

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"GUSTAVO A. MADERO", MÉXICO D. F.



**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS DE PACIENTES QUE  
PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

0352143

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:

**DRA. ROSALÍA LEÓN DÍAZ**

**"GUSTAVO A. MADERO"**  
**DIRECCION**



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.

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

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

**PRESENTA:**

**DRA. ROSALÍA LEÓN DÍAZ**

**AUTORIZACIONES**



**DRA. LAURA ELÉNA SANCHEZ ESCOBAR**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"  
ISSSTE, MEXICO D.F.

**DR. FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA**  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

**DR. JORGE ANTONIO VÁZQUEZ CASTILLO.**  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO".

**DR. LUIS BELTRAN LAGUNES**  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"



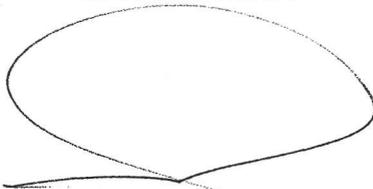
**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN  
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

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

**PRESENTA:**

**DRA. ROSALÍA LEÓN DÍAZ**

**AUTORIZACIONES**



---

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.  
FAUCLTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



---

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



---

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

## **AGRADECIMIENTOS.**

### ***A Dios.***

Porque sin su divina ayuda todo esto no seria posible.

### ***A mis padres.***

Porque su esfuerzo diario, porque son parte de mi estimulo diario gracias por todo.

### ***A mis hermanas.***

Por el apoyo y el estimulo brindado en los momentos mas dificiles.

### ***A mis profesores.***

Dra. Laura Sánchez Escobar.

Por su apoyo, y comprensión cuando mas lo necesite.

Dr. Luís Beltrán Lagunas.

Dra. Blanca Valadés Rivas.

Dr. Jorge Balderas Alvarez.

Gracias por el estimulo diario, experiencia y su dedicación.

Dra. Silvia Landrave Ibáñez.

Dr. ER Ponce Rosas.

Por su conocimiento, experiencia y apoyo.

### ***A mi asesor***

Dr. Francisco Gómez Clavelina.

Por su muy valiosa ayuda, experiencia, paciencia y dedicación.

***Muchas gracias a todos.***

# COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

## INDICE GENERAL

	Paginas
MARCO TEORICO	1
Antecedentes.	1
Dinámica familiar.	1
Familia funcional y disfuncional.	1
Definición de cohesión.	2
Definición de adaptabilidad.	2
Definición de comunicación.	2
Modelo circuplejo.	3
Instrumento FACES III.	3
La familia y la enfermedad.	4
Definición de familia.	4
Definición de salud	4
Definición de enfermedad.	5
Familia y enfermedad	5
La insuficiencia renal crónica.	5
Definición de insuficiencia renal crónica	6
La insuficiencia renal y los factores emocionales.	7
La insuficiencia renal y la familia.	8
Cambio de hábitos y estilo de vida del paciente con insuficiencia renal crónica.	9
Papel de la familia en el tratamiento de la insuficiencia renal.	9
La pareja y el paciente con insuficiencia renal.	9
Hábitos higiénicos, alimentación y actividad física.	10
Definición y perfil del médico familiar	10
El médico familiar y las enfermedades crónicas.	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	12
JUSTIFICACIÓN.	12
OBJETIVOS GENERALES.	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS.	14
HIPOTESIS.	14
MATERIAL Y MÉTODOS.	15
Tipo de estudio.	15
Diseño de investigación del estudio.	15
Diagrama del diseño de estudio.	16
Población lugar y tiempo.	17
Muestra.	17

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	18
VARIABLES.	19
Definición operativa y conceptual de las variables.	19
Diseño estadístico.	19
Instrumento de recolección de los datos.	20
Método para la recolección de la información.	20
Maniobras para evitar sesgos.	20
Prueba piloto.	21
Procedimiento para la aplicación de FACES III.	21
Calificación de FACES III.	21
Procedimiento para el análisis estadístico de la información.	22
Recursos materiales, humanos y financieros.	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS.	23
RESULTADOS.	24
DISCUSIÓN.	32
CONCLUSIONES.	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	35
ANEXOS.	38
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	42

## Resumen

**Objetivo:** Aplicar el cuestionario FACES III y medir las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en familias de pacientes con insuficiencia renal crónica en los usuarios del servicio de nefrología del HR. 1° de Octubre del ISSSTE, compararlas con un grupo de familias sin pacientes con enfermedad de una población análoga de Tlalpan DF.

**Diseño:** Descriptivo, transversal, observacional, comparativo.

**Material y métodos:** Se aplicaron 175 encuestas en la sala de espera del servicio de nefrología del HR. 1° de Octubre, a los familiares de los pacientes, durante los meses de abril a mayo del 2005. El cuestionario consta de 4 secciones, folio, consentimiento informado de participación voluntaria, ficha de identificación y escala FACES III versión en español por Gómez Clavelina México.

**Resultados:** Los datos obtenidos de la calificación del cuestionario FACES III versión en español por Gómez Clavelina México arrojaron los siguientes resultados: en cuanto a el área de cohesión 113 familias (67.66%) se clasificaron en el área de balance, el resto 54 (32.65%) en área extremas. En cuanto a la adaptabilidad 70 familias (41.91%) se encontraron en área de balance, y 97 (58.08%) en área extrema. De acuerdo a la clasificación del modelo circunplejo en el área extrema se encontraron 33 familias (19.8%), en rango medio 85 (50.9%), y balanceadas 49 (29.3%). Con lo anterior se compararon las proporciones utilizando la prueba binomial de familias extremas, en rango medio y balanceadas obtenidas en este estudio, con las proporciones de familias análogas en población abierta en Tlalpan DF, considerando una hipótesis de nulidad con una proporción de prueba de 0.5 de probabilidad, no encontrando significancia estadística.

**Conclusiones:** Los objetivos trazados en el presente estudio se cumplieron. Se encontraron aunque en menor porcentaje familias en rango extremo las cuales de acuerdo al cuestionario FACES III tienen mayor riesgo de disfunción familiar, donde el médico familiar podrá tener una intervención oportuna para que esto no se lleve a cabo, lo cual mejorara la calidad de su atención y facilitara a un mas la práctica de la medicina familiar. Por otra parte se puede decir que el instrumento FACES III versión en español por Gómez Clavelina es de fácil aplicación y calificación, dejándonos ver el riesgo existente de una disfunción familiar, el cual no es diagnostico.

**Palabras clave:** Disfunción familiar, cohesión, adaptabilidad, FACES III versión español por Gómez Clavelina, insuficiencia renal crónica.

## Summary.

**Objective:** Apply the questionnaire FACES III and to measure the dimensions of cohesion and adaptability in families of patients with chronic renal shortage in the users of the Service of nefrología of the HR. 1° of October of the ISSSTE, to compare them with a group of families without patients with illness of an analogous population of Tlalpan DF.

**Design:** Descriptive, cross, observacional, comparative.

**Material and methods:** applied 175 surveys in the waiting room of the service of nefrología of the HR. 1° of October, to the relatives of the patients, during the months from April to May of the 2005. The questionnaire I am comprised of 4 sections, sheet, voluntary consent reported of participation, puts on file of identification and scale FACES III version in spanish by Gómez Clavelina Mexico. Results: The data obtained of the qualification of the questionnaire FACES III version in spanish by Gómez Clavelina Mexico threw the following results: as for the area of cohesion 113 families (67.66%) were classified in the area of balance, the remainder 54 (32.65%) in extreme area. As for the adaptability 70 families (41.91%) were found in area of balance, and 97 (58.08%) in extreme area. According to the classification of the model one circunplejo in the extreme area 33 families were found (19.8%), in medium rank 85 (50.9%), and balanced 49 (29.3%). With the previous thing the proportions utilizing were compared the test binomial of extreme families, in balanced and medium rank obtained in this study, with the proportions of analogous families in open population in Tlalpan DF, considering a hypothesis of nullity with a proportion of test of 0.5 of probability, not finding significancia statistical.

**Conclusions:** The designed objectives in the present study complied. They were found although in smaller percentage families in extreme rank which in agreement al questionnaire FACES III have greater risk of family dysfunction, where the family doctor will be able to have an oportune intervention so that this be not carried I finish, which improved the quality of its attention and facilitated to a but the practice of the family medicine. On the other hand can tell itself that the instrument FACES III version in spanish by Gómez Clavelina is of easy application and qualification, leaving us to see the existing risk of a family dysfunction, which is not I diagnose.

**Key words:** family Dysfunction, cohesion, adaptability, FACES III Spanish version by Gómez Clavelina, chronic renal shortage.

# COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

## MARCO TEÓRICO.

### ANTECEDENTES

A partir de la década de los sesentas, uno de los enfoques utilizados para estudiar a la familia fue la denominada teoría general de los sistemas, esta teoría considera que un sistema es un conjunto de elementos que interaccionan de forma dinámica, donde cada elemento cumple una función respecto al otro.

