



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.
58
“Gral. Manuel Ávila Camacho”

“DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA”

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

PRESENTA :

DRA. MARÍA ERNESTINA HERNÁNDEZ CORONA

Tlalnepantla Estado de México

2007



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.

“DINÁMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA”

PRESENTA:

DRA. MARÍA ERNESTINA HERNÁNDEZ CORONA

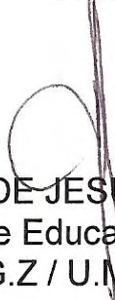
AUTORIZACIONES:



DRA. MA. DEL CARMEN CARRASCO BECERRIL.
Profesora Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar
para Médicos Generales
Sede académica HGZ / UMF No. 58
Asesora del tema en Tesis



DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ
Asesora Metodológico de Tesis
Coordinadora de la Biblioteca del Departamento de Medicina
Familiar
U.N.A.M



DR MARGARITO DE JESÚS DE LA TORRE LÓPEZ
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
H.G.Z / U.M.F No. 58

Tlalnepantla Estado de México

2007

“DINÁMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA”

PRESENTA .

DRA. MARÍA ERNESTINA HERNÁNDEZ CORONA

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR:



DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
Coordinador de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M

ÍNDICE

1.0	Marco Teórico	6
1.1	Antecedentes	6
1.1.1	Causas de la Insuficiencia Renal Crónica	7
1.1.2	Fisiopatología y Manifestaciones clínicas	8
1.2	La Familia	14
1.2.1	Ciclo vital de la Familia	16
1.2.2	Apgar Familiar	17
1.2.3	Perfil Profesional del Médico de Familia	19
1.3	Dinámica Familiar	21
1.4	Planteamiento del problema	30
1.5	Justificación	32
1.6	Objetivos	34
1.6.1	General	34
1.6.2	Específico	34
2.0	Material y Métodos	35
2.1	Tipo de estudio	35
2.2	Diseño de la investigación	36
2.3	Población, lugar y tiempo	37
2.4	Tipo de muestra	37
2.4.1	Tamaño de la muestra	37
2.5.	Criterios de selección	38
2.5.1	Criterios de inclusión	38
2.5.2	Criterios de exclusión	38
2.5.3	Criterios de eliminación.	39
2.6	Recopilación de datos.	39
2.7	Variables	39
2.8	Recursos.	41
2.8.1	Recursos Humanos	41
2.8.2	Recursos Materiales	42
2.8.3	Recursos Financieros	42
2.9	Consideraciones éticas	43
3.0	Resultados	45

4.0	Discusiones	91
5.0	Conclusiones	93
6.0	Bibliografía	96
	Anexos.	

1. MARCO TEORÍCO

1.1 Antecedentes

El riñón desempeña tres funciones que son necesarias para el mantenimiento de la vida¹

La primera de ellas es la eliminación de la mayoría de los productos finales del metabolismo. Dicho de otra manera de las toxinas o detritus resultantes del trabajo del cuerpo humano.

La segunda función del riñón es mantener constante la composición del líquido que rodea las células, o líquido extra celular, tanto en la cantidad de agua como en las sales minerales que van disueltas, y que deben mantenerse dentro de determinados límites. De esta manera se puede obtener el equilibrio necesario entre el interior y el exterior de las células para el correcto funcionamiento. La importancia del agua en el organismo deriva de su notable presencia en la composición del cuerpo humano: un 70% del cuerpo es agua, la mitad de ella esta en el interior de las células.

La tercera función del riñón es actuar como un órgano endocrino o formador de hormonas. Las hormonas son sustancias que, producidas o fabricadas por un órgano del cuerpo, son transportadas por la sangre para llegar a otro órgano donde ejercen su función. El riñón es el lugar de producción de hormonas como la eritropoyetina, la vitamina D y la renina.²

La eritropoyetina va a llevar a la médula de los huesos el mensaje para la absorción del calcio a nivel de tubo digestivo y la mineralización del esqueleto.

La renina interviene en la regulación de la tensión arterial¹.

Se dice que un órgano es insuficiente cuando no es capaz de realizar correctamente la función que tiene asignada.¹

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública con un crecimiento anual, del paciente con esta enfermedad superior al 9%, por lo que el gasto se ha incrementado con este padecimiento, es por lo que se considera una enfermedad emergente.⁵

1.1.1 CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica, se puede producir como consecuencia de múltiples afecciones y mecanismos, ya sea inmunológicos, primarios o secundarios a enfermedades sistémicas, por alteraciones vasculares como metabólicas, hereditarias, congénitas, obstructivas, etc^{1,2,3,4}. Como se observa en la tabla No. 1

Tabla No. 1

Grupos etiológicos	Enfermedades
Glomerulonefritis	Proliferativa focal
	Proliferativa difusa
	Membranoproliferativa I y II,
	Glomeruloesclerosis focal V segmentaria Membranosa de Berger y por IgA.
Enfermedades sistémicas con glomerulonefritis	Púrpura de Henoch-Schonlein
	Poliartitis nodosa
	Lupus eritematoso sistémico
	Granulomatosis de Wegener Síndrome de Goodpasture
Nefritis tubulointerstial	
Enfermedad vascular renal	Nefroesclerosis
	Obstrucción de la arteria renal
	Esclerodermia
	Diabetes mellitus
Causas metabólicas	Diabetes mellitus
	Hiperuricemia
	Hipercalcemia
	Hiperoxaluria
	Cistinosis Enfermedad de Fabry
Nefrotóxica	Nefropatía por analgésicos o por metales pesados
Congénitas o hereditarias	Enfermedad poliquística
	Enfermedad de Alport
	Riñones displásicos
	Cistinuria, hiperoxaluria
Uropatía obstructiva	Hipertrofia prostática
	Vejiga neurogena
	Reflujo vesicouretral
	Litiasis, valvas uretrales o estenosis
Uropatía obstructiva disproteinemias	Fibrosis retroperitoneal, ligadura de uréteres
	Mieloma
	Amiloidosis
	CrioGlobulinemia
	Macroglobulinemia
	Radiación
	Tuberculosis
	Pielonefritis crónicas
	sarcoidosis
	Hemoglobinopatía por células falciformes
Nefropatía de los Balcanes	

En México, la incidencia de insuficiencia renal crónica se estima en cuatro a cinco mil casos nuevos al año y sus causas son múltiples, desde las glomerulopatías primarias, con probable foco inmunológico, hasta las consecutivas a varias enfermedades, metabólicas, diabetes mellitus, reumatológicas, lupus eritematoso, urológicas (uropatía obstructiva, infecciosas, vasculares, etc.).^{3,4}

1.1.2 FISIOPATOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Las manifestaciones clínicas se relacionan con la disminución del número de nefronas que funcionan en forma relativamente normal, con excepción del aumento de la excreción de solutos por las nefronas restantes. El síndrome urémico es propio de una función renal pobre o terminal menor de 10 a 20% y se manifiesta con alteraciones hidroeléctricas, cardiovasculares, hematológicas, óseas, gastrointestinales, musculares, cutáneas, neurológicas, oftalmológicas, pulmonares, etc.

Cuando la pérdida de la función renal es del 50 a 80% empiezan a aparecer síntomas clínicos y bioquímicos, como la retención leve de azoados en la sangre, la tendencia a la anemia e hipertensión arterial, así como la poliuria y nicturia como consecuencia de la capacidad de concentrar la orina. La hipertrigliceridemia y los trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono se manifiestan a través de esta etapa.

El paciente con disminución de la reserva funcional renal, asintomático puede tener deterioro rápido de ésta hasta el punto de presentar síndrome urémico, secundario a la descompensación por enfermedad agregada que disminuye el flujo renal, ya sea por infección, hipovolemia, descontrol hemodinámico, etc. Estos episodios de acuerdo a su gravedad y con el daño previo, pueden ser o no reversibles una vez corregido el padecimiento que desencadenó este síndrome. Son los factores desencadenantes que llevan en forma más temprana a un paciente al síndrome urémico franco.

En el síndrome urémico franco, los efectos de la uremia se manifiestan por anorexia, náuseas, vómito, debilidad y tendencia al sangrado. Aunque no se han encontrado las toxinas responsables de este síndrome, se ha considerado como probable causa a los productos finales del metabolismo nitrogenado y de los

aminoácidos que se excretan por la vía renal. Por otra parte, aunque la urea no explique los síntomas urémicos existe correlación clínica con las concentraciones séricas de ésta, sin que se relaciones con la creatinina, incluso, pueden ser un parámetro útil de la función renal^{2,3}.

En el estudio del paciente con insuficiencia renal crónica es conveniente tomar en cuenta los siguientes parámetros :

- a) Determinar si el paciente tiene alguna complicación o alteración que requiera tratamiento inmediato o urgente, como acidosis metabólica o hipercalemia grave, edema pulmonar, etc.
- b) Establecer la gravedad del daño renal, así como la cronicidad o agudización de éste.
- c) Se debe considerar que la edad, el sexo, la raza y la historia familiar (predisposición genética), las cuales pueden influir en la evolución de la insuficiencia renal, dependiendo del origen de ésta.
- d) Tratar de determinar la causa de la insuficiencia renal.
- e) Evaluar la repercusión sistémica de la función renal.

El análisis de estos factores será útil para determinar la necesidad del tratamiento urgente, establecer el pronóstico inicial y el plan de manejo a corto plazo, así como las medidas preventivas para evitar la progresión de la nefropatía, el síndrome urémico y sus complicaciones⁵.

La valoración de la función renal desde el punto de vista clínico práctico, se puede realizar con la determinación de urea, creatinina sérica, proteínas totales en orina de 24 horas y del filtrado glomerular por medio de la depuración de creatinina o gammagrama renal.

También es útil la correlación clínica de los niveles séricos de la urea con el cuadro clínico de la uremia, así como las determinaciones subsecuentes de los niveles séricos de creatinina que darán un parámetro práctico y confiable de la evolución de la función renal. En ocasiones, las concentraciones séricas y

urinarias de electrolitos serán de utilidad para diagnósticos diferenciales entre la enfermedad aguda y crónica.

El ultrasonido renal puede ayudar indirectamente a encontrar la causa de la nefropatía o determinar la cronicidad de la enfermedad, ya que tanto el tamaño como la ecogenicidad de los riñones, disminuyen con la cronicidad del padecimiento^{1,2}

Además el ultrasonido es útil como guía de apoyo para la realización de la biopsia renal percutánea, lo cual es necesaria para lograr el diagnóstico histológico y etiológico de la nefropatía.

Los estudios de gabinete, como la telerradiografía de tórax, el ecocardiograma y el electrocardiograma son útiles para valorar la función cardíaca y la repercusión de la uremia sobre el corazón, incluso para determinar la necesidad de tratamiento agudo, como en el caso de kalitosis o de derrame pericárdico grave. La placa de tórax, es útil para descartar la existencia de infiltrados pulmonares o derrame pleural. Las determinaciones de gases arteriales para descartar y valorar la gravedad de la acidosis metabólica.

Los exámenes de laboratorio, como la biometría hemática, los exámenes de la coagulación, los electrolitos séricos, la determinación de calcio y fósforo, así como las pruebas de funcionamiento hepático ayudarán a evaluar la gravedad de la anemia, hipercalemia, coagulopatía, hiperparatiroidismo, estado nutricional del paciente.

