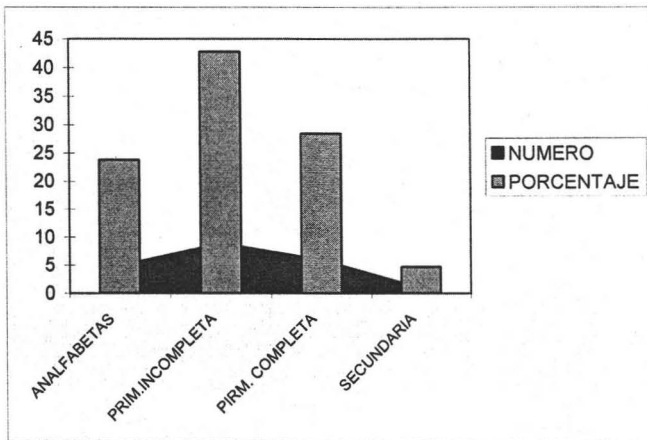
Se estudiaron 23 familias donde un miembro de la pareja está en DCPA (46 individuos en total tomando en cuenta la pareja), con un intervalo de edad de los pacientes de 31 a 77 años con un promedio de 53.9. La ocupación del paciente con DPCA se muestra en la gráfica No 1.

Gráfica No.1 Ocupación del paciente con DPCA



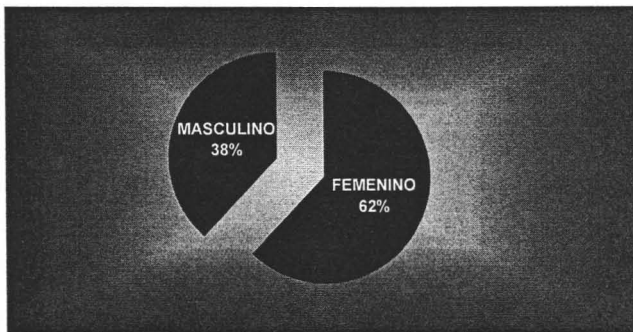
El promedio de hijos que tienen las parejas estudiadas es de 4.8, con rango de 1 a 12; el tiempo de formada la pareja es de 32.72 años, el 60 % tiene escolaridad por debajo de primaria grafica 2.

Grafica No. 2 Grado de Escolaridad



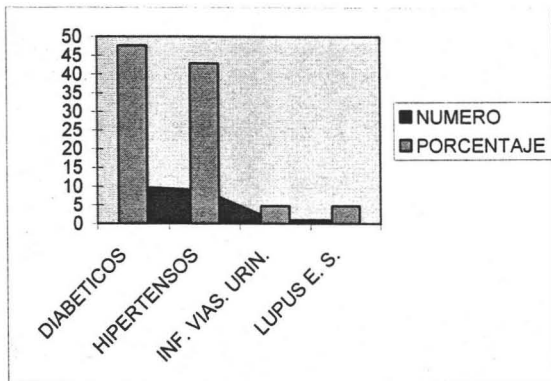
La distribución por sexo de los pacientes nefrópatas se muestra en la gráfica 3.

Gráfica 3. Distribución por sexo de los pacientes con DPCA



Entre las principales causas atribuibles a la IRC destaca la Diabetes, gráfica 4.

Gráfica No.4 Principales causas de IRC



Las cinco funciones evaluadas en la dinámica de la pareja, así como los valores esperados y observados, se presentan en el cuadro No.1.

Cuadro 1 características del funcionamiento conyugal en pacientes de DPCA

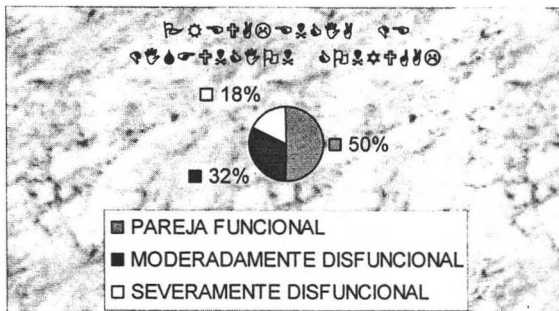
Función	características	VE*	VO**
Comunicación	1. Clara	10	20.95
	2. Directa	10	
	3. Congruente	10	
Adjudicación o asunción de roles	1. Congruencia	5	10.95
	2. Satisfacción	5	
	3. Flexibilidad	5	
Satisfacción sexual	1. Frecuencia	10	10.83
	2. Satisfacción	10	
Afecto	1. Manifestaciones físicas	5	12.85
	2. Calidad de la convivencia	5	
	3. Internos por el desarrollo de la pareja	5	
	4. Reciprocidad	5	
Toma de decisiones	1. Conjunta	15	8.57
	2. Individual	0	

*Valor esperado

** Valor observado

Donde los valores obtenidos están por debajo de los valores esperados, y con base en esto, se formaron tres grupos funcionales: parejas con buena funcionalidad, moderada y severa disfuncionalidad, gráfica 5.