Bajo esta perspectiva sistémica, se podría decir que la familia es un grupo de personas en conjunto y con interacción dinámica, donde lo que acontece a uno le afecta al otro y al grupo.<sup>1</sup>

### DINAMICA FAMILIAR.

“La **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, de acuerdo a la etapa de ciclo vital por la que atraviesa dicha familia”.<sup>2</sup>

En otras palabras, la dinámica familiar es el conjunto de fuerzas positivas y negativas que afecta el comportamiento de cada miembro, haciendo que esta funcione bien o mal como unidad, al cual se le atribuye el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Es una mezcla de sentimientos y comportamientos que hacen que cada uno se desarrolle como individuo.<sup>2</sup>

### FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL.

**Una familia se denomina normo funcional (funcional)** cuando es capaz de cumplir las tareas que por su naturaleza se le confieren (cuidado, afecto, alimentación, socialización, y estatus familiar.), de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentra, conforme a las normas de la sociedad a la cual pertenece, permitiendo el desarrollo de sus integrantes y las demandas existentes del medio ambiente.

**La familia disfuncional** está imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares por alteración en sus subsistemas y áreas como la educación y el desarrollo afectivo.<sup>3,1</sup>

En la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas antagonistas, una negativa, que desajusta la función familiar, la incapacidad para realizar sus tareas y modifica los roles de los miembros, estando en relación con los cambios de ciclo vital y los acontecimientos estresantes; otra positiva, constituida por los recursos o activos que cada grupo familiar posee o busca en su entorno.<sup>4</sup>

El ejercicio de la medicina familiar, requiere que el médico familiar, promocióne la salud y lleve a acabo actividades dirigidas a la prevención de las enfermedades. Asimismo, debe evaluar la funcionalidad de las familias que se encuentran bajo su cuidado.<sup>4,3</sup>

Para lograr este último objetivo, se hace necesario contar con modelos e instrumentos que permitan una evaluación familiar.

A fines de los setentas en la universidad de Saint Paul, Minnesota, el Dr. David H. Olson y sus colaboradores identificaron los aspectos o dimensiones más relevantes de la funcionalidad familiar, la cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar,<sup>5</sup> Las cuales fueron definidas de la siguiente manera:

#### DEFINICION DE COHESIÓN.

“La **Cohesión** es la unión emocional que tienen los miembros de una familia este elemento o dimensión integra conceptos como unión emocional, límites, alianzas, intereses, amistades, espacio, toma de decisiones, tiempo y recreación.”

Se han identificado cuatro niveles de cohesión que se caracterizan en ciertos tipos de familias en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada.

#### DEFINICIÓN DE ADAPTABILIDAD.

“La **adaptabilidad** se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo (control y disciplina), relación de roles, y normatización entre los miembros de una familia, en respuesta al estrés situacional o evolutivo”. Los conceptos que específicamente se diagnostican y miden en esta dimensión, comprenden: actividad, control y disciplina familiar, estilo de negociación, roles y reglas para la relación.<sup>6,5</sup>

Al igual que en la cohesión en la adaptabilidad se ha calificado en una escala cualitativa ordinal que permite identificar cuatro tipos de familias: rígida, estructurada, flexible y caótica.

#### DEFINICION DE COMUNICACIÓN.

“La **comunicación familiar** es considerada como la dimensión facilitadora, que es posible evaluar enfocando a la familia como un grupo respecto a su capacidad para escuchar, conversar, manteniendo una continuidad, claridad, y especificidad en el proceso de la comunicación”.<sup>7,8</sup>

## MODELO CIRCUMPLEJO.

Estas tres dimensiones se organizan en el llamado Modelo Circumplejo de los Sistemas Familiares y Conyugales desarrollado por Olson, la representación gráfica de este modelo abarca únicamente las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, demostrando que, a mayor comunicación mayor funcionalidad.<sup>9</sup>

Desde la perspectiva del modelo circumplejo se establece que un modelo adaptativo y equilibrado requiere un balance entre morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad), este modelo propone que de sus dos principales dimensiones se presentan cuatro grados o niveles: dos intermedios o normales balanceados, mientras que los dos extremos más altos o bajos son extremos.

El modelo circumplejo da origen al paquete de evaluación circumpleja (CAP por sus siglas en inglés), el cual incluye once instrumentos dentro de los cuales se encuentra FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) instrumento de auto aplicación que puede ser utilizado para evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar.<sup>10</sup>

## INSTRUMENTO FACES III.

La evolución de este instrumento de evaluación de cohesión y adaptabilidad fue por etapas: FACES I, contaba con 111 reactivos.

Mediante análisis factorial, se logró identificar los reactivos más útiles, los cuales integraron FACES II el cual incluyó 50 reactivos, posteriormente Olson, Russell y Sprenkle en un análisis la redujeron a 30 reactivos.

A fin de mejorar la calidad, validez, y utilidad clínica del instrumento se desarrolló la tercera escala FACES III formada por 20 reactivos, 10 para cohesión y 10 para adaptabilidad.

El análisis de confiabilidad demostró una buena consistencia interna con un  $\alpha$  de Cronbach de 0.62 para la cohesión y 0.77 para la adaptabilidad.

Se tiene noticias de que Olson y su grupo de colaboradores ya han elaborado FACES IV pero con el propósito de evaluar a las familias extremas.

El instrumento FACES III en la validación realizada por Gómez-Clavelina en México arrojó como resultados un 0.69 de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach) y demostró su utilidad para evaluar dos de las dimensiones del modelo circumplejo en familias urbanas.<sup>11, 5</sup>

FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como una actitud escala tipo Likert (10 para evaluar cohesión y 10 para adaptabilidad familiar), es fácil de aplicar y calificar con una escala que incluye cinco opciones de valores, que puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años.

Aplicando FACES III y mediante el Modelo Circumplejo, se puede clasificar a las familias de acuerdo con una escala de cuatro niveles para cada dimensión, con lo que se obtienen 16 posibles combinaciones en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.<sup>12, 10</sup>

## DEFINICIÓN DE FAMILIA.

La palabra familia etimológicamente de origen latino es actualmente una expresión universalmente aceptada.

Es propuesta por el Márquez de Morante proveniente de la palabra latina famulus (siervo), del primitivo famul, originado de la voz osca famel que significa esclavo.

La ONU en el año de 1970 define el concepto de familia como:

El conjunto de miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

El consenso Americano la define como:

La familia es un grupo de dos o mas personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de adopción o matrimonio.

Canadá ha definido a la familia como:

Un grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

Una de las funciones básicas de la familia es el apoyo psicosocial a sus miembros, fomentando el desarrollo de las habilidades interpersonales de cada uno de los individuos que la constituyen, la familia se desarrolla en las diferentes etapas del ciclo vital, en las cuales se exige nuevas demandas de adaptación, se trata de una estructura viva en constante movimiento.

A lo largo del ciclo vital familiar surgen distintos acontecimientos que afectan la homeostasis familiar situación que favorece cambios en su estructura y funcionamiento. Debido a la existencia de factores generadores de stress que exigen mecanismos de adaptación para su recuperación, el éxito se dará gracias a la adecuada función familiar.

Uno de estos acontecimientos puede ser la enfermedad crónica en uno de los miembros del sistema, lo cual condiciona cambios en el modo de vida y modificación de hábitos de uno de los miembros de la familia movilizandolos sus mecanismos de adaptación para lograr la homeostasis.<sup>13</sup>

## DEFINICIÓN DE SALUD.

Definición en la que la salud se suponía como el bienestar físico, mental y social del individuo esta definición, nacida en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el carácter dinámico en relación activa (tendente hacia el equilibrio) que se establecía entre el hombre y su medio ambiente natural, familiar y social (San Martín, 1998).

## DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD.

La interacción de manera desequilibrada de los factores físicos, mentales y sociales del individuo en cada una de las esferas (agente, huésped, y medio ambiente) proyecta la presencia de la enfermedad, que incide en el hombre su medio ambiente (natural, familiar y social) donde se desarrolla.

La enfermedad es interpretada como sinónimo del fracaso de los mecanismos de adaptación física, psicológica y social. Se ha observado que en muchos casos el nivel cultural influye en la adaptación a la enfermedad, y que en niveles socio culturalmente bajos hay menor adaptación y mayor exigencia.<sup>14</sup>

## LA FAMILIA Y LA ENFERMEDAD.

Asimismo, se considera que la enfermedad constituye un factor de estrés no normativo, puesto que se presenta en forma inesperada y altera la dinámica familiar, así como los procesos de adaptación de la familia para afrontarla.<sup>15</sup>

La familia es fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las cuales pueden ser expresión de mecanismos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares, como describe Minuchin, las cuales son un adecuado recurso de apoyo para el tratamiento de la enfermedad.

En los últimos años existen evidencias de la influencia de la familia en enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la insuficiencia renal, las cardiopatías y el cáncer.

Fischer, Doler, Minuchin y cols. Demostraron que dentro de los elementos con mayor influencia en estos casos se encuentran las características del apoyo familiar y el grado de cohesión de la misma. La capacidad de apoyo que la familia prestada ante la enfermedad crónica abre enormes posibilidades para el abordaje amplio, individual y familiar del profesional ante estas patologías.<sup>16</sup>

## LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una entidad que en última década ha aumentado en forma inesperada.

En México ocupa la posición número 15 dentro de las 20 principales causas de morbilidad hospitalaria.

La primera causa de insuficiencia renal es la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica. Estos pacientes constituyen más del 60% de los casos que inician con algún tratamiento dialítico<sup>17, 13, 27</sup>

En los Estados Unidos de Norteamérica, el número de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, que requiere tratamiento sustitutivo renal, ha aumentado más de tres veces en las últimas dos décadas, llegando a una incidencia de 334 pacientes por millón de habitantes.

## DEFINICIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Se define como la reducción permanente y significativa de la filtración glomerular. Siendo esta reducción cerca de un tercio de lo normal ( $< 30$  a  $40$  ml/min y creatinina serica  $> 2.5$  ml/dl).<sup>28</sup>

Situación clínica en la que se ha producido la pérdida irreversible de la función renal endógena de una magnitud suficiente para que el paciente dependa de forma permanente del tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante).

Con el fin de introducir una terminología uniforme, la Nacional Kidney Foundation (NKF USA 2002), ha propuesto recientemente la siguiente definición:

La presencia de daño renal estructural con VFG normal o levemente reducida (VFG  $60$  ml/min), independientemente de la etiología subyacente. La evidencia de daño estructural potencialmente progresivo puede derivar de un estudio histológico o imagenológico, o de alteraciones persistentes del examen de orina por un plazo superior de tres meses, particularmente la presencia de albuminuria.<sup>28,31</sup>

### Definición de Insuficiencia renal crónica.

1. Daño renal  $> 3$  meses, definido por anomalías estructurales o funcionales del riñón, con o disminución de la VFG manifiesto por (anomalías anatómicas o histopatológicas o marcadores de daño renal incluyendo anomalías sanguíneas o urinarias, o de anomalías imagenológicas.
2. VFG  $< 60$  ml/min. por más de 3 meses, con o sin daño renal.<sup>31</sup>

En la actualidad, la IRC representa un problema de salud creciente, el cual demanda múltiples intervenciones, es una de las principales causas de muerte y discapacidad favoreciendo en estos pacientes múltiples problemas médicos, psicológicos, sociales, y familiares.

El paciente con IRC está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad la cooperación y apoyo familiar se hacen indispensables.

Entre los recursos de mayor apoyo social el más importante es el de la familia, por lo que los trastornos en su dinámica puede incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas las segundas, proveen sensación de bienestar y de apoyo que permite mantener el sustento emocional.<sup>18</sup>

## INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y LOS FACTORES EMOCIONALES.

Los pacientes con IRC no solo se ven afectados físicamente, sino que desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad avanza a un estado de cronicidad, afectando su calidad de vida.

La forma de afrontar el inicio de la enfermedad y el consecuente estrés son factores muy importantes en el proceso de ajuste para el inicio de tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria, hemodiálisis y trasplante renal.

La dependencia a una máquina o recambios de líquido dializante durante el día o noche, dos a tres veces por semana genera temores, resentimientos, angustia, lo cual interfiere de alguna manera para realizar sus actividades cotidianas.

Socialmente el paciente sometido a diálisis peritoneal no conserva el ritmo de vida que tenía antes de su enfermedad, sus familiares y amigos lo pueden considerar una persona incapaz, débil y enferma. Comienza la pérdida de autoestima, tristeza y en ocasiones se sumerge en una profunda depresión.<sup>19</sup>

El paciente en tratamiento con diálisis o hemodiálisis presenta una patología psicológica asociada, que afecta su convivencia familiar y social, no solo se considera afectado de un órgano interno sino que elige el cuerpo mismo como medio de expresión con el mundo exterior, se ve sometido a constantes pérdidas.

La intensidad de su crisis emocional dependerá de la modalidad del comienzo del tratamiento, de los mitos y creencias sobre esta.

Dentro del aspecto psicológico se encontró angustia 100% de los casos, sentimiento de incapacidad en el 90%, disminución en el interés por hacer las actividades 70% depresión 50%, irritabilidad en el 40%, deterioro sociofamiliar en el 40%, negación en el 1%.

Respecto al abordaje familiar se observó mayor frecuencia de abandono familiar.

Por lo que se concluyó que al paciente renal no se le puede abordar aisladamente de su familia ya que esto ayuda a la generación de mecanismos de adaptación frente a la enfermedad, al sufrimiento y a los duelos.<sup>14</sup>

El principal problema que presentan los miembros de la familia es el sufrimiento producido por factores secundarios a la enfermedad.<sup>20</sup>

## LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y LA FAMILIA.

Entre los factores ha considerar en estos pacientes sometidos a diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal, están los aspectos físicos, psicológicos, familiares y económicos.

En el caso de la familia con un niño o un adolescente con insuficiencia renal crónica el subsistema conyugal los padres se dedican más a la función parental que a ellos mismos como pareja, formándose una alianza rígida entre el enfermo y la madre, manteniendo el padre una posición periférica ya que se encuentra encargado de la economía.

Los hermanos también desarrollan problemas para expresar sus sentimientos, pues son sumamente ambivalentes, por una parte sienten rivalidad y hostilidad hacia el paciente, pues se ha convertido en el centro de atención de sus padres, y por otra les preocupa que esté enfermo.<sup>21,22</sup>

La sobreprotección que los padres dan al enfermo se traduce en aislamiento tanto de los hermanos como de los amigos. La familia tiende a aislarse del exterior, cerrando sus fronteras externas.

En el caso del paciente adulto en el caso del esposo con insuficiencia renal crónica, la pareja es quien dedica y brinda todo apoyo necesario, dejando de cumplir sus labores cotidianas.

El aspecto económico en la mayoría de los casos es aquí el problema, especialmente si el cónyuge enfermo es el proveedor del hogar.

En el caso de sea la esposa la enferma el cónyuge buscara apoyo en las hijas mujeres o en las hermanas, las cuales por lo general constituyen a los cuidadores primarios.

La sobrecarga de trabajo que genera el cuidado del enfermo, quien en ocasiones es un solo miembro (generalmente del sexo femenino), lleva a la familia al caos, ya que se presenta el descuido del resto de los integrantes.

Se ha observado que los hijos de estas familias tienden a asumir roles y funciones más adultas de lo que corresponde a su desarrollo.

En los estudios realizados en familias de pacientes con insuficiencia renal crónica se observó que la familia tiende a centrarse en el paciente, mostrándose a satisfacer sus necesidades y crecientes demandas.<sup>21</sup>

## CAMBIO DE HABITOS Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

En cuanto a los cambios en el estilo de vida de estos pacientes se incluyen cambios en aspectos emocionales, la relación de familia, sexualidad, hábitos higiénicos, dieta, apego al tratamiento, actividad física, citas y consultas.

## PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL.

La familia tiene un papel importante en el éxito del tratamiento, al sentirse querido e integrado a ella siente una gran motivación para afrontar los cambios y aceptar el tratamiento. Dentro de su responsabilidad se encuentra supervisar los cuidados y lo que pudiera poner en riesgo y peligro la salud del enfermo, para lo cual puede recibir una capacitación.

Iniciar el tratamiento de diálisis peritoneal trae consigo una serie de cambios como ya se dijo anteriormente en el estilo de vida personal, familiar, y laboral.

Lo primero que enfrenta el paciente es la aceptación a la enfermedad, y al tratamiento lo cual será posible por medio de la diálisis, el aceptar que necesitara ayuda de los demás para poder llevar a cabo su vida. Se enfrentan sentimientos de miedo, culpa, enojo, tristeza e incomprensión que de alguna manera alterarán la relación familiar.<sup>23</sup>

Los miembros de su familia tendrán que adaptarse a las necesidades que tenga el paciente. Es importante la comprensión para poder acompañarlo a sus visitas hospitalarias y tener disposición, para obtener adiestramiento que ayudará al tratamiento, ya que omitir o cambiar indicaciones de su médico tratante retrasará su recuperación, afectará su salud y pondrá en riesgo su vida.<sup>24</sup>

Para el éxito del tratamiento tendrá que acudir a sus citas y consultas médicas, con la enfermera, trabajadora social, dietista, laboratorio en el tiempo y fecha que se le especifique.

## LA PAREJA Y EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL.

Otro aspecto importante dentro de la vida del paciente con insuficiencia renal es la relación en pareja y su sexualidad los cuales son elementos importantes que debemos tomar en cuenta, ya que debido los cambios físicos, metabólicos y de estilo de vida se pierde el interés y la confianza. Esto resalta la importancia de una suficiente comunicación con la pareja, expresando sus necesidades y temores e informándose adecuadamente para llevar a cabo una plena vida sexual.

## HABITOS HIGIENICOS Y ALIMENTACIÓN.

En lo que respecta a los hábitos higiénicos, la dieta y la actividad física, lo más importante es que el paciente con IRC aprenda a equilibrar su alimentación, limitando y sustituyendo los alimentos que le perjudiquen, incrementando los que le pueden ser benéficos, limitando el consumo de sodio, los alimentos procesados, embutidos, enlatados, usando grasas preferentemente de origen vegetal y disminuyendo las de origen animal.

El control de líquidos es básico ya que el exceso o la deficiencia pueden traer consecuencias y afectar severamente su salud.

## ACTIVIDAD FISICA.

La actividad física es importante ya que ayuda a la circulación y a la eliminación de líquidos: ésta debe ser por medio de actividades sencillas, que no impliquen mucho esfuerzo, lo cual ayudará a realizar posteriormente a la conservación de sus actividades habituales<sup>23, 28</sup>

## EL MÉDICO FAMILIAR Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

### EL MEDICO FAMILIAR.

En el documento publicado por la Wonca (organización mundial de médicos de familia), se refiere al médico de familia, como el profesional generalista, que proporciona atención integral y continua a toda persona que solicite atención, sin limitación de acuerdo a la edad, sexo y al diagnóstico de los pacientes.

Atendiendo al individuo en un contexto de familia y a la familia en un contexto de la comunidad.