Los exámenes de gabinete, como la serie ósea metabólica, esófago-gastro-duodenal y la endoscopia de tubo digestivo son necesarios para investigar osteodistrofia renal, úlcera duodenal, gastritis, esófagitis, duodenitis o sangrado activo de tubo digestivo alto.

La valoración del fondo de ojo es indispensable para descartar retinopatía. La exploración neurológica es útil y necesaria, ya que ayuda a detectar tempranamente alteraciones de las funciones mentales superiores y en los reflejos profundos en pacientes con uremia incipiente. La exploración de la piel puede ser útil para valorar la gravedad de la anemia y detectar problemas hemorragiparos.²

El tratamiento del paciente con enfermedad renal crónica varía según el grado de insuficiencia renal con que curse el paciente y consiste en :

- a) Retardar la progresión del daño y/o insuficiencia renal.
- b) Revertir y/o aminorar el síndrome urémico.
- c) Evitar y/o corregir las complicaciones consecutivas al tratamiento del síndrome urémico.
- d) Procurar la máxima calidad de vida del paciente durante todas las etapas de su tratamiento.
- e) Tratamiento médico-dietético
- f) Tratamiento dialítico
- g) Tratamiento de hemodiálisis
- h) Tratamiento a través de trasplante renal.

Ésta indicado en los pacientes con enfermedad renal crónica que ya tienen disminución del 50% de la función renal y en quienes los medicamentos, regulación de los alimentos y de los hábitos de vida, pueden frenar la progresión de la insuficiencia renal o retardar por varios años la llegada a fase de diálisis o trasplante. Es un tratamiento preventivo y paliativo que debe aplicarse en cuanto el especialista identifica el padecimiento renal.^{5,2,6,7,8}

Rolland destaca tres fases diferenciadas, en la insuficiencia renal crónica :

- a) Fase de crisis en el individuo
- b) Fase crónica
- c) Fase terminal

En la primera etapa o etapa crítica, se produce el primer contacto con la enfermedad renal y los sistemas sanitarios generales y de nefrología. En esta etapa se inicia la relación médico-paciente, se solicita y/o se recibe la información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y se activan las respuestas de emergencia tanto en el ámbito individual como familiar, inicia el proceso de aprendizaje para convivir con la enfermedad.

Se produce un primer momento de desorganización extrema (confusión. ambivalencia, sentimiento de soledad, angustia) que conduce a una forma de reorganización negativa o positiva para el enfermo y su familia.

El estado de crisis esta limitado en el tiempo. El equilibrio se recupera en un plazo de cuatro a seis semanas, aunque resulta importante diferenciar entre el logro de la restauración del equilibrio y la resolución de la crisis.

La enfermedad no sólo supone una amenaza a la integridad física del enfermo, sino que constituye una amenaza a su salud psíquica y de su grupo familiar.

En la segunda etapa, se produce una reorganización de los roles familiares, la función que desempeña el enfermo se redistribuye en el resto de los miembros del sistema familiar, permitiendo que éste reasuma dichas funciones en los momentos de remisión/estabilización de la enfermedad. Es el momento que se produce la designación / aceptación del rol de cuidador principal y todo el esfuerzo del grupo, se centra en mantener la enfermedad en su lugar, tratando de activar los mecanismos individuales y familiares de control y afrontamiento de la enfermedad.

La familia también se plantea estrategias para tratar de hacer compatibles los cuidados del enfermo con la reanudación de la vida normal, intentando que se interrumpa lo menos posible el ciclo vital de cada uno de sus miembros, con el ciclo vital de la familia, se pueden llevar a cabo los planes de todos los miembros de la familia.

En las familias del paciente con insuficiencia renal crónica, la ocultación de los sentimientos considerados negativos, lleva a un importante problema de comunicación entre sus miembros, que puede ser percibido como abandono o desamor por parte del propio enfermo, en cuyo beneficio hipotético, se ha instaurado esta conspiración de silencio. Además esta situación termina marginando al enfermo de los mecanismos de participación y toma de decisión en el núcleo familiar, con el consiguiente empobrecimiento y estereotipia.

La sobreprotección es un mecanismo de defensa que activan los familiares de un paciente con insuficiencia renal crónica. Se refiere a tratar de evitar en el paciente los esfuerzos físicos, desgaste emocional, interacción con el exterior, tratándolos como una persona más incapacitada de lo que realmente está.

Este mecanismo llevado de manera extrema conduce a la regresión del enfermo que se infantiliza, aumentando la dependencia del grupo familiar en general y del

cuidador principal, obstruyendo gravemente el desenvolvimiento normalizado del paciente, produciendo una importante interrupción y regresión del ciclo vital del enfermo y del cuidador.

En la tercera etapa, la familia se centra fundamentalmente en el apoyo emocional y físico del enfermo, estableciendo un mecanismo de duelo anticipado.

El proceso de duelo se ve modelado por los factores culturales y sociales subyacentes y por las variables individuales y familiares. El duelo tiene un mayor potencial para tomar proporciones de crisis cuando la muerte es intempestiva de manera prematura o trágica.^{6,9}

1.2 LA FAMILIA

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria, de manera que mediante la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que se cura o desaparece está influenciado por las decisiones que se adoptan en el grupo familiar.^{10,12}

El censo canadiense, define a la familia como “ esposo y esposa con o sin hijos que viven bajo el mismo techo “. ¹²

La familia se clasifica en funcional y disfuncional :

- a) Familia Funcional, es aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, en esta familia los hijos no presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres no están en una lucha continua, sin excluir la presencia de algunos sentimientos negativos como el rencor, lo celos, etc. Pueden existir actitudes ambivalentes o de insatisfacción, o bien sentimientos positivos como el amor, el altruismo, el respeto, etc.
- b) Familia Disfuncional, es aquellas que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre en relación con las demandas que percibe de su entorno.^{10,11}

El equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia.

También se debe evaluar la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación y la participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio de la salud familiar.^{10,11}

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son las siguientes :

- a) Función biológica. Se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- b) Función Educativa. Tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- c) Función Económica. Se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa, etc.
- d) Función Solidaria. Se desarrollan afectos que permiten valorar el apoyo mutuo y la ayuda al prójimo.
- e) Función protectora. Se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.
- f) Función psicológica.

La familia además de su autoridad parenteral, tiene como función específica moldear la personalidad sociocultural del individuo en el marco de su pequeño grupo, en donde sus miembros se hallan vinculados por sólidos e íntimos sentimientos.

La familia nuclear (padres e hijos) representa el medio natural y adecuado para el crecimiento y desarrollo de los individuos en formación y facilitar el proceso de socialización de los hijos, apoyada por la escuela y grupos de iguales, en donde se intercambian conocimientos, habilidades, tradiciones, gustos, prejuicios, etc.

En México por sus características particulares de gran heterogeneidad y por su idiosincrasia, mantienen todavía un número considerable de familias extensas o ampliadas, sobre todo en zonas rurales, la mayoría de las etnias y algunos grupos de áreas marginadas en las grandes ciudades cuya dinámica familiar y su funcionalidad se estudian con mayor profundidad.

Las características de una familia representan algo más que la suma de las personalidades individuales. Para entender su funcionamiento, es necesario explorar la manera de cómo se relacionan entre sí.

Si la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan a las diferentes formas en que interactúan los miembros de una

familia, entonces su dinámica, se desarrolla a partir de los patrones únicos de interacción creados por sus miembros al relacionarse entre sí en el interior del núcleo familiar.

La funcionalidad familiar, es el conjunto que se deben cumplir durante la etapa de desarrollo de la familia fundamentalmente en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar, conforme a las normas de la sociedad a la que se pertenece.¹²

1.2.1 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo.

El ciclo vital de la familia según Geyman:

- a) Fase de matrimonio. Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo, con el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.
- b) Fase de expansión. Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se “ expande “.
- c) Fase de dispersión. Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela, en esta etapa, se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, ya que se encuentran en plena adolescencia.
- d) Fase de independencia. La pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias.
- e) Fase de retiro y muerte. Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, se observa el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizan la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que se han identificado :

- Incapacidad para laborar
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos económicos a los padres, con frecuencia los recluyen en “asilos” para ancianos.¹⁷

Dentro de los instrumentos para valorar la dinámica familiar se tienen los siguientes :

1.2.2 APGAR FAMILIAR.

En la familia se debe evaluar la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación y la participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio de la salud familiar. En todas estas situaciones, el apgar familiar es un instrumento útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o si por el contrario influirá empeorando la situación.^{10,11}

El apgar- familiar es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar, que fue desarrollada por Smilkstein en 1978. Este instrumento se ha ido incorporando a la práctica clínica del médico familiar, como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares, tanto en la forma experimental como en la asistencia clínica diaria.¹⁰

Otro instrumento para valorar la funcionalidad familiar es el Faces III.

La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia. Con el propósito de valorar esta dimensión, se han considerado diversos conceptos con fundamento sociológico, de estos conceptos pueden mencionarse los siguientes :

- a) Liderazgo (control, disciplina)

- b) Estilos de negociación
- c) Roles
- d) Normas para la relación interpersonal y grupal, etc.

Debe ser considerada como el balance entre flexibilidad y estabilidad, y la comunicación clara, abierta y consistente. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad se ha clasificado en una escala cualitativa ordinal que permite identificar cuatro grupos de familia :

- a) Rígida
- b) Estructurada
- c) Flexible
- d) Caótica

El más bajo nivel de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto nivel corresponde a las familias caóticas. Los niveles intermedios de esta dimensión clasifican a las familias como estructuradas o flexibles.

Crobach, considera útil para evaluar la funcionalidad familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Según sus resultados, el instrumentos determina rangos evaluatorios en cada una de estas dimensiones, clasificando a las familias como extremas y balanceadas.

Este instrumento contiene 20 preguntas que se autoaplican en el consultorio, sala de espera, en la calle o en la propia vivienda de la familia, su aplicación es rápida y sencilla (5-10 minutos).^{13,14}

1.2.3 PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO DE FAMILIA.

En la literatura, específicamente la relacionada con atención primaria, medicina de familia, es relativamente fácil encontrar diversas descripciones, de aquellas características que debe reunir el buen médico general o médico de familia.

Es por ello que la primera aproximación al perfil profesional del médico de familia y la que resulta más sencilla, puede hacerse describiendo aquellas características que, deben exigirse a este profesionalista, como por ejemplo, buen clínico, científico, docente, consejero de sus pacientes, educador, compañero, que sea accesible, etc.

Se establece, por tanto, cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia de las cuales sólo se mencionan tres áreas, que son las siguientes :

- a) área de atención al individuo
- b) área de atención a la familia
- c) área de atención a la comunidad.

Área de atención al individuo.

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar atención clínica afectiva y eficiente. Para ello debe de poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico) y darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

La responsabilidad del médico de familia se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea de carácter urgente, o consulta programada, favoreciendo la accesibilidad del individuo tanto en la consulta en la unidad de medicina familiar, como en el domicilio del paciente. La atención del médico de familia al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital, al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de atención, prevención, curación y rehabilitación.

La sociedad demanda un médico de familia que posea una adecuada y actualizada formación científico-técnico.¹⁵

Área de atención a la familia.