Grafica No. 5 Frecuencia de disfunción y grado de la misma en familias de pacientes con DPCA



Cuadro 2 Puntaje global que refleja el nivel de funcionamiento familiar de pacientes con DPCA

Valores	Comunicación	Adjudicación de roles	Satisfacción sexual	afecto	Toma de decisiones	Puntaje global
Rango	0-30	0-15	0-20	0-20	0-15	2.5-100
Promedio	20.95	10.95	10.83	12.85	8.56	64.00
DE	10.25	5.20	7.56	7.14	6.6	32.5

9- DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus y la hipertensión arterial sistémica representan uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.(1). México de acuerdo a la encuesta nacional de enfermedades crónicas, su prevalencia es de las más alta del mundo. Alrededor del 10.5 % en población mexicana adulta (12-13) esto conduce que las principales causas que originen la insuficiencia renal crónica sean estas dos patologías en nuestro estudio la causalidad de estas para llegar a la necesidad del uso de la diálisis fue del 89%,

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite el soporte emocional como vehículo de socialización, en su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influye directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo (14), estudios realizados en el que se ha determinado la relación o efecto de una patología crónica en un miembro de la familia, han llevado a la conclusión que la funcionalidad o disfuncionalidad de esta depende grandemente de la cohesión de sus integrantes, Los resultados de este trabajo corrobora que la familia como sistema conyugal juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación (15-20).

El mundo occidental enfrenta constantes cambios, por lo que la familia requiere adaptarse a la sociedad transformándose al mismo tiempo; precisamente por las dificultades transicionales, la tarea psicosocial de la

familia de apoyo a sus miembros adquiere más importancia que nunca, ya que sólo la familia puede transformar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente.(21)

Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto (22-24).

Meissner señaló que la enfermedad en el ser humano además del componente patológico consta de uno ecológico en el que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero (25).

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que en la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra ⁽¹⁰⁾. Nuestro estudio presentó parejas con buena funcionalidad el 50%, moderada funcionalidad 32% y severa disfuncionalidad el 18%, en estudios previos con patologías asociadas como la diabetes se ha encontrado una funcionalidad hasta del 62% consideramos que esto se debe al grado de dependencia del paciente con diálisis que condiciona la disfunción determinado por el promedio de edad de este grupo 53 años.

Consideramos que un lazo fuerte que condiciona que la disfunción no se incremente es el tiempo de unión de la pareja en nuestro estudio se presentó en un promedio de 32.72 años,.

Las funciones que se encontraron con los niveles más bajos fueron, el afecto con el 64% en el que compromete a manifestaciones físicas, calidad de la convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, otra función con resultados negativos fue la toma de decisiones con el 33%, estos resultados son semejantes a los reportados en la literatura en países con cultura semejante (26),

9. COMENTARIOS

El promedio de edad de los pacientes y de años de casados nos hace reflexionar en la etapa del ciclo vital de la familia que se encuentran, es el de retiro y muerte, lo que los coloca en una posición difícil pues como se observa –también – tienen un promedio de hijos, que ocupados con sus respectivas familias es difícil que sirvan de apoyo económico al enfermo, y que la familia en conjunto tengan un serio problema en el apoyo mutuo ya que la mayoría se dedican al hogar tanto enfermos como su pareja.

Cada enfermo tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico o modificar su estilo de vida sobre la eficiencia de los programas de educación para la salud en el tratamiento de la hipertensión arterial. Hemos observado empíricamente que a estos pacientes no tienen asesoría específica de parte de un profesional de psicología ni de psiquiatría, y ello conlleva que hemos descuidado de manera casi irresponsable este aspecto sociofamiliar que demandan las familias moderadamente disfuncional, para que no se hagan de plano severamente disfuncionales, y las severamente disfuncionales están sin una adecuada y oportuna atención de tipo integral en lo social y psicológico.