Su atención esta encaminada a todos las etapas de la vida, en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, participación en el cuidado de la salud, e intervención en la promoción, prevención curación y rehabilitación.

La familia en su ciclo vital se encuentra sometida a crisis, derivada de su propia estructura de crecimiento y de maduración de sus miembros, elementos externos o enfermedad.

Mientras mas funcional sea una familia, contara con mas recursos para manejar el diagnóstico de una enfermedad crónica la cual amenaza la vida de uno de sus integrantes, por lo que el médico habrá de valorar ciertos aspectos como: autonomía de sus diferentes miembros, la existencia o no de límites generacionales claros, el estilo de comunicación, la capacidad o dificultad de la familia para expresar sus afectos de manera clara y directa.

La adaptación de la familia a la enfermedad crónica puede seguir dos cursos:

- 1) Cuando las familias son flexibles y las reglas permiten a sus miembros expresar emociones la adaptación es eficaz.
- 2) La adaptación ineficaz ocurre cuando los roles son rígidos, o cuando las reglas familiares prohíben la expresión emocional<sup>22</sup>

Es de especial relevancia la información y orientación de estas familias por parte de el medico familiar con el fin de fomentar o mantener el funcionamiento familiar.<sup>25</sup>

El médico de familia detecta e interviene ante problemas familiares ocasionados por la enfermedad, favorece la atención a todos los miembros de la familia, así como estimulara en ellas su autonomía y auto cuidado.

Recoge información por medio de genogramas los antecedentes patológicos familiares, usando la historia familiar, explorara en forma sistémica la presencia de factores familiares que afecten al desarrollo de la enfermedad, valorara los problemas de salud ante periodos críticos de la familia.<sup>32</sup>

El médico familiar es uno de los encargados de intervenir en estos casos, ya que de no hacerlo las recaídas, la cronicidad y el fracaso del tratamiento en estos pacientes serán frecuentes.<sup>18</sup>

El control de las enfermedades crónicas representa un reto actual para los servicios de salud, por lo cual se debe poner especial atención a estos pacientes, buscando estrategias individuales y familiares, que permitan reforzar sus valores tanto familiares como sociales, ya que se acepta actualmente que la familia es una fuente muy importante de apoyo para estos enfermos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Las familias de los pacientes con insuficiencia renal crónica, tienen cambios en los hábitos y estilos de vida, los cuales se pueden observar día con día, en las consultas externas de los servicios donde son atendidos, características que el médico familiar debe identificar para poder conocer su funcionalidad (cohesión y adaptabilidad) para otorgar una mejor atención clínica.

La insuficiencia renal crónica es actualmente un problema de salud creciente en nuestra población, la cual puede afectar la homeostasis dentro de una familia, exigiendo cambios de adaptación, los cuales se dan gracias a los recursos de cada uno de sus elementos, movilizando mecanismos que persiguen el buen funcionamiento familiar, condicionando cambios en los hábitos y estilo de vida de sus integrantes.

Se puede decir que la familia funcional es la que conserva la homeostasis y puede adaptarse a estas exigencias de cambio.

Dentro de los cambios y estilos de vida se encuentran la responsabilidad de supervisión del tratamiento por parte la familia, la asistencia para la atención del enfermo, la modificación en hábitos higiénicos, dietéticos y de aspecto emocional.

Es necesario por lo tanto identificar estos cambios, los cuales se reflejan en la funcionalidad familiar.

Lo cual motivo a la realización del presente estudio, teniendo en cuenta que la familia es un punto importante en el proceso de la prevención, siendo de mucha importancia para el conocimiento del personal de salud principalmente el médico de familia, contribuyendo a la atención más integral de estos pacientes.

¿Cuáles son las características de la cohesión y adaptabilidad familiar considerados como parte importante de la funcionalidad familiar en pacientes con IRC? ¿Existen diferencias en estas dimensiones en relación con las familias sin este tipo de pacientes?

## **JUSTIFICACIÓN**

En el momento actual que vivimos, de acuerdo a las estadísticas, las enfermedades crónicas son un problema actual de salud, su incremento en cuanto a su morbilidad es un reto actual para los servidores en salud.

En México la incidencia de insuficiencia renal crónica se estima de cuatro a cinco mil casos nuevos al año<sup>28</sup>, ocupa el lugar número 15 de las 20 principales causas en cuanto morbilidad se refiere<sup>27</sup>.

Considerando la tendencia demográfica, se ha proyectado que en el año 2030, habrá aproximadamente 2.2 millones de pacientes que requerirán diálisis o trasplante renal.

Paralelo al aumento explosivo de los costos, se espera que la incidencia mundial de insuficiencia renal crónica terminal entre los diabéticos tipo 2 se habrá duplicado para el año 2002. Tendencias las cuales se han comunicado en otras regiones.<sup>31</sup>

Además de ser potencialmente mortal, es una enfermedad incapacitante que afecta de manera muy importante la vida personal, familiar, escolar, laboral, social en general del paciente y de la gente que lo rodea.

Por este motivo se debe poner especial atención a estos pacientes, en los cuales es necesaria para su tratamiento una intervención multidisciplinaria, dentro de la que se encuentra el médico familiar.

El médico familiar es aquel profesional encargado de proporcionar atención integral y continúa al paciente y a su familia, así como también es coordinador de recursos de la comunidad. Es el encargado de la prevención de las enfermedades y es responsable del conocimiento de su funcionalidad familiar.

Motivo por lo que se decide la realización de este estudio ya que hasta el momento no se conoce la funcionalidad familiar (la cohesión y adaptabilidad) de las familias de los pacientes con insuficiencia renal crónica, por parte del médico familiar lo cual tendría mucha trascendencia para la planeación de nuevas estrategias en este sentido. Contribuyendo de esta manera al mejoramiento diario de la atención brindada a estos pacientes y mejorando la calidad de atención prestada por parte de nuestros servicios de salud.

## **OBJETIVOS GENERALES:**

- Medir las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en familias de pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Comparar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad con una muestra representativa de familias sin pacientes con insuficiencia renal crónica.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir las características de las familias con pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Medir por medio de FACES III la cohesión y la adaptabilidad en familias de pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Comparar las frecuencias de familias extremas, en rango medio y balanceado en familias con pacientes que padecen IRC y familias sin este tipo de pacientes.

## **HIPÓTESIS.**

La insuficiencia renal crónica constituye un factor que modifica la cohesión y adaptabilidad en las familias. Se espera encontrar diferencias en estas dimensiones al comparar las familias con un paciente que padece esta enfermedad con las familias que no tienen familiares con IRC.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

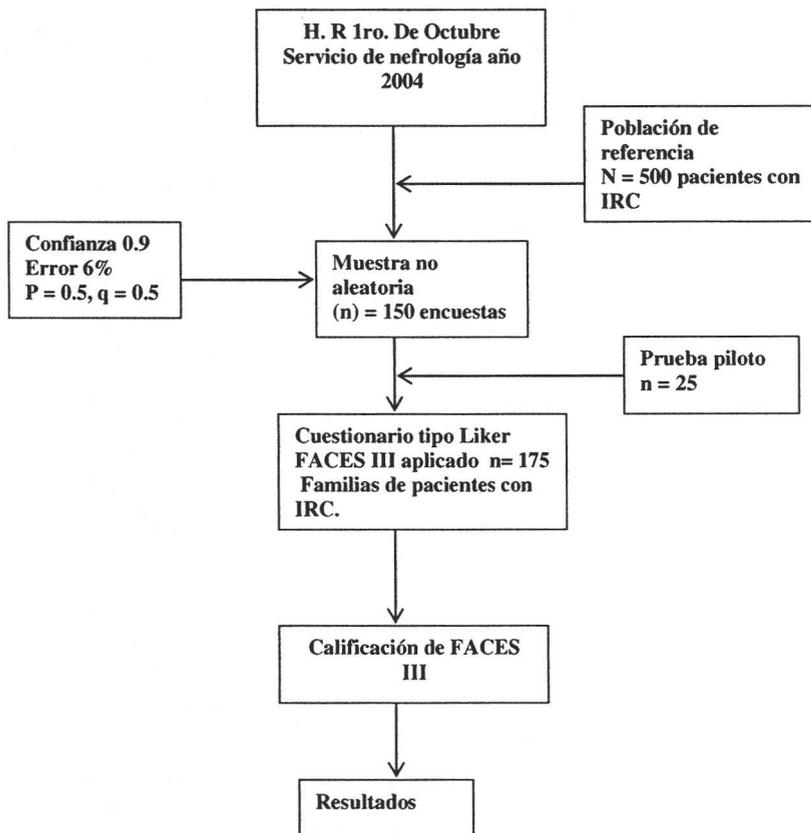
### **TIPO DE ESTUDIO.**

Observacional, descriptivo, comparativo, transversal.

### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.**

Para realizar el diseño de estudio se tomo en cuenta lo referido en la guía para la tutoría para proyectos de investigación en medicina familiar., el cual se presenta a continuación.

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



## POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Este estudio se realizará en familias de pacientes con IRC que acuden a la consulta externa del servicio de nefrología del hospital regional 1° de Octubre del ISSSTE durante el tiempo de dos meses. (Junio – Julio 2004).