En el triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar.

La familia constituye en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando uno de ellos enferma. Pero también, en su aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad y muerte.

El médico de familia está en posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Favorecerá que la atención a todos los miembros de una familia sea otorgada por el mismo equipo de médicos y de enfermeras, así como estimular en las familias la autonomía y el autocuidado, fomentando su papel como preservadora de la salud de la familia y de sus miembros.

Área de atención a la comunidad.

El problema esencial de la formación adecuada del médico de familia, en medicina comunitaria no radica en sus conocimientos, sino en su capacidad de uso de los mismos en el contexto en que trabaja, el marco de una pequeña comunidad y conjuntamente con el desarrollo de sus habilidades clínicas.

Son decisivas para el desarrollo de las funciones de salud comunitaria, las actitudes con que el médico de familia afronte su práctica profesional.

En primer lugar, su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto y, por tanto, su sentido de anticipación a los problemas, su reconocimiento de los factores determinantes del estado de la salud y la prevención de la enfermedad.

En segundo lugar, la actitud debe tener en cuenta que la salud no es una responsabilidad exclusiva de su práctica profesional, y sí del sistema sanitario. En este sentido, el médico de familia deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios.

En tercer lugar, es imprescindible asumir la noción de limitación de los recursos, que obliga al análisis de prioridades en la utilización de los mismos y, por tanto, en la decisión sobre los programas comunitarios a llevar a cabo.

La promoción de la participación comunitaria no debe quedarse en actitud, sino traducirse en las actitudes cotidianas del médico de familia.¹⁵

1.3 DINÁMICA FAMILIAR

En la dinámica familiar incluye determinantemente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición de la vida del paciente.

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la posibilidad de que alguno de sus miembros presenten dificultad de adaptación.

La contribución respecto a las características de la dinámica familiar del paciente con insuficiencia renal crónica, permite identificar los patrones de funcionalidad de la familia en el cuidado del enfermo, lo que depende fundamentalmente de la eficiencia familiar, de los patrones de liderazgo, expresión de conflictos y claridad en la comunicación.

Como la familia, se deben buscar las estrategias tendentes a aumentar su capacidad de ayuda y funcionamiento por parte del equipo de salud, a partir, de intervenciones en grupos de apoyo a pacientes y familiares.^{2,6,16,21,24}

Generalmente la familia desde el momento que comienza la entrada del paciente a diálisis peritoneal, la actitud hacia ellos es protegerlos y considerarlos como inválidos con la consiguiente carga de angustia tanto del paciente como de la propia familia.

La problemática familiar se puede ver agravada si anteriormente a la enfermedad existían problemas familiares, incluyendo el tratamiento y el enfermo.

La disfunción familiar es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere de modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. 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 mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al paciente con insuficiencia renal crónica.^{20,22,25,26}

El diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones que se esperan de ella.

Cuando surge la enfermedad renal crónica, se establece un cambio en la dinámica normal y funcionamiento de la familia. Todo esto consiste en un cambio de roles familiares y asumiendo responsabilidades por otros miembros de la familia.^{6,7}

En el paciente con insuficiencia renal crónica, existen alteraciones de tipo afectivo de personalidad, así como psicológicos, algunos de los cuales se mencionan a continuación.

Aspectos psicológicos del paciente en diálisis peritoneal : Adaptación

La adaptación psicológica del enfermo sometido a hemodiálisis requiere el haber logrado una aceptación del tratamiento sin experimentar depresión o ansiedad excesiva y una de las metas a largo plazo, es que se lleguen a aceptar las limitaciones, así como las desventajas y complicaciones posibles de la hemodiálisis.

Los pacientes sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal continua con máquina cicladora o diálisis peritoneal nocturna intermitente están todos unidos a una máquina. Los pacientes tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria están ligados a un ritual diario repetitivo para realizar los recambios de líquido. Los pacientes en diálisis son totalmente dependientes de procedimientos de un centro de dotación de material y de personal de salud, además de estar expuestos a otros tipos de estrés como son los siguientes :

- a) Sujeción a régimen dietético, con restricción de líquidos y toma de medicamentos.
- b) Procedimiento dialítico.
- c) Enfermedad específica
- d) Pérdidas múltiples de trabajo, libertad y esperanza de vida.
- e) Disfunción sexual asociada.

Los pacientes a quien no es posible continuar con sus proyectos de vida anteriores, ya sea por circunstancias externas o por alteraciones de la personalidad, tienden a expresar sentimientos de desvalorización, debido a los reajustes que necesitan llevarse a cabo en la vida familiar y que cambian el rol de el (la) esposos(a). Es lógico, que la familia también reaccione a una enfermedad crónica, y tener que enfrentar una serie de tensiones y demandas excesivas que afectan la vida familiar.

El grado de naturaleza de las tensiones varía al igual que la capacidad de las personas para resolverlas, aunque existen algunos factores que pueden influir como son :

1.- Gravedad. Posibilidad de muerte, aumento de ansiedad.

2.- Carácter congénito o adquirido de la enfermedad. Culpa de los padres de haberle transmitido la enfermedad y tiene miedo de poder heredarla, lo cual aumenta la depresión.

3.- Edad de comienzo de la enfermedad. Niño, adolescente, adulto, especialmente crítico en la adolescencia, si la enfermedad supone una privación de las supuestas libertades que está comenzando a adquirir dentro de la familia.

4.- Presencia de una alteración emocional previa dentro de la familia.

5.- Naturaleza y afecto de la propia enfermedad, hospitalización, dificultades económicas, alteraciones del esquema corporal, etc.

Depresión-ansiedad.

Los problemas psicológicos más importantes en los pacientes con diálisis peritoneal, son la depresión (incluida la idea suicida), la conducta poco cooperativa. Las disfunciones sexuales y la presencia de dificultades relacionadas con el objeto de trabajo y la rehabilitación.

La depresión es la complicación psicológica más frecuente en los pacientes con diálisis peritoneal, habitualmente una respuesta a una pérdida real, potencial o imaginaria. Suele manifestarse con humor depresivo persistente, pobre autoimagen y sentimientos de desesperanza. Los síntomas físicos incluyen trastornos de sueño, cambios en el apetito y el peso, sequedad de boca estreñimiento y disminución del interés y la capacidad sexual.

Al momento que transcurre el tiempo en diálisis, pueden aumentar los sentimientos de minusvalía, inferioridad, inutilidad e incapacidad. La anhedonia (incapacidad, es frecuente la desilusión y el aislamiento) hacen que el paciente con insuficiencia renal crónica, se haya automarginado y que además de establecerse conflicto a nivel familiar, se debilitan las relaciones de grupo.

Las restricciones en la calidad de vida de los pacientes con diálisis peritoneal, en comparación con los controles sanos es evidente y puede esperarse una alta incidencia de depresión.

Se ha reportado aumento hasta de 15 veces de la tasa de suicidio en los pacientes con diálisis peritoneal, comparado con la población en general. La falta de apoyo familiar, el tipo de personalidad dependiente y la historia previa de depresión son factores que pueden favorecer la aparición de conductas suicidas.

La irritabilidad es común entre los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica y a menudo el paciente en diálisis presenta una conducta que molesta al personal que los rodea.

Existe incidencia de trastornos depresivos en 20-50% de la población con diálisis peritoneal, hasta un 35% de los pacientes sometidos a hemodiálisis llegan a presentar trastornos adaptativos.

Sin embargo, muchos pacientes en programa de diálisis son capaces de mantener una actividad laboral normal y una vida familiar satisfactoria.

Disfunción sexual.

En el paciente renal son frecuentes, tanto por los cambios biológicos como la depresión subyacente, disfunción sexual que pueden oscilar desde la disminución de la libido a la impotencia en los varones o la anorgasmia en la mujer. La disfunción sexual ocurre hasta en un 80 % de los casos.

La disminución de la libido no suele mejorar con la hemodiálisis, sin embargo, el trasplante renal, se asocia con una mejoría de todos los parámetros de la función sexual.

El desequilibrio hormonal, las alteraciones vasculares y los efectos colaterales de los medicamentos, se suman a las dificultades para enfrentar las reacciones

emocionales (cólera, depresión, ansiedad), así como los cambios que inevitablemente ocurren en la dinámica familiar y de la pareja. No es raro el cambio en los roles de la pareja, cuando la esposa asume el papel de protección maternal hacia el paciente renal, lo cual requiere de tiempo para asimilarse y superarse.

Incapacidad para reasumir el papel laboral.

A pesar de la mejoría física y emocional que le brinda el tratamiento de la hemodiálisis o diálisis al paciente, el porcentaje de pacientes que reasume sus actividades laborales no es mayor del 25-35%. Los factores que más influyen son las limitaciones físicas pero también es muy relevante la actitud del paciente frente a estas limitaciones y sobre todo, la carencia de apoyo de la familia, que llega en ocasiones a convertir al enfermo en un inválido, por lo temores que sufra complicaciones en su salud, y considerarlo como un objeto frágil, al volver a su trabajo habitual.

Aspectos psicológicos y psicosociales (trasplante renal).

El paciente que requiere un trasplante renal atraviesa por una serie de etapas previas a la cirugía, en la que alternan experiencias de ansiedad, con otras de estrés, insomnio, trastornos del apetito y del ritmo del sueño, etc. Uno de los miedos más universales en esta etapa, es el temor de la invalidez y la muerte. En ocasiones el paciente y los familiares pueden enfrentar estos temores mediante la negación, lo cual puede predisponer al paciente a la desmoralización y a la depresión, en caso de que ocurrieran complicaciones posteriores al trasplante.

La negación es una defensa muy común, que nos ayuda a protegernos de los miedos y de la angustia.

Si el estrés familiar puede tener efectos perjudiciales sobre la salud, el apoyo familiar puede ser un cambio beneficioso, el apoyo familiar se define, como la ayuda emocional, instrumental y económica que se obtiene de nuestra red social. Un amplio conjunto de estudios ha demostrado que las redes y apoyos sociales pueden mejorar la salud en formas directa, además de amortiguar los efectos adversos del estrés.

La investigación sobre la relación entre la familia y la salud demuestra la gran influencia que la familia tiene sobre la salud y la enfermedad. El estrés y el apoyo de familiares tienen incidencias sobre el índice global de mortalidad.^{1,7}

Winslow definió a la Salud Pública como ciencia y el arte de :

- 1.- Prevenir la enfermedad.
- 2.- Prolongar la vida.
- 3.- Promover la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:
 - a) El saneamiento del medio
 - b) El control de las enfermedades
 - c) La educación de los individuos en higiene personal
 - d) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las enfermedades (tratarlas cuando inician)
 - e) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguran al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Estos servicios deben organizarse de tal modo que el ser humano esté en condiciones de disfrutar su derecho natural a la salud y a la longevidad.

La salud pública tiene funciones relacionadas directamente con la población como son:

- 1.- Promoción de la salud que se lleva a cabo mediante la educación para la salud y a través de programas de nutrición, vacunación, planificación familiar y otros.
- 2.- Protección de la salud, a través del control de las enfermedades y del saneamiento ambiental.
- 3.- Restauración de la salud, por medio de la atención médica.
- 4.- Rehabilitación.

El conocimiento de la historia de la enfermedad, permite aplicar las medidas preventivas. Existen tres niveles de aplicación primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria.