Con este estudio se demuestra que el problema de la DCPA, es más compleja de lo que se supone, ya que el aspecto de funcionalidad familiar influye en la conducta, desinterés o motivación para que el enfermo y su pareja enfrenten junto con el resto de la familia el problema tan difícil que es el sentir

la necesidad de vivir con una buena calidad de vida sabiendo que son portadores de una complicación que les tiene en constante incertidumbre en relación con ingresos frecuentes al hospital, por diversos motivos, e incluso pensando en que pronto pueden morir.

Debe de comprenderse entonces que el manejo de la DCPA, es más amplio, no sólo lo que sepa el paciente y su familiar sobre los recambios o condiciones técnicas que ello implica, si no qué es necesario explorar el ambiente de la familia para que el médico familiar, o médico internista que este interviniendo tengan un panorama más amplio y puedan proporcionar un manejo oolítico que incluyen al paciente, a la pareja y a la familia en general, como de demuestra en este trabajo que existen problemas de disfuncionalidad conyugal.

Se requiere seguir investigando, pues este estudio es sólo exploratorio y que abre el campo en Uruapan. Para que los médicos familiares se aboquen al estudio familiar y que las que resulten con disfunción moderada o severamente disfuncionales, sean enviados en forma oportuna al profesional necesario para que les brinde terapia de familia

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Fitz-Simmons SC, Agodoa L, Conti F, Striker G. Kidney disease of diabetes mellitus NIDDK initiatives for the comprehensive study of its natural history, pathogenesis and prevention. *Am J Kidney Dis* 1989; 13: 7-10.
2. Ritz E, Stefansky A. Diabetic nephropathy in type II diabetes mellitus *Am J Kidney Dis* 1996; 27: 167-192.
3. Jerónima MM. Diálisis peritoneal ambulatoria. Características epidemiológicas. *Rev Méd IMSS (Méx.)* 1999; Volumen 37(4): 289-296.
4. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993. Dirección General de Epidemiología., Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Subirán. México, DF. : Secretaría de salud, 1993.
5. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 2000. Dirección General de Epidemiología., Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Subirán. México, DF. : Secretaría de salud, 2000.
6. Comisión Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la salud. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Atención Médica. Programa para la detección y tratamiento temprano del paciente con insuficiencia renal crónica. IMSS. 1998.
7. Santacruz VJ. La familia como unidad de análisis. *Rev Méd IMSS* 1983; 21: 348-357.
8. Velazco OR, Chávez AV. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. *Rev Méd IMSS*, 1994; 32: 271-275.
9. Saucedo GJ, Fonserrada MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Méd IMSS.*, 1981; 19: 155-163.

10. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona, DOYMA, 1994
11. Grupo Diabetes SAMFyC. Abordajefamiliar. En. <http://www.cica.es/aliens/samfyc/diabfam.htm>
12. Ma. Teresa Tusié, la genética de la diabetes tipo 2 la revista de investigación clínica, Vol. 52, Núm. 3 mayo-junio 2000 Pág. 296-305
13. Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de enfermedades crónicas. México; SSA:2002
14. Rogers GR The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality J health Soc Behav 1996;37:327-338.
15. Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. Fam Syst Med 1986; 4: 135-323.
16. Rahe R, Meyer M. Social stress and illness onset. J Psychosom Res 1964; 8: 35-44.
17. Meyer R, Haggerty RJ. Streptococcal infections in families. Pediatrics 1962; 29: 539-49.
18. Clover RD, Abell TD, Becker LA, et al. Family functioning and stress as predictors of influenza B infection. J Fam Pract 1989; 28: 535-39.
19. Smilkstein G. The patient, the family and the biopsychosocial model. Fam Med 1988; 6: 7.
20. Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. J Fam Pract 1986; 22: 521-25.
21. Smilkstein G. The physician and family function assessment. Fam Syst Med 1984; 2: 262-78.

22. Lasch C. Refugio en un mundo despiadado. La familia santuario o institución asediada. Barcelona España: Ed. Gedisa, 1984: 239-250.
 23. Anderson M. La familia, el hogar y la revolución industrial. En: Anderson M, comp. Sociología de la familia. México: Fondo de Cultura Económica, 1980: 16-17.
 24. Pérez U, Almonte VM. La familia como sistema, consideraciones acerca del rol padre madre. Rev Chilena Pediat 1981; 56 (6): 480-486.
 25. Meissner WW. Family dynamics and psychosomatic process. Family Process 1966; (5): 142-161.
 26. Valadez I, Aldrete G. La familia como unidad de autoatención. Rev Asoc Méd de Jalisco, 1990: 19: 15-17.
-