## MUESTRA

Para considerar el tamaño de muestra, se entrevistó al jefe del servicio de nefrología del HR 1° de Octubre y se obtuvo la siguiente información:

Se tiene un registro de usuarios de este servicio de 500 personas aproximadamente. De este total, 150 se encuentra bajo tratamiento con diálisis, 25 en hemodiálisis y 325 en tratamiento conservador. Estos pacientes en tratamiento acuden en citas bimestrales. El servicio de nefrología otorga entre 10 y 12 consultas al día, por lo que se estima que en un período de dos meses hayan acudido a consulta externa la totalidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizaron las fórmulas 1 y 2.

$$n_0 = \frac{z^2 pq}{E^2} \quad \text{Fórmula 1}$$

En donde  $n_0$  = primera aproximación al tamaño de muestra

$z$  = valor de probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra (90% = 1.645)

$p$  y  $q$  = valor de probabilidad de éxito o fracaso ( $p=0.5$ ;  $q=0.5$ )

$E$  = error muestral que se está dispuesta a aceptar, expresado en valores de probabilidad (6% = 0.06)

Sustituyendo

$$n_0 = \frac{(1.645)^2 (0.5)(0.5)}{(0.06)^2} = \frac{0.6765062}{0.0036} = 187.9$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{Fórmula 2}$$

Sustituyendo en la fórmula 2

$$n = \frac{187.9}{1 + \frac{187.9}{500}} = \frac{187.9}{1.3758} = 136.57 \text{ Redondeando} = 137$$

En este estudio se entrevistará a 175 de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento conservador, con diálisis, y hemodiálisis. Este criterio, permite entrevistar al 35% de los usuarios de los servicios. Aplicando la fórmula 1 se obtiene una muestra de 187.9; considerando un nivel de confianza de 90%, error de 6% y p de y q de 0.5. No obstante, con la aplicación de la fórmula 2 para muestras finitas, se obtiene un número de 136.57 al cual se agregó un 13% para cubrir la posibilidad de rechazo o cuestionarios que se eliminarán por errores en su llenado.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Derechohabientes del ISSSTE usuarios del servicio de Nefrología del H. Regional 1° de Octubre
- Que sepan leer y escribir.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Que no sepan leer y escribir
- Ausencia de hijos.

#### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

- Se eliminarán del estudio los cuestionarios incompletos ó mal requisitados.

## VARIABLES.

Sección 1	Folio y consentimiento informado	2 variables.
Sección 2	Ficha de identificación	5 variables.
Sección 3	Instrumento FACES III.	20 variables.

Siendo un total de 27 variables.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

Dentro de las dimensiones de la funcionalidad familiar se encuentran:

**La Cohesión:** Es el grado de unión emocional entre los elementos de una familia.

Esta puede ser evaluada por medio del cuestionario FACES III en las preguntas nones (1,3, 5, 7, 9, 11, 13, 15,17, y 19). Escala tipo Likert. Ver anexo 1.

**La adaptabilidad:** Es la capacidad que tiene una familia para modificar su estructura ante situaciones de cambio.

Esta puede ser evaluada por medio del cuestionario FACES III en las preguntas pares (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16,18, y 20). Escala tipo Likert.

Ver anexo 1.

## DISEÑO ESTADÍSTICO.

El propósito estadístico de la investigación fue describir las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en familias de pacientes que padecen insuficiencia renal crónica en el servicio de nefrología del HR. 1° de octubre del ISSSTE.

Comparar los resultados obtenidos con una muestra de pacientes sin enfermedad de la siguiente forma:

- Solo un grupo de 175 usuarios fue investigado
- Solo se realizo una medición.
- Las mediciones que se realizaron fueron Independientes.
- El tipo de variables medidas fueron Cualitativas y cuantitativas.
- El tipo de muestra investigado fue no aleatoria, no representativa.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.**

Por medio de un cuestionario elaborado el cual consta de 3 secciones:

- Formato de consentimiento informado de participación voluntaria..
- Ficha de identificación.
- El instrumento FACES III versión en español por Gómez Clavelina.

## **METODO PARA LA COLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

### **MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.**

#### **Sesgos de información.**

Para garantizar que la información obtenida sea fidedigna, el investigador en persona vigilará durante la aplicación del cuestionario que las personas entrevistadas llenen adecuadamente el instrumento.

#### **Sesgos de selección.**

Debido a la naturaleza no aleatoria de la muestra, existe la posibilidad de este tipo de sesgo, no obstante, las limitaciones de las características de la IRC limitaron la obtención de una muestra aleatoria y probabilística.

#### **Sesgos de medición.**

Las encuestas fueron realizadas por el mismo investigador para evitar durante la toma de datos, el sesgo Inter.- observador.

### **PRUEBA PILOTO.**

Se aplicará una prueba piloto a 25 personas usuarias de los servicios de Nefrología del H. General 1º. De Octubre. Los resultados de esta prueba servirán para la identificación de dificultades para responder el cuestionario, así como de la claridad del documento de consentimiento informado.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE FACES III.**

### **APLICACIÓN DE FACES III.**

En la sala de espera de la consulta externa del servicio de nefrología del HR. 1° de Octubre del ISSSTE, previo consentimiento informado <sup>29</sup> en el cual se explicará el objetivo de la entrevista, así como lo anónimo de las respuestas capturadas en el cuestionario, se aplicará FACES III en español versión por Gómez – Clavelina México. (VER ANEXO 2).

Se llevará un registro de los nombres y cédulas de los pacientes entrevistados que servirá para contarlos y evitar la repetición de la encuesta (VER ANEXO 3).

Se solicitará que se responda el cuestionario, de acuerdo a la escala de calificación que se encuentra en la parte superior del mismo, considerando cada aseveración en relación a su familia. Es importante recordar y aclarar que debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que considera que su familia reacciona en forma habitual.

El encuestador se abstendrá de dar lectura de leer el cuestionario, permitiendo que la persona lo haga por sí mismo. Sólo se podrán aclarar las dudas que surjan en relación con el significado de las palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

El encuestador recibirá y archivará el cuestionario una vez contestado, vigilando se encuentre completo.

### **CALIFICACIÓN DE FACES III.**

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

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

Una vez obtenida la suma para cada dimensión de cohesión y adaptabilidad, se buscará la calificación obtenida en cada una de las siguientes aptitudes (tabla 1 y 2) obteniendo la clasificación de la familia correspondiente al Modelo Circumplejo

TABLA1

COHESIÓN	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10-34
Semi relacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

Muestra: 167 familias.  
 Servicio de Nefrología del HR. 1° de Octubre ISSSTE.

TABLA 2

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Muestra: 167 familias.  
 Servicio de Nefrología del HR. 1° de Octubre ISSSTE.

### PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.

Una vez recopilada la información, se elaborará una base de datos en sistema computarizado mediante el programa estadístico SPSS V.10.0 Se realizarán las rutinas de análisis descriptivo de los datos para obtener porcentajes y proporciones.

Mediante la prueba binomial, se compararán las proporciones de familias extremas, en rango medio y balanceadas que se obtengan en este estudio con las proporciones de los mismos tipos de familias de un estudio previo pero sin pacientes con insuficiencia renal crónica.

## **RECURSOS MATERIALES.**

- Lápices.
- Bolígrafos.
- Hojas de papel blanco tamaño carta.
- Borradores.
- Sacapuntas.
- Foliadora
- Computadora.
- Programa de análisis de datos SPSS V.10

## **HUMANOS.**

- El presente trabajo será realizado por la Dra. Rosalía León Díaz, responsable del proyecto

## **FINANCIEROS.**

- Los gastos que surjan de la realización de este proyecto serán cubiertos por el responsable del mismo.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Con base en la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, encomendada en la 52 Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo Escocia, en octubre del 2000.<sup>32</sup>

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de investigación en humanos vigente en nuestro país<sup>33</sup>, este estudio no representa ningún riesgo para los pacientes, ya que los participantes solo aportaran datos por medio de una entrevista.

Por otra parte se solicito la participación voluntaria mediante un texto que fue adicionado antes de comenzar la entrevista cumpliendo así con los criterios éticos de investigación. (Anexo 2)

Cabe mencionar se pidió autorización para su aplicación al autor de la traducción del cuestionario FACES III español México.

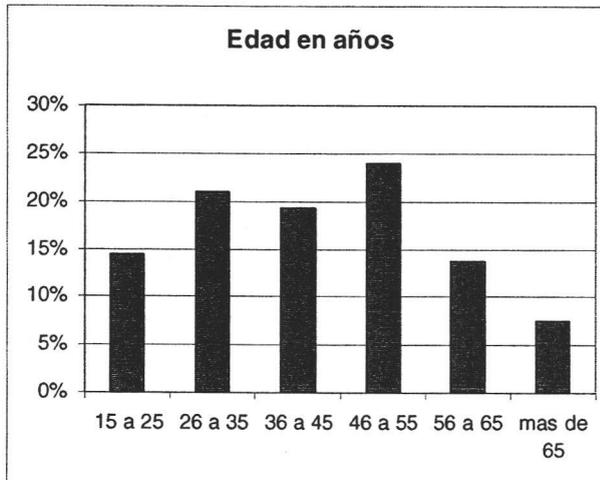
## RESULTADOS:

Con base a la prueba piloto y con relación a la aplicación del cuestionario FACES III versión en español por Gómez Clavelina se observó lo siguiente.