Es el más importante, porque se aplica en el período de la génesis de la enfermedad, con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad (IRC). Se lleva a cabo a través de actividades de promoción de la salud y de protección específica.

Prevención secundaria.

Se aplica cuando el individuo está enfermo, porque fracasó la prevención primaria.

Consiste en :

- a) Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Muchas enfermedades se pueden detectar cuando empiezan, aunque la persona se sienta bien.
- b) Limitar la incapacidad. La incapacidad es la pérdida de las facultades físicas, psíquicas o ambas, que alteran el desempeño normal de las actividades durante cierto tiempo.

Prevención terciaria.

Se aplica cuando fracasan los niveles anteriores. Consiste en la rehabilitación, que es la readquisición de la actividad funcional perdida a causa de una incapacidad. El tratamiento dependerá de ésta, por lo que puede ser físico, mental y social. En muchos casos, como al perder la vista, ésta ya no se recupera, pero el individuo aprende a agudizar los demás sentidos, para realizar sus actividades. Si una persona ya no puede desempeñar su trabajo anterior deberá aprender otro que le permita valerse por sí mismo. Además es muy importante educar a la sociedad para que reconozca que un paciente rehabilitado puede ser incluso de más utilidad que algunas personas sanas, todo este apoyo se le debe de aplicar a los pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de diálisis peritoneal, con el fin de que se sientan útiles y salgan de los estados psicosociales con los que cursan frecuentemente.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La insuficiencia renal crónica, se puede producir como consecuencia de múltiples afecciones y mecanismos, ya sea inmunológicos, primarios o secundarios a enfermedades sistémicas, por alteraciones vasculares así como metabólicas, hereditarias, congénitas, obstructivas, etc^{1,2,3,4}.

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública, que afecta de manera importante al paciente y la dinámica familiar.

La insuficiencia renal crónica es un padecimiento que causa discapacidad al paciente, incrementando el gasto institucional de manera importante.⁵

Frecuentemente existe dificultad de adaptación por el paciente y su familia a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición del contexto familiar.

La disfunción familiar es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja que requiere de modificaciones estructurales y adaptativas, con respecto a valores sociales, económicos, sexuales, religiosos, etc. 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 permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan características de la dinámica familiar e influyen directamente en el tratamiento que se otorga al paciente con insuficiencia renal crónica.^{9,20,22,25,26}

La dinámica familiar en el paciente con insuficiencia renal crónica, se ve afectada de manera importante, ya que cuando surge la enfermedad, se establece un cambio en la dinámica y funciones de la misma. Todo esto consiste en un cambio de roles familiares, asumiendo responsabilidades por los otros miembros de la familia.⁹

En México, la incidencia de insuficiencia renal crónica se estima en cuatro a cinco mil casos nuevos al año y sus causas son múltiples, desde las glomerulopatías primarias, con probable foco inmunológico, hasta las consecutivas a varias enfermedades, metabólicas, diabetes mellitus, reumatológicas, lupus eritematoso, urológicas (uropatía obstructiva, infecciosas, vasculares, etc.).^{3,4,23}

Por lo que es necesario conocer como se esta afectando ésta enfermedad al paciente y la familia en el Hospital General de Zona No. 194.

En el Hospital General de Zona No. 194 no existe evidencia escrita de un estudio previo o similar al actual. No hay un seguimiento en los pacientes con esta patología, mediante la referencia y contrarreferencia del primer nivel de atención al segundo nivel y viceversa.

Pregunta de investigación:

¿Cómo es la dinámica familiar en los pacientes que cursan con IRC?

1.5 JUSTIFICACIÓN.

Por ser la insuficiencia renal crónica, un problema de salud pública emergente, por el número creciente de casos, el rezago en la atención médica, los elevados costos en cuanto a su tratamiento, la alta mortalidad y los recursos limitados, que requiere de una razonada aplicación financiera.⁵

En México, la incidencia de insuficiencia renal crónica, se estima en cuatro a cinco mil casos nuevos al año y sus causas son múltiples desde las glomerulopatías primarias, con probable fondo inmunológico, hasta las consecutivas a varias enfermedades metabólicas. Actualmente se considera que la principal causa de insuficiencia renal crónica en el adulto es la nefropatía diabética, aunque en un número muy elevado de los casos no se logra determinar con precisión la causa de la nefropatía debido, en parte, a la atención especializada tardía de estos casos.^{3,4}

En México, la sobrevida de pacientes con insuficiencia renal crónica, atendidos en el departamento de nefrología del IMSS usando DPCA, se reporta de 82 a 90% y 40 a 82% a uno y seis años. La edad de estos pacientes es de entre 39 y 42 años de edad. La edad es un factor muy importante que influye en la sobrevida del paciente.¹⁸

El trasplante renal es la mejor terapéutica para la insuficiencia renal crónica, pero en México, se practica escasamente, sólo se efectúan 1,500 trasplantes al año (80% de los cuales son de donador vivo relacionado), menos de 20 trasplantados anuales por millón de habitantes.¹⁸

En el HGZ 194 del IMSS que cuenta con 285,326 derechohabientes, el 0.105% corresponde a pacientes adultos de ambos sexos con IRC.8 fuente D.I.M.A.C del H.G.Z 194)

Por lo cual se justifica la investigación en estos pacientes de su dinámica familiar.

Por todo lo anterior es necesario que el médico familiar tenga presente, la prevención, el seguimiento y el tratamiento oportuno, para evitar la presencia de complicaciones como el síndrome nefrótico y su evolución a insuficiencia renal crónica y que en ocasiones se llega a la muerte.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL.

Identificar si la insuficiencia renal crónica influye en la dinámica familiar de estos pacientes.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

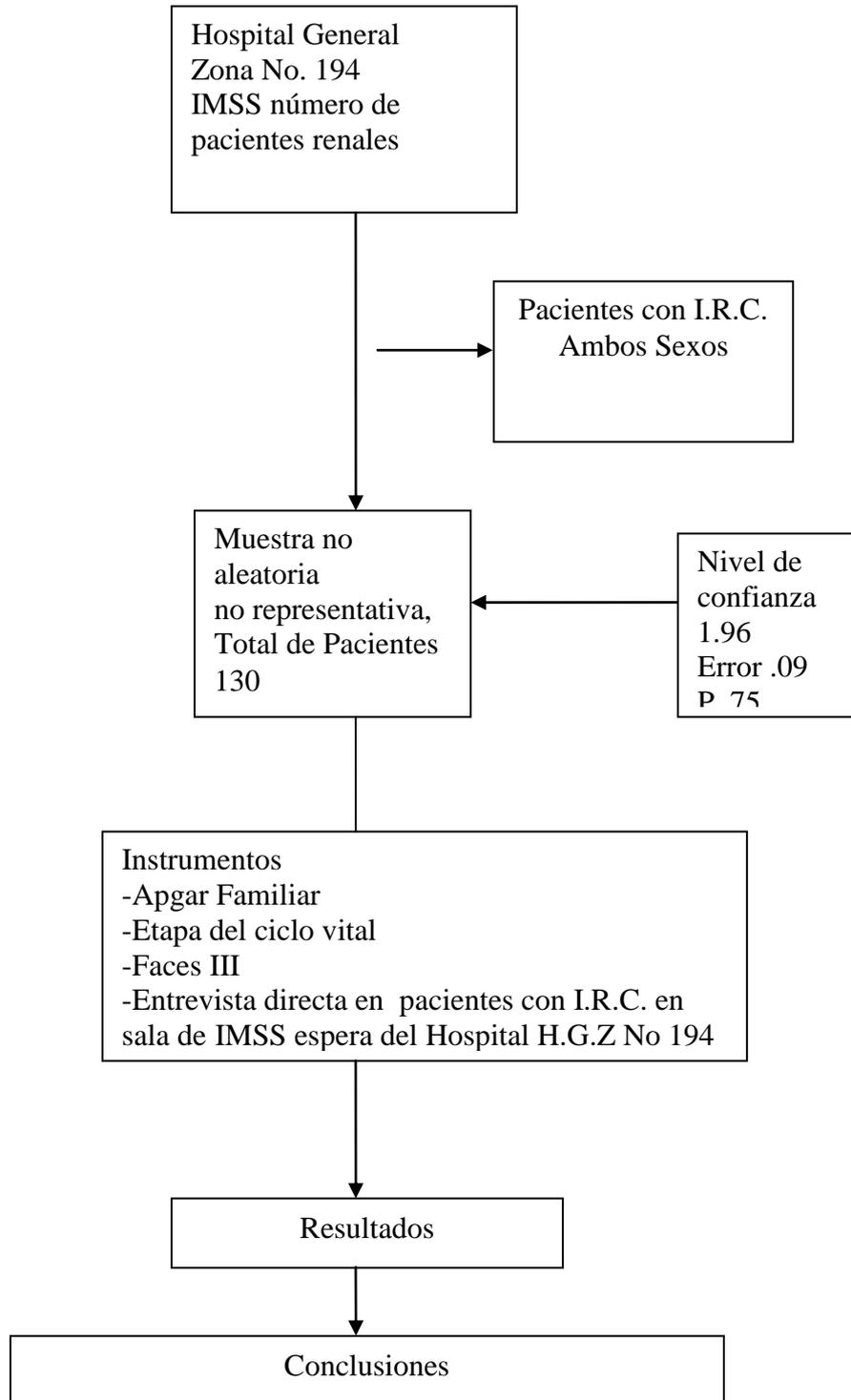
- Identificar el ciclo vital de la familia, en paciente con insuficiencia renal crónica.
- Identificar el tipo de apoyo al paciente con insuficiencia renal crónica.
- Identificar la frecuencia de IRC por sexo
- Conocer de la edad de los pacientes con insuficiencia renal crónica
- Conocer la etiología de la IRC
- Conocer los años de evolución del padecimiento
- Conocer los tipos de tratamiento del paciente con insuficiencia renal crónica
- Identificar la complicaciones en la insuficiencia renal crónica

2.0 MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio, observacional, descriptivo, trasversal y prospectivo.

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.



2.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

En los derechohabientes del Hospital General de Zona No. 194 del IMSS, en quienes se les aplicó una **encuesta** para conocer su dinámica familiar en el periodo de agosto-enero del 2006-2007.

2.4 Tipo de muestra

Es una muestra no aleatoria, no representativa

2.4.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra será obtenida mediante la fórmula utilizada para poblaciones finitas :

$$n = \frac{\frac{Z^2 q}{e^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 q}{e^2 p} - 1 \right)}$$

En donde :

n = (minúscula) = Tamaño de la muestra

Z = nivel de confianza (1.96)

p = probabilidad a favor (.75)

q = probabilidad en contra (.25)

e = error de estimación (.09)

$\frac{1}{N}$ = .0016

N

Substituyendo :

$$1 + .0016 \frac{\frac{(3.84) (.25)}{(.09) (.75)}}{\frac{(3.84) (.25)}{(.09) (.75)}} - 1$$

$$= \frac{\frac{0.96}{0.0060}}{1 + 0.0016 \left[\frac{0.96}{0.0060} \right]}$$

$$= \frac{160}{1 + 0.0016 (159)}$$

$$= \frac{160}{1 + 0.2544}$$

$$= \frac{160}{1.2544}$$

$$= 127$$

n = la muestra será de 127 pacientes

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

2.5.1 Inclusión

- Derechohabientes vigentes en el IMSS
- Ambos sexos
- Con diagnóstico de IRC
- Con tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal
- Pacientes que acepten contestar las encuestas

2.5.2 Exclusión

- Pacientes no derechohabientes del IMSS
- Sin diagnóstico de IRC
- Pacientes con IRC, sin tratamiento sustitutivo
- Pacientes que no acepten contestar las encuesta

2.5.3 Eliminación

- Encuesta incompleta
- Datos de baja en el IMSS
- Defunciones

2.6 RECOPIACIÓN DE DATOS

Una vez que ha sido seleccionada la muestra de la investigación, se procedió a aplicar los instrumentos para valorar la dinámica familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica, FACES III, Apgar- Familiar, Ciclo Vital , los cuales serán aplicados a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialfítico en la sala de espera del Hospital General de Zona No. 194 del IMSS

2.7 VARIABLES.

Es el aspecto de un fenómeno que tiene como característica la capacidad de asumir distintos valores

Variables	Definición conceptual	Definición operativa
Dependiente: Dinámica Familiar	Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que éste atravesando la familia	Se aplicaran los cuestionarios de APGAR familia, FACES III, y ciclo vital
Independiente: Insuficiencia Renal Crónica	Es la disminución permanente y significativa de la filtración glomerular	Pacientes con Diagnostico de IRC registrado en su expediente
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento, en el que se consideran 4 estadios o periodos, infancia, adolescencia, madurez y senectud	Preguntado al paciente su edad
Sexo	Es la condición orgánica que distingue el macho de la hembra, en los seres humanos , animales y plantas.	Interrogando al paciente Se clasifica: 1) Femenino 2) masculino

Escolaridad	Es el conjunto de recursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Interrogando al paciente Sobre los años de estudio
Ocupación	Es el trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Interrogando al paciente sobre su actividad laboral
Cuadros de infección de vías urinarias : referidos con sintomatología y con EGO	Enfermedades producidas por diversos agentes patógenos que afectan el aparato urinario.	Interrogando al paciente sobre los cuadros de vías urinarios diagnosticados en su unidad medica con sintomatología y EGO.
Cuadros de infecciones respiratorias altas : referidos con sintomatología	Es el número de padecimientos de vías respiratorias altas que presenta el paciente en un año	Interrogando al paciente, cuantos cuadros de infección respiratoria diagnosticados en su UMF con sintomatología.
Antecedentes familiares de insuficiencia renal crónica	Son datos o circunstancias familiares de la enfermedad, por ejemplo riñones poliquisticos	Interrogando al paciente sobre antecedentes heredo familiares de insuficiencia renal crónica
Años de evolución de la insuficiencia renal crónica, indicados durante las primeras consultas en la UMF No. 61	Es el tiempo en que ha progresado la insuficiencia renal crónica	Interrogando al paciente sobre la evolución en años de la insuficiencia renal crónica.
Tratamiento inicial de la insuficiencia renal crónica	Es la terapéutica que se inicia en el paciente con insuficiencia renal crónica, ya sea de tipo farmacológico o tratamiento sustitutivo	Interrogando al paciente en cuanto al ingreso a tratamiento sustitutivo(diálisis peritoneal).
Complicaciones en el paciente con insuficiencia renal crónica	Son los fenómenos que sobrevienen, en el curso de la insuficiencia renal crónica sin ser propios de la enfermedad, agravándola generalmente.	Interrogando al paciente sobre las complicaciones que ha desarrollado en el transcurso de la insuficiencia renal crónica.

Variable	Tipo de variable	Escala de medición
Dinámica Familiar	Cualitativa	Nominal
Independiente Insuficiencia Renal Crónica	Cualitativa	Nominal
Edad	Cuantitativa	Ordinal
Sexo	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Cuantitativa	Ordinal
Ocupación	Cualitativa	Nominal
Cuadros de infección de vías urinarias	Cuantitativa	Ordinal
Antecedentes familiares de insuficiencia renal crónica	Cualitativa	Nominal
Años de evolución de la insuficiencia renal crónica	Cuantitativa	Ordinal
Tratamiento inicial en la insuficiencia renal crónica	Cualitativa	Nominal
Complicaciones en el paciente con insuficiencia renal crónica	Cualitativa	Nominal

Sistema de captación de la información:

Se diseñara una base de datos en el programa estadístico SPSSV13, en donde se analizará la información.

2.8 RECURSOS.

2.8.1 HUMANOS.

- El investigador principal, alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar, con todo el tiempo necesario para realizar el trabajo de investigación y cumplir con el mismo.

2.8.2 MATERIALES.

- Copias las necesarias para aplicar los instrumentos para valorar la dinámica familiar .
- Lápices los necesarios para responder los cuestionarios aplicados a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico.
- Bolígrafos necesarios para aplicar los cuestionarios.
- Borradores de goma necesarios para aplicar los cuestionarios de valoración de dinámica familiar

2.8.3 FINANCIEROS.

- Todos los gastos que se generen para la realización de la investigación serán cubiertos por el investigador principal.

Prueba piloto :

No se realizó prueba piloto o prueba de campo por utilizarse instrumentos de evaluación familiar previamente ya elaborados y aceptados.

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente trabajo observa los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en junio de 1964 con su actualización reciente Washington , 2002.

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos, así como la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

Los principios éticos en la Declaración de Helsinki en la presente investigación son los siguientes:

- La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos.
- Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
- En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que suele acarrear. Se le debe de informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento informado que ha otorgado para participar.
- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En este caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

- El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

De la misma manera, se cumple con lo marcado en el artículo 58, capítulo V Título segundo, de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de México se cumple con lo señalado en el artículo 62, capítulo tercero, en donde se considera una investigación sin riesgo debido a que solo se aplicó un cuestionario para obtener información de la familia, sin modificar conductas e intervenir en ella, así como los artículos 113 a 120, capítulo único del Título sexto de la misma ley. También se apegarán a la reglas o Normas éticas del Comité ético de la Institución.

Difusión de los resultados del estudio

La difusión que se dará a través de la publicidad de la investigación en revista científica o a través de la conclusión del trabajo de investigación (tesis).

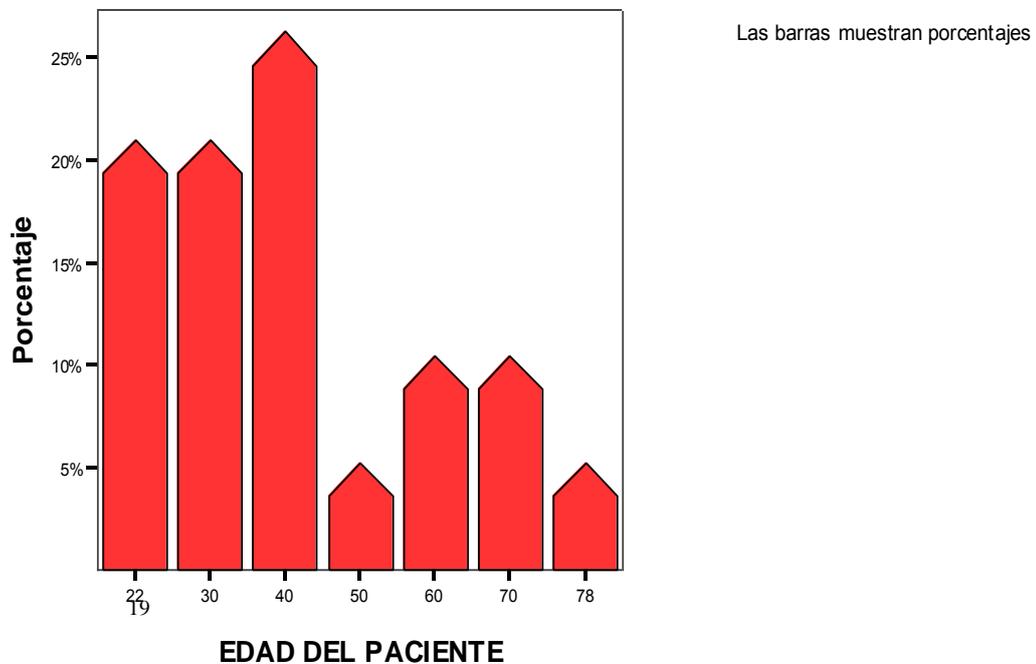
3.0 RESULTADOS

El estudio de investigación se realizó en 130 pacientes del Hospital General de Zona 194 portadores de insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico durante el periodo de agosto del 2006 a enero del 2007, se encontraron los siguientes datos:

El rango de edad en pacientes con IRC el fue de 19 a 78 años de edad, en el cual el promedio fue 41 años y una desviación estándar de 13.7. La frecuencia y el porcentaje se muestran en la figura 1.

GRAFICA No. 1

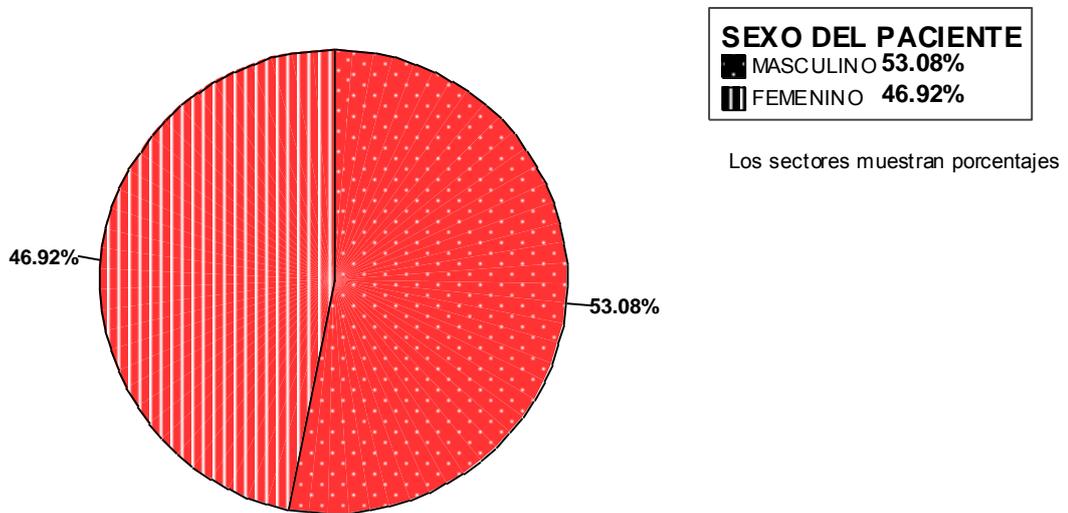
Edad de los pacientes encuestados durante agosto 2006 a enero 2007