En la siguiente grafica se muestra los resultados obtenidos de rangos de edad de los pacientes encuestados en el estudio. (Grafica 1)

**GRAFICA 1**

**EDAD DE LOS ENTREVISTADOS EN EL ESTUDIO.**

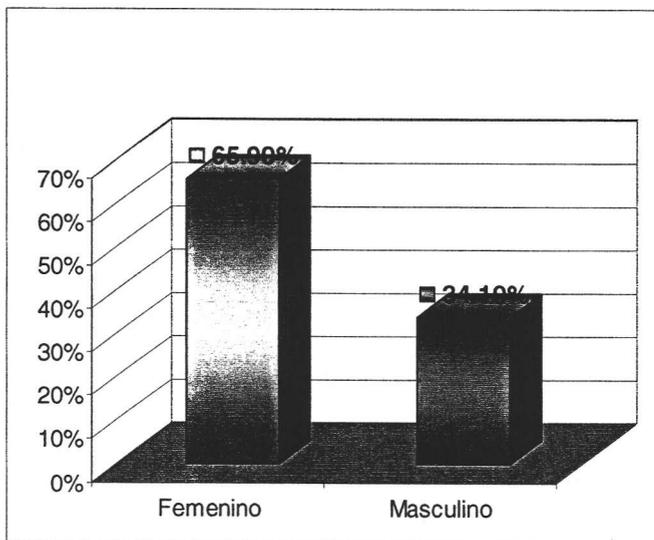


Muestra: 167 familias.  
Servicio de Nefrología del HR. 1° de Octubre ISSSTE.

De acuerdo a las características de los entrevistados se obtuvo la siguiente información:  
 En cuanto al sexo 65.9 % correspondió al sexo femenino, el 34.1% fue del sexo masculino.  
 (Grafica 2).

**GRAFICA 2**

**PORCENTAJE DE PACIENTES ENTREVISTADOS SEGÚN SEXO**



Muestra: 167 familias.  
 Servicio de Nefrología del HR. 1° de Octubre ISSSTE.

La descripción de la variable estado civil se observa en la tabla 1

**TABLA 1**

**ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS.**

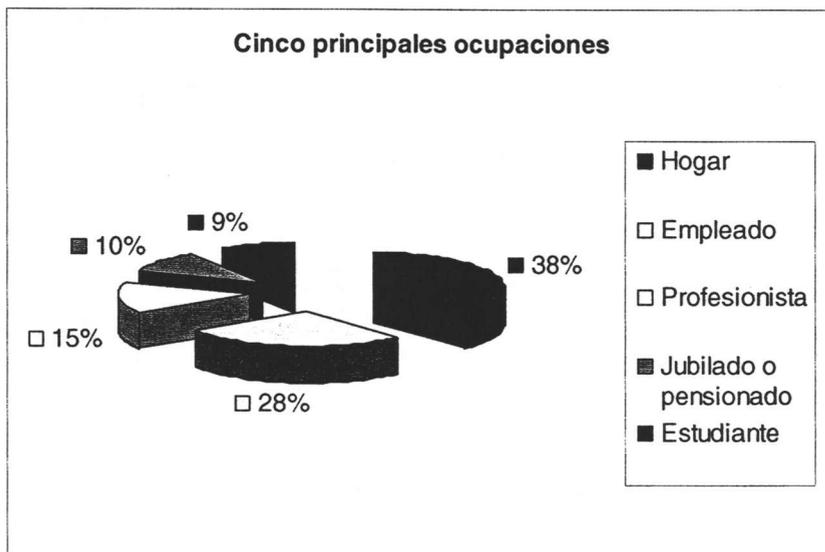
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casado	109	65.3%
Soltero	43	25.7%
Viudo	8	4.8%
Divorciado	4	2.4%
Unión Libre	3	1.8%

Muestra: 167 familias del servicio de Nefrología del HR. 1° de Octubre ISSSTE.

En lo que se refiere a la escolaridad el 25.7% tiene una licenciatura, 23.4% secundaria, seguido de 20.4 % primaria, 19.2% preparatoria, y finalmente un 11.4% tienen un nivel técnico.

En la siguiente grafica se muestran las cinco primeras ocupaciones encontradas en los participantes del estudio. (Grafica 3)

**GRAFICA 3**  
**PRINCIPALES OCUPACIONES DE LOS ENTREVISTADOS.**



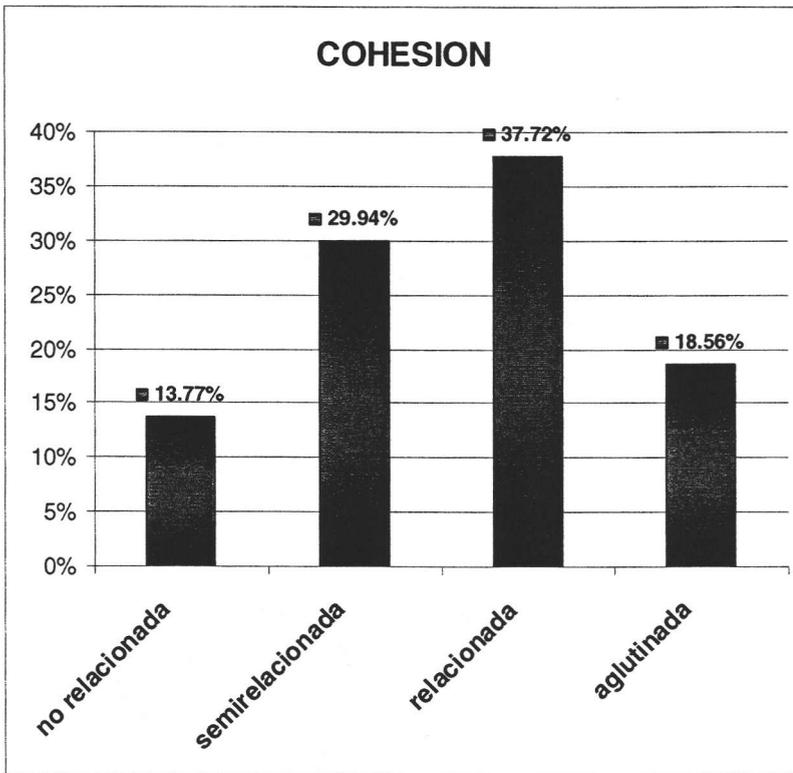
Muestra: 167 familias.  
Servicio de Nefrología del HR. 1° de Octubre ISSSTE.

Se tuvo una respuesta favorable a responder el cuestionario en 167 de las 175 personas que incluyó la muestra, no se encontró problema alguno para su contestación. Dos personas rechazaron responder el cuestionario y una persona dijo no tener tiempo en ese momento, cinco fueron eliminados por ser mal llenados o incompletos.

Posteriormente se calificaron de acuerdo a la escala de cohesión y adaptabilidad, haciendo la suma de los números noes para la cohesión y los pares para la adaptabilidad. Los porcentajes de cada tipo de familia en estas dos escalas se presentan en las gráficas 3 y 4.

GRAFICA 4

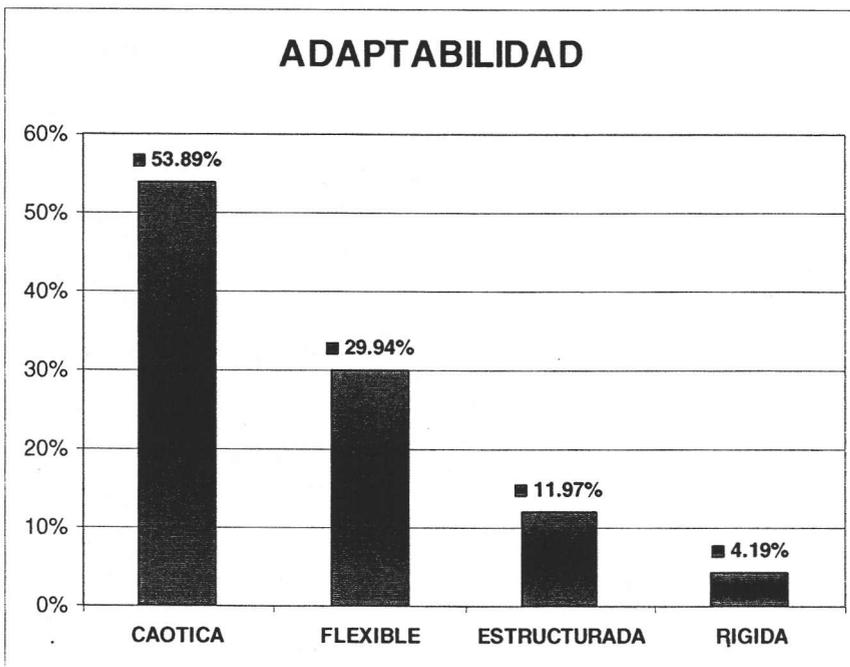
## ESCALA DE COHESIÓN



Muestra: 167 familias.  
Servicio de Nefrología del HR. 1° de Octubre ISSSTE.

**GRAFICA 5**

**ESCALA DE ADAPTABILIDAD**



Muestra: 167 familias.  
Servicio de nefrología H .R. 1° de Octubre ISSSTE.

Se clasificó a las familias de acuerdo al modelo circumplejo y se obtuvieron los siguientes resultados. En cuanto a la cohesión, 113 familias (67.66%) se calificaron en el área de balance (semirelacionada, relacionada) y el resto (54) en las áreas extremas (32.65%). En cuanto a la adaptabilidad, 70 familias (41.91%) se clasificaron en el área de balance (flexible y estructurada) y el resto (97) en extremas (58.08%) Tablas 2 y 3

**TABLA 2**

16 tipos de familias  
Modelo circumplejo FACES III (versión en Español).