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 2

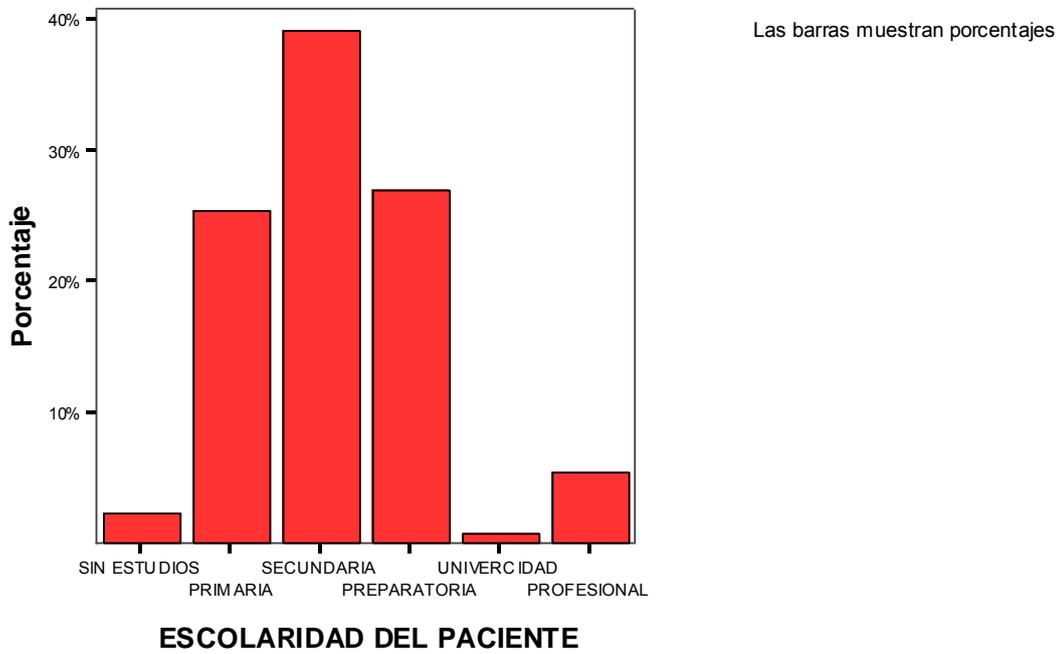
En la variable sexo predomino el masculino con un 53.08% en pacientes con insuficiencia renal crónica



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 3

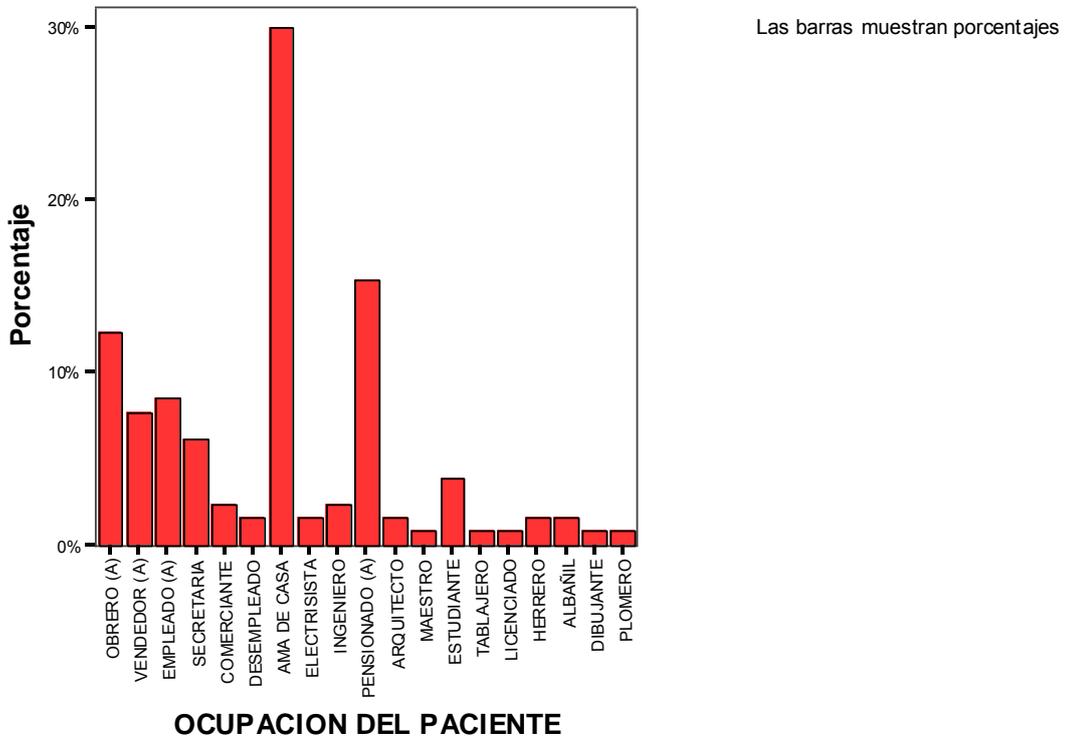
En cuanto a la escolaridad predomino la secundaria en un 38 % de los pacientes con insuficiencia renal crónica.



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICAS No.4

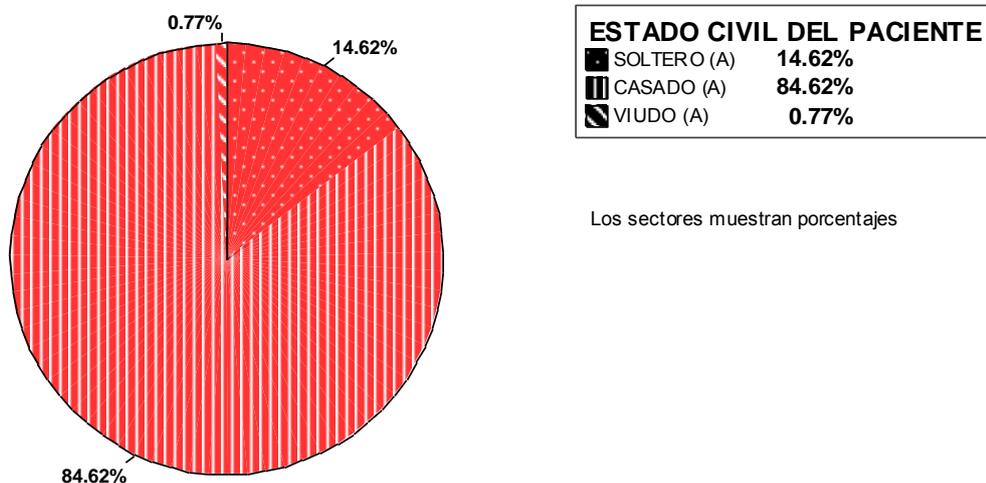
La ocupación de los pacientes entrevistados fue mas frecuente la de ama de casa en un 28%.



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 5

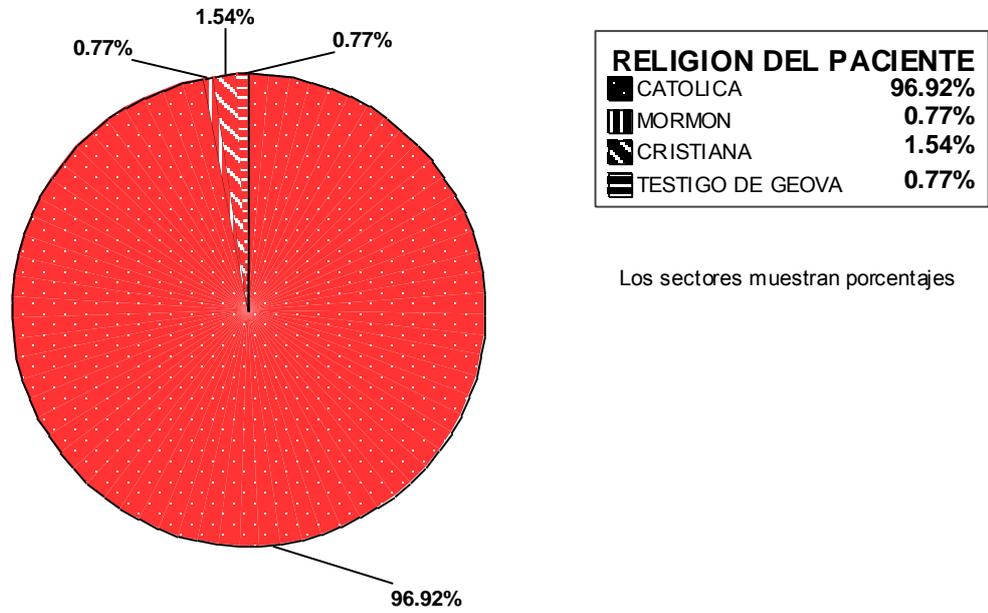
En lo que se refiere al estado civil en pacientes con IRC predomino el estado civil casado(a): en un 84%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 6

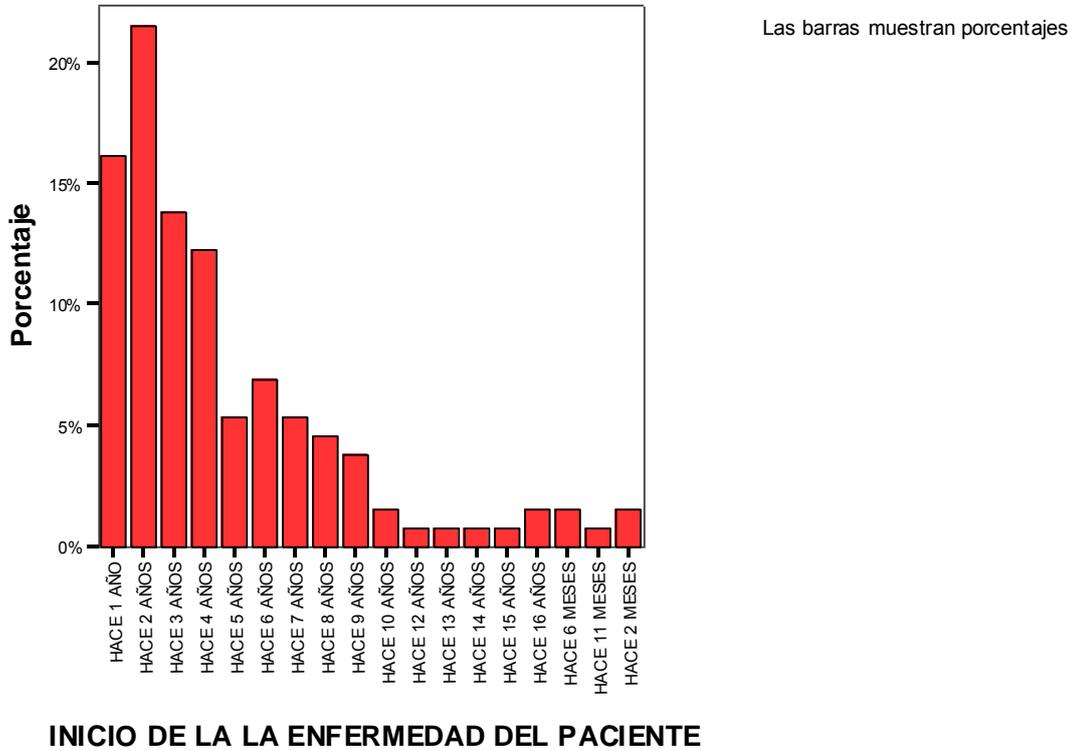
En lo que se refiere a la religión en pacientes con IRC, la que predominó fue la católica: con 96.92%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 7

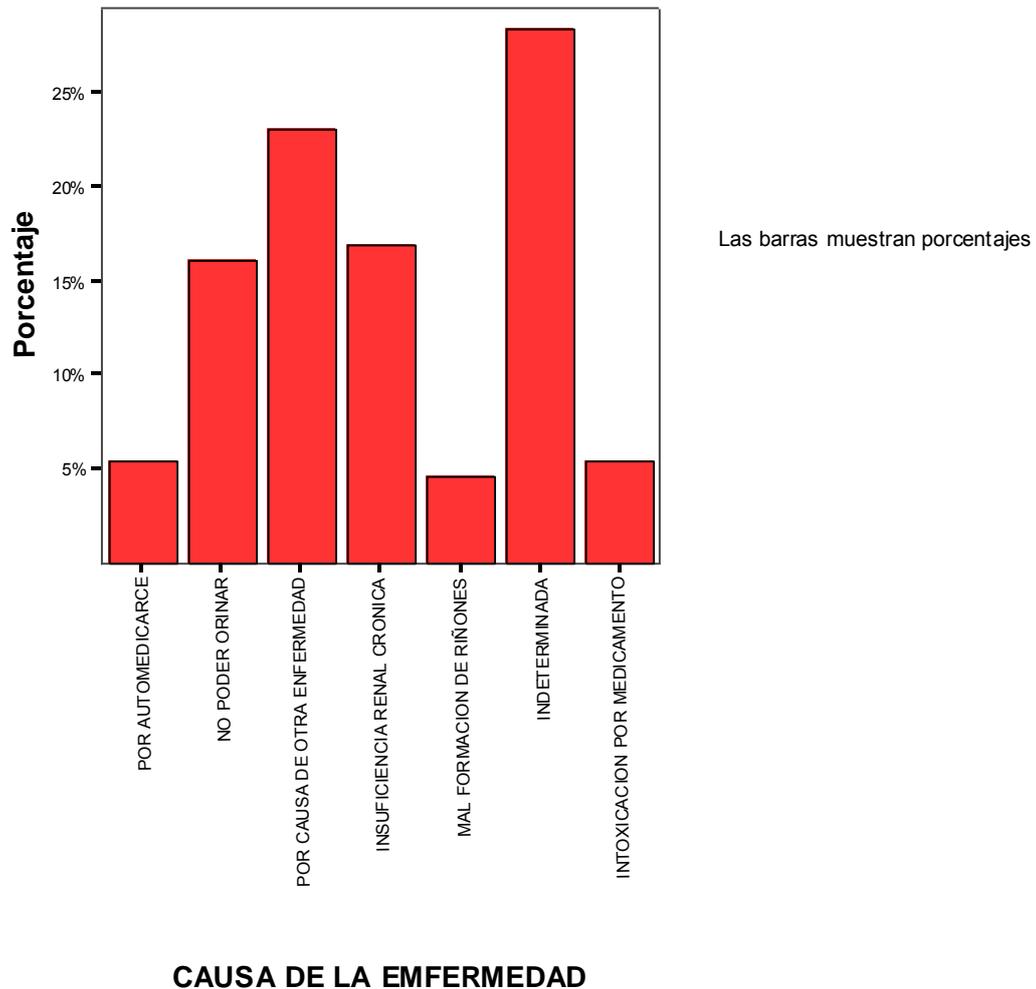
En cuanto a los años de inicio de la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica predominio la de 2 años en un 23 %



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 8

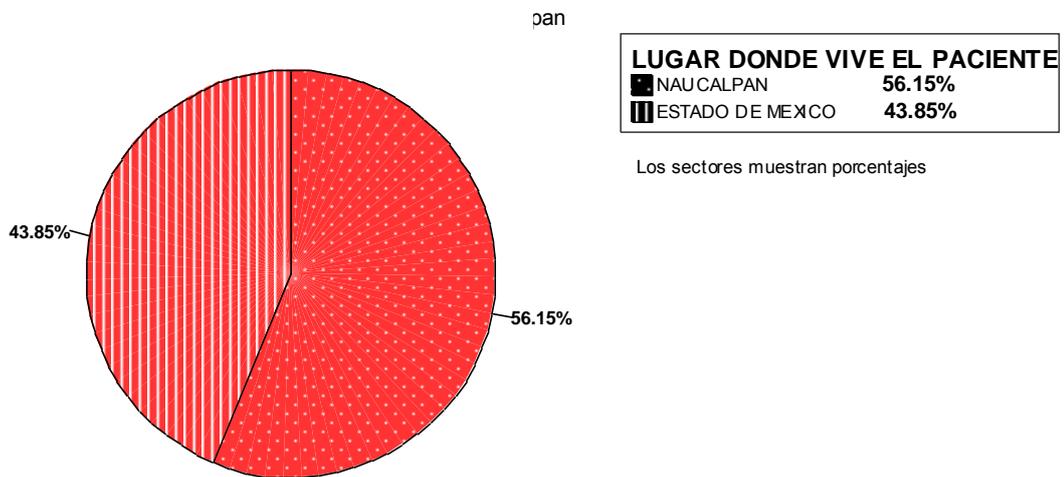
En lo que se refiere a la etiología principal de la enfermedad en pacientes con IRC la respuesta que predominó fue la de causa indeterminada en un 28% , la mayoría de los paciente ignora el origen de su enfermedad.



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 9

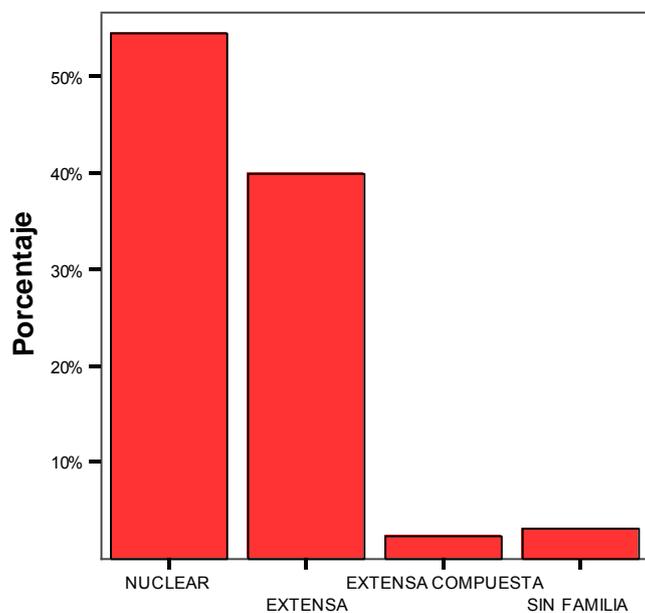
El lugar de residencia de pacientes con IRC la zona que predomino fue la de Naucalpan en un 56.15%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No.10 ANALISIS POR CLASIFICACION ESTRUCTURAL

La clasificacion que predomino fue la familia nuclear



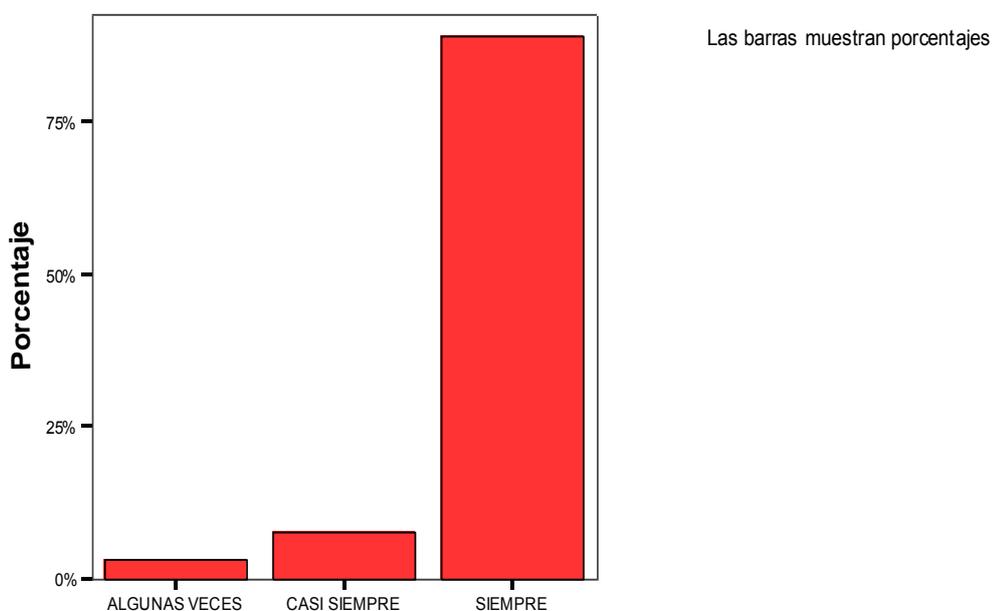
Las barras muestran porcentajes

CLASIFICACION ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 11

La clasificación estructural de la familia predominó la de familia nuclear con 55%, formada por padres e hijos.

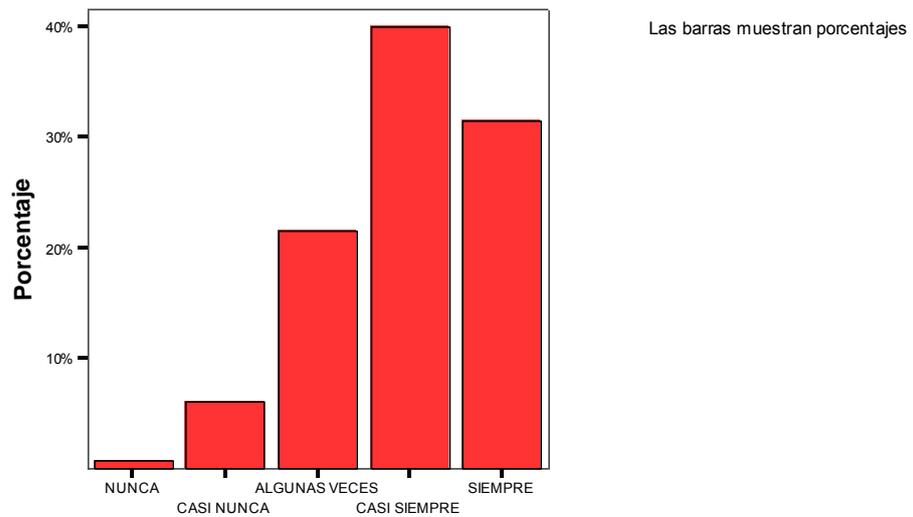


LOS MIEMBROS DE NUESTRA FAMILIA SE DAN APOYO ENTRE SI

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA NO. 12

En cuanto a la pregunta ¿Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si? La respuesta que predominio en pacientes con IRC fue la de “siempre”: en un 85%