	No relacionada	Semi relacionada	Relacionada	Aglutinada	TOTAL	%
Caótica	7	23	37	23	90	53.89
Flexible	10	17	18	5	50	29.94
Estructurada	4	7	7	2	20	11.97
Rígida	2	3	1	1	7	4.19
<b>TOTAL</b>	23	50	63	31	167	100
<b>%</b>	13.77	29.94	37.72	18.56	100	

Muestra: 167 familias.  
Servicio de nefrología H .R. 1° de Octubre ISSSTE

**TABLA 3**

Clasificación de familias según el Modelo Circumplejo

<b>Clasificación de familias</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Extremas	33	19.8
Rango Medio	85	50.9
Balanceadas	49	29.3

Muestra: 167 familias.  
Servicio de nefrología H .R. 1° de Octubre ISSSTE.

La clasificación de familias sin evidencia de pacientes con IRC y que fueron encuestadas en sus domicilios en 1995 por Gómez-Clavelina y cols, se presenta en la tabla 4

TABLA 4

Clasificación de familias según el Modelo Circumplejo en una muestra de 270 familias de Población abierta en Tlalpan DF.\*

<b>Clasificación de familias</b>	<b>Porcentaje</b>
Extremas	18.5
Rango Medio	50.4
Balanceadas	31.1

Muestra: 270 familias.  
Tlalpan DF.

\*Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, Fernández-Ortega MA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adapatability and Cohesión Evaluation Scales) Arch Med Fam, 1999; 1(3): 73-74

En la tabla 5 se presenta la comparación de proporciones de familias extremas en rango medio y balanceadas de la muestra estudiada con la muestra de familias sin pacientes con IRC.

TABLA 5

Comparación de proporciones de familias extremas, en rango medio y balanceadas.

Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
extremas	Grupo 1	población abierta	18	,49	,50	1,000 <sup>a</sup>
	Grupo 2	familias con nefrópatas	19	,51		
	Total		37	1,00		
medio	Grupo 1	población abierta	50	,50	,50	1,000 <sup>a</sup>
	Grupo 2	familias con nefrópatas	51	,50		
	Total		101	1,00		
balanceadas	Grupo 1	población abierta	31	,52	,50	,897 <sup>a</sup>
	Grupo 2	familias con nefrópatas	29	,48		
	Total		60	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

Se compararon las proporciones de las familias extremas, en rango medio y balanceadas obtenidas en el presente estudio con las proporciones análogas de estos tipos de familias en población abierta en Tlalpan D.F. y que fueron reportadas por Gómez-Clavelina FJ y Cols. Se consideró la hipótesis de nulidad con una proporción de prueba de 0.5 de probabilidad (Tabla 5) En ninguna de las comparaciones se encontró significancia estadística.

## DISCUSIÓN.

La elevada y progresiva incidencia de la insuficiencia renal crónica en nuestro país ha hecho que se creen equipos multidisciplinarios para el estudio de estos pacientes, dentro de lo que tiene gran relevancia el médico familiar, ya que es el encargado de identificar como un eje su funcionalidad familiar.

El propósito de este estudio fue identificar algunas de las características de las familias de pacientes con insuficiencia renal crónica, mediante la aplicación del cuestionario FACES III versión en español por Gómez-Clavelina, en comparación con un estudio previo con familias sin enfermedad, haciendo una reflexión de esta problemática, de acuerdo a los resultados finales.

En cuanto a las características de los entrevistados se observó, que la mayoría fueron del sexo femenino, lo que nos puede hacer pensar fueran los cuidadores primarios de estos enfermos como se reporta en la literatura.

Por otra parte en cuanto a la escolaridad se refiere se puede decir que una cuarta de los participantes tiene un nivel medio alto de preparación, dedicadas en su mayoría al hogar, seguido de los empleados y los profesionistas, los que nos deja ver la existencia de un mejor nivel educativo y económico lo cual probablemente nos traduce una mejor adaptación a la enfermedad.<sup>24</sup>

El instrumento FACES III no mide directamente la funcionalidad familiar, sino solo dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad), la clasificación de las familias al considerar las tres categorías de: balanceadas, en rango medio y extremas, estas últimas son las que presentan mayor riesgo de disfunción lo cual ha sido corroborado por una experiencia clínica.<sup>29</sup>

En lo referente a la funcionalidad familiar podemos decir que de acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a su cohesión, se obtuvo una respuesta favorable. Podemos inferir que con estos porcentajes, las familias con pacientes con insuficiencia renal crónica fueron capaces de enfrentar la enfermedad, esto pudo estar dado por los recursos adecuados con que cuentan estas familias.<sup>22</sup>

En cuanto el área extrema se refiere se encontró un menor porcentaje, a las cuales se les debe de dar el mayor apoyo, estableciendo así que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción.

Cabe mencionar que la funcionalidad no debe ser considerada un elemento estático de las familias, si no por el contrario se debe tomar en cuenta su gran dinamismo; es un grave error el calificar a las familias como funcionales o disfuncionales etiquetándolas de esta manera. Las familias se enfrentan en forma constante a diferentes situaciones de cambio (estrés), echando mano de recursos con los que cuenta para enfrentar estas situaciones.<sup>29</sup>

En comparación con los resultados obtenidos en proporción de las familias extremas, en rango medio y balanceadas con el estudio previo realizado por Gómez-Clavelina y cols. En 1999, no se encontró significancia estadística.

La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación del personal de salud en apoyo a las familias en estos casos las detectadas como extremas en el presente estudio, permitiendo establecer tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo integral lo cual favorece el cumplimiento de los principios esenciales de la práctica de la medicina familiar: continuidad de la atención, evaluación del proceso salud-enfermedad de sus elementos, de su familia, y anticipación a los daños.

Desde este punto de vista las acciones que pueden llevarse a cabo con la familia como unidad de intervención, corresponden a distintos niveles dentro de los que se encuentran:

1. Nivel Informativo.
2. Nivel psicoeducativo.
3. Orientación.
4. Psicoterapia.

Con esto nos queda decir que en este trabajo no fue posible encontrar diferencias entre los diversos tipos de familia con o sin la presencia de una enfermedad crónica como la insuficiencia renal.

Considero que esto se debe fundamentalmente a la capacidad de adaptación de las familias para afrontar el estrés que significa tener un enfermo con esta característica.<sup>22</sup>

Es necesario que los médicos que intervienen en el manejo de estos pacientes y sus familias consideren sobretodo a las familias con niveles extremos que a un sea un porcentaje menor, son el punto de acción donde el médico familiar el profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria del individuo y su familia tengan una intervención importante, ya que de no hacerlo las recaídas, la cronicidad y el fracaso terapéutico serán más frecuentes.<sup>32</sup>

Cabe enfatizar las medidas, educativas y estrategias de cambio por parte del personal de salud ante enfermedades crónicas, las cuales deben ser llevadas acabo en las unidades de medicina familiar, por personal capacitado, reforzando así los valores familiares y sociales, los cuales representan un gran reto actual en bien de nuestros pacientes.

## CONCLUSIONES.

El aumento día con día de las enfermedades crónicas en las estadísticas en cuanto a la morbimortalidad nos hace pensar en el momento actual en nuevas estrategias, en donde el médico familiar juega un papel importante, tal es el caso de la insuficiencia renal crónica, motivo por el cual se decide el estudio de algunas de las características de la funcionalidad familiar en estos pacientes.

De acuerdo a la información obtenida se podría decir que se cumplieron con los objetivos trazados. Se midieron las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en familias de pacientes con insuficiencia renal crónica, comparando los resultados con una muestra representativa de familias sin pacientes con esta enfermedad, mediante la aplicación del cuestionario FACES III versión en español por Gómez-Clavelina, el cual se calificó posteriormente de acuerdo a los 16 subtipos de familias del modelo circunplejo de Olson.

Por otra parte se puede decir que el instrumento FACES III versión en español por Gómez-Clavelina y cols. Es un instrumento de fácil aplicación y calificación, que nos da información de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en las familias, dejándonos ver el riesgo existente para que se pueda dar una disfunción familiar.

A últimas fechas se habla de que FACES III no nos puede etiquetar a las familias como funcionales o disfuncionales.<sup>29</sup>

Obteniendo los resultados los cuales arrojaron la siguiente información, se determinó en el presente estudio que el mayor porcentaje de las familias se encontraban en rangos medios, lo cual se consideró aceptable, en menor porcentaje se encontraron familias extremas en el servicio de nefrología del hospital regional 1° de octubre del ISSSTE siendo estas las que tienen mayor riesgo de disfunción familiar.

Por lo tanto es de consideración muy importante la información de estas familias, ya que conociendo el riesgo existente en ellas el médico familiar tendrá una intervención oportuna en estos pacientes, facilitando a un mas su trabajo siendo cada día mejor la calidad de la atención, basada en los principios esenciales de la practica de la medicina familia.

Se espera que este estudio sirva para nuevos proyectos de investigación a generaciones futuras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Huerta Martínez N, Valadez Rivas B, Sánchez Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México Arch Med Fam 2001; 3(4):95-98.
2. Saucedo G. Juan M, Foncerrada M. Miguel. III La exploración de la familia aspectos médicos, psicológicos y sociales Rev Med IMSS México 1981; 19(2):155-163
3. Tovar Granada C, Sánchez Escobar L, Ponce Rosas R, Irigoyen Coria A, Morales López H. Auto percepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México Arch Med Fam 2003; 5(3):92-95.
4. L. de Revilla. Disfunción familiar Atención primaria 1992;(10):2 Pgs 582-583.
5. Beatriz Zegers, M. Elena Larra in, Aquilino Polaina Lorente, Alejandro Trapo, Isabel Diez. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico de el funcionamiento familiar en la población Chilena.
6. M.T. Corzo Coello, S. Pérez López, P. Flores Huitrón, E. R. Ponce Rosas, F. J. Gómez Clavelina, E. González Quintanilla, M. A. Fernández Ortega. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar Atención primaria 1998; 21(5):275-282.
7. Cerda Salazar M A, Riquelme Heras H, Guzmán de la Garza F J, Barrón Garza F, Vázquez D. Tipos de familias en niños y adolescentes que acuden al instituto nuevo amanecer A. B. P.
8. Ortega Veitia T, Cuesta Freijomil D, Días Retureta. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso en enfermería en familias disfuncionales Rev. Cubana Enfermer 1999; 15(3):164-168.
9. Irigoyen Coria A. Diagnóstico Familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana. México 2000.  
Ángel Alvarado M. T. Aplicación y Evaluación familiar FACES III clínica Ermita ISSSTE. UNAM 1996.
10. E R Ponce Rosas, FJ Gómez Clavelina, A. E. Irigoyen Coria, S. Landgrave Ibáñez, A Hernández Gómez, MR Montesinos Guerrero, M C Hernández Soto. Análisis de confiabilidad FACES III (versión español) Atención primaria 1999; 23(8):479-448.
11. E R Ponce Rosas, F J Gómez Clavelina, M Terán Trillo, AE Irigoyen Coria, S Landgrave Ibáñez. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español México Atención primaria 2002; 30(10):624-630.

12. Gómez Clavelina F J, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER, Mazon Ramírez JJ, Dickinson Bannank ME, Sánchez González ME, Fernández Ortega MA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III Arch Med Fam 1999; 1(3):73-79.
13. González Salinas C. Abordaje médico familiar. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm102/abordajemedico.html>
14. E. Vinokur, Dennis Bueno. Aspecto psicológico del paciente renal Rev. Nefrol Dial y Transpl. 2002;(56):11-14.
15. Alcaina Prosper T, Vaz Leal F J, Badajoz. Psicopatológica e interacción familiar [http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/información\\_sociedad/manual/a5n11.htm](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/información_sociedad/manual/a5n11.htm)
16. I. Yurss. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumento de abordaje familiar <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple9a.html>
17. Leyva Jiménez R, Álvarez Aguilar C, López Molina L. Función renal en Diabetes tipo 2, determinación por fórmula de Cockcroft y depuración de creatinina Rev. Med IMSS 2004;(1)42:5-10.
18. G. Rodríguez Abrego, I. Rodríguez Abrego. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica Rev. Med IMSS 2004; 42(2):97-102
19. De los Ríos Castillo J, Barrios Santiago T, Ávila Rojas. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía Rev. Med IMSS 2004; 42(5):379-385.
20. Quiroz Pérez JR. Abordaje clínico Atención familiar. [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm102/abordaje\\_medico.html](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm102/abordaje_medico.html).
21. PC. Monroy Salas, M. Rodríguez Labarca. Dinámica Familiar de sistemas en que uno de los padres presenta insuficiencia renal crónica y se encuentra en hemodiálisis
22. M.L Velasco Campos. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). La enfermedad crónica el paciente y su familia. Ed. Manual Moderno México. 2000 Pgs 221-239.
23. Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal. Baxer México. 2003pgs 29-41.
24. Cartas de investigación SemFYC. Red familiar de apoyo del paciente con insuficiencia renal. Atención primaria 2002; 29(5):317-318.
25. M.T. Ortiz Gómez. La salud familiar Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):439-445
26. Zurro A. Martín y Cano Pérez. Atención primaria. Concepto Organización y práctica clínica. 3 era Ed. Mosby/Doyma Madrid España 1995 Pgs 79.

27. M. Catalán y R. Rosalén. Nefropatía Diabética *Medicine* 1993; 6(34):1442-1461
28. Mac Gregor M. Julian. Insuficiencia Renal Crónica. *Rev Actualizaciones en Medicina Interna* 1993; 1(3):2-21
29. Gómez Clavelina FJ. Ponce Rosas ER. Irigoyen Coria AE. *FACES III Alcances y limitaciones Atención familiar enero-febrero 2005*; 12(1):10-11
30. Dobler López Irving. Expediente clínico y el consentimiento informado. Aspectos legales y éticos 2000; 38(5):337-339.
31. Sergio Nezzano A, Claudio Aros E. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismo de progresión y estrategias de renoprotección. *Rev. Med Chile* marzo 2005; 133(3):338-348.
32. Gallo Vallejo F. J. Altisent Trota R. Díaz Espino J. Perfil profesional del médico de familia. *Aten. Prim.* 1999; 23(4): 236-48.
33. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. 52 asamblea general. Edimburgo Escocia, octubre del 2000. [http://www.wma.net/s/policy/17-c\\_s.html](http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html)
34. Reglamento de la ley general de salud en Materia de investigación para la salud.

## ANEXO 1.

### DISEÑO DE LA BASE DE DATOS DE CUESTIONARIO.

Nombre de la variable	Tipo	Ancho de columna	Etiqueta	Valores que toma la variable	Escala de medición	
1. Folio	N	3	0	Número de folio	Números consecutivos	-
<b>II. FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>						
P1S2	N	3	0	Edad rangos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15 a 25 años</li> <li>2. 26 a 35 años</li> <li>3. 36 a 46 años</li> <li>4. 46 a 55 años</li> <li>5. 56 a 65 años</li> <li>6. mas de 65 años</li> </ol>	Cuantitativa Nominal
P2S2	N	3	0	Sexo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Femenino</li> <li>2. Masculino</li> </ol>	Cualitativa Nominal
P3S2	N	3	0	Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Casado(a)</li> <li>2. Soltero(a)</li> <li>3. Viudo(a)</li> <li>4. Divorciado(a)</li> <li>5. Unión libre.</li> </ol>	Cualitativa Nominal
P4S2	N	3	0	Escolaridad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria</li> <li>2. Secundaria</li> <li>3. Preparatoria</li> <li>4. Técnico</li> <li>5. Licenciatura</li> </ol>	Cualitativa Ordinal
P5S2	N	3	0	Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hogar</li> <li>2. Profesionista</li> <li>3. Empleado</li> <li>4. Obrero</li> <li>5. Comerciante</li> <li>6. Estudiante</li> <li>7. Desempleado</li> </ol>	Cualitativa Nominales
Cohesión	Ordina 1	1	0	Definición	Números nones de FACES III	Cualitativa ordinal
Adaptabilidad	O	1	0	Definición	Números pares de FACES III	Cualitativa ordinal

III. Facs III						
P1S3	N	3	0	1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P2S3	N	3	0	2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas..	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P3S3	N	3	0	3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P4S3	N	3	0	4. Los hijos pueden opiar en cuanto a su disciplina.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P5S3	N	3	0	5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos ..	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P6S3	N	3	0	6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P7S3	N	3	0	7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P8S3	N	3	0	8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P9S3	N	3	0	9. Nos gusta pasar el tiempo en familia	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P10S3	N	3	0	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

P11S3	N	3	0	11. Nos sentimos muy unidos.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P12S3	N			12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P13S3	N			13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P14S3	N			14 En nuestra familia las reglas cambian.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P15S3	N			15. Con facilidad podemos plantear actividades en la familia	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P16S3	N			16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P17S3	N			17. Consultamos unos a otros para tomar decisiones	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P18S3	N			18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P19S3	N			19. La unión es muy importante.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal
P20S3	N			20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. siempre	Cualitativa Ordinal

El siguiente documento ha sido realizado solo con fines de trabajo, sus respuestas serán totalmente confidenciales, el contestarlo no implica algún riesgo para su persona, por lo que se le pide su autorización. Los resultados que se obtengan serán de mayor utilidad para los servicios que se le brinden.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_

### FACES III

Olson DH, Portier J, Lavee Y, Minnesota University, St Paul MN.

Versión en español: (Gómez C. Irigoyen C. Facultad de Medicina, universidad Nacional Autónoma de México.

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

---

NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

---

1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si.
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de las familias.
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
5. Nos gusta convivir solamente con los miembros más cercanos.
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.
8. La familia cambia de modo de hacer las cosas.
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos.
11. Nos sentimos muy unidos.
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
14. En nuestra familia las reglas cambian
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17. Consultamos unos a otros para tomar decisiones.
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
19. La unión es muy importante
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

## CRONOGRAMA.

<b>Etapas-Actividad</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>
Etapas de planeación del proyecto	X	X	X	X								
Marco teórico		X	X	X	X							
Material y métodos			X	X	X	X						
Registro y autorización del proyecto							X					
Prueba piloto							X					
Etapas de la ejecución del proyecto.								X	X			
Recolección de datos								X	X			
Almacenamiento de los datos								X	X			
Análisis de datos										X		
Descripción de los resultados										X		
Discusión de los resultados										X		
Conclusiones del estudio										X		
Integración y revisión final										X	X	
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del examen final											X	
Solicitud del examen de tesis											X	