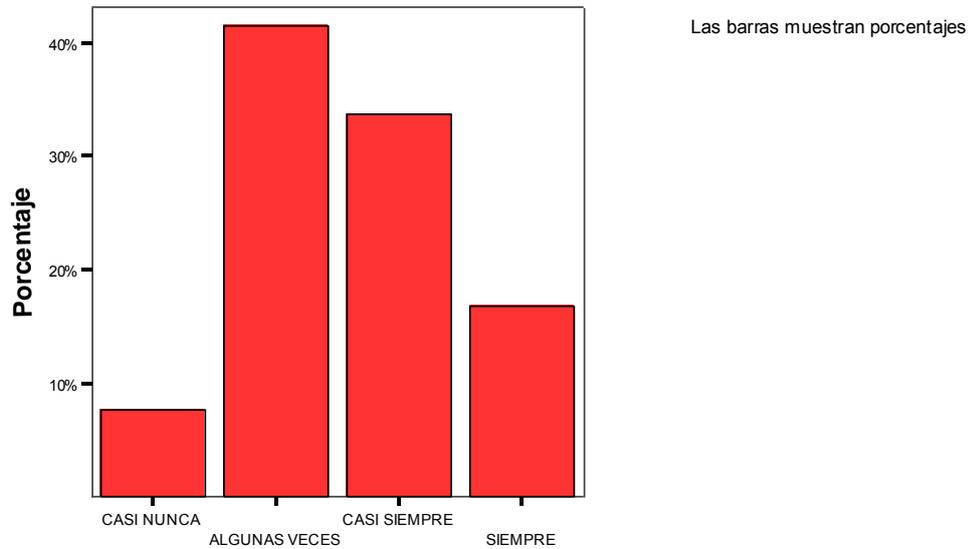


**EN NUESTRA FAMILIA SE TOMAN EN CUENTA LAS SUGERENCIAS DE LOS HIJOS
PARA RESOLVER PROBLEMAS**

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 13

En cuanto a la pregunta ¿En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas? Predomino la respuesta “casi siempre” en un 38 %

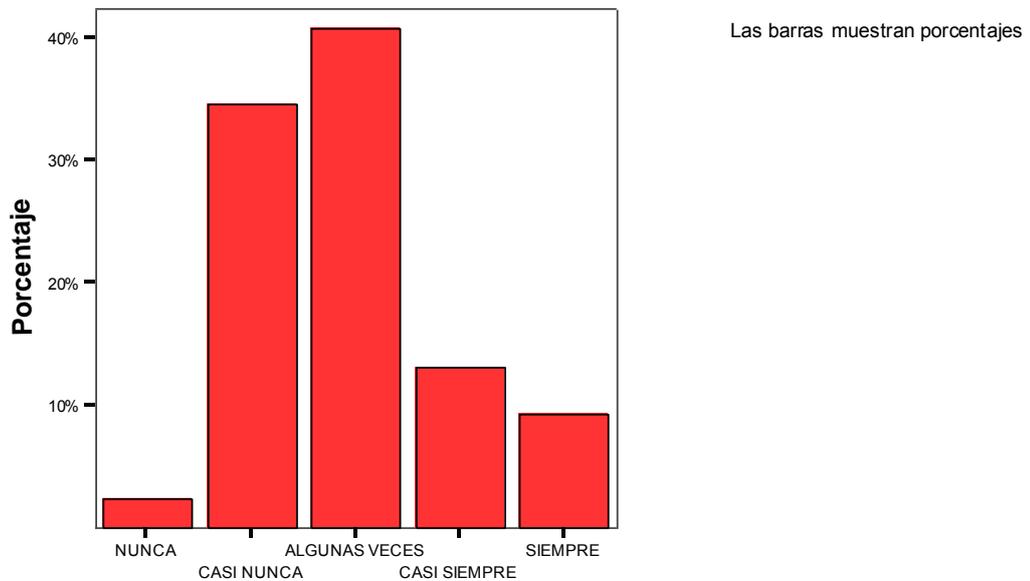


ACEPTAMOS AMISTADES DE LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 14

En cuanto a la pregunta ¿Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia? Predomino la respuesta “algunas veces”: en un 42%

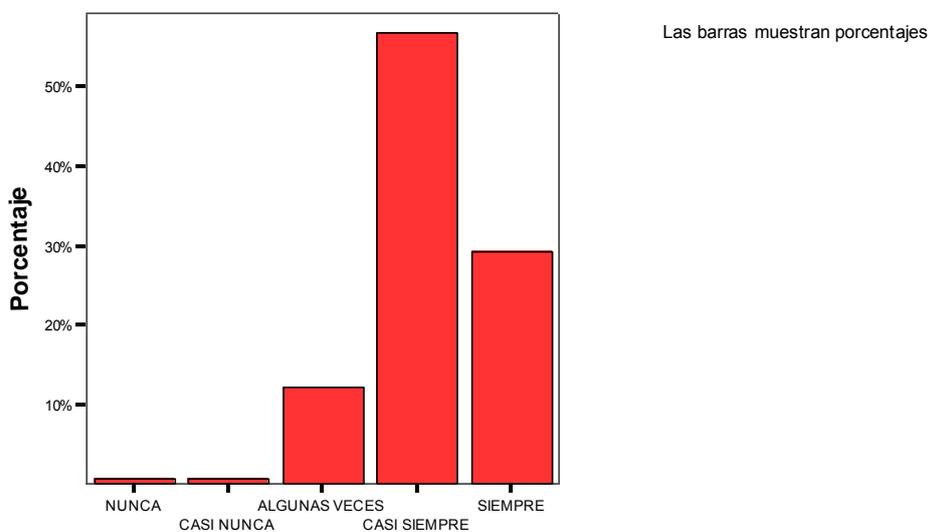


LOS HIJOS PUEDEN OPINAR EN CUANTO A SU DICIPLINA

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 15

En cuanto a la pregunta ¿Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina?
Predomino la respuesta “algunas veces”: en un 42 %

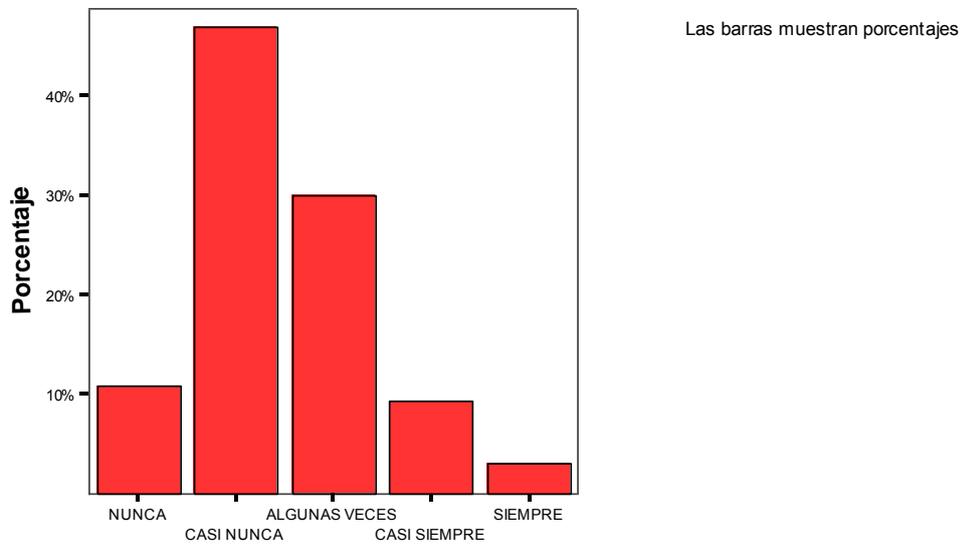


NOS GUSTA CONVIVIR SOLAMENTE CON LOS FAMILIARES MAS CERCANOS

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 16

En cuanto a la pregunta ¿Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos? Predomino la respuesta “casi siempre”: en un 57%

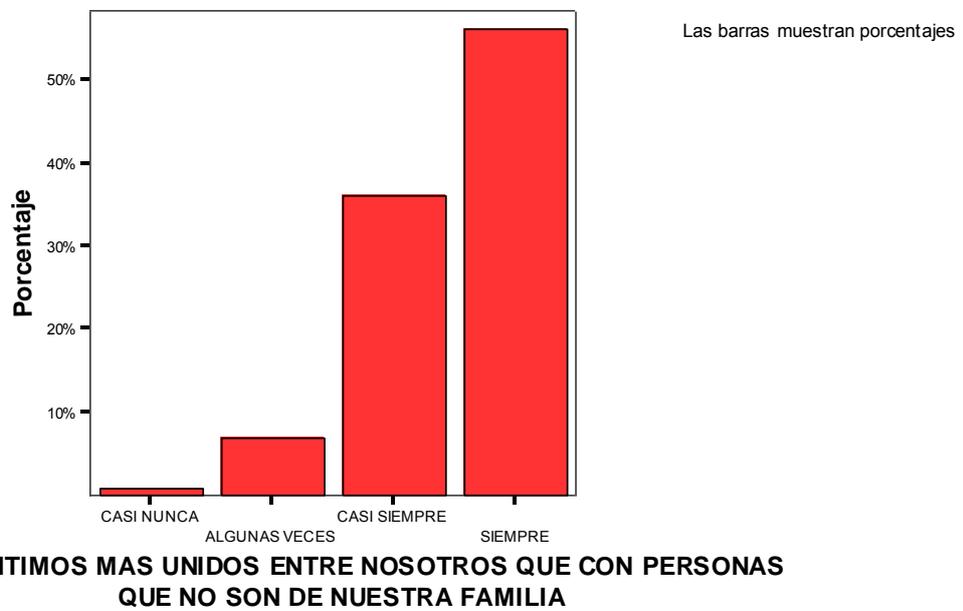


CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA PUEDE TOMAR LA AUTORIADAD

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 17

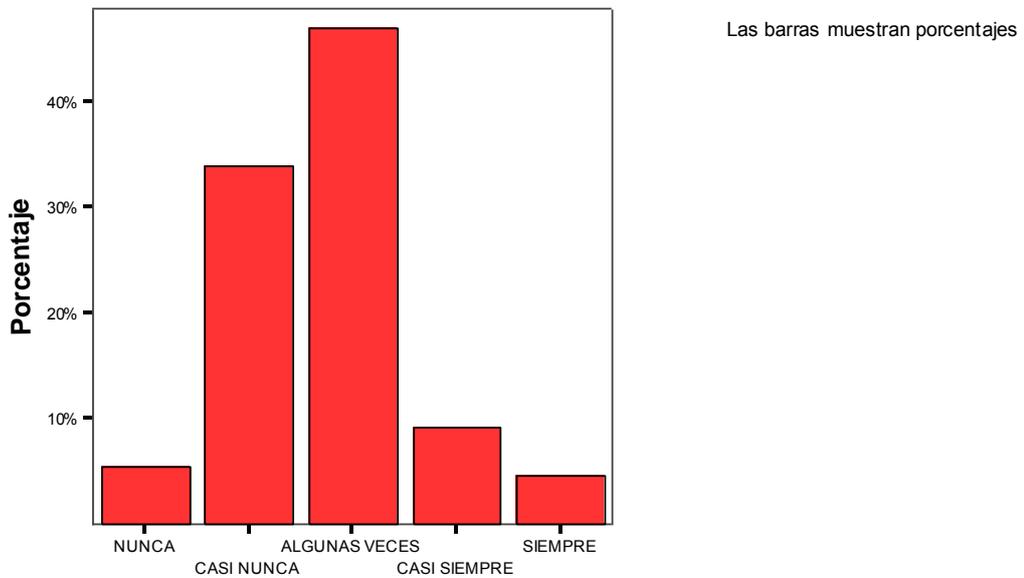
En cuanto a la pregunta ¿Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad? Predomino la respuesta “casi nunca”: en un 47%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 18

En cuanto a la pregunta ¿Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia? Predomino la respuesta “siempre”: en un 57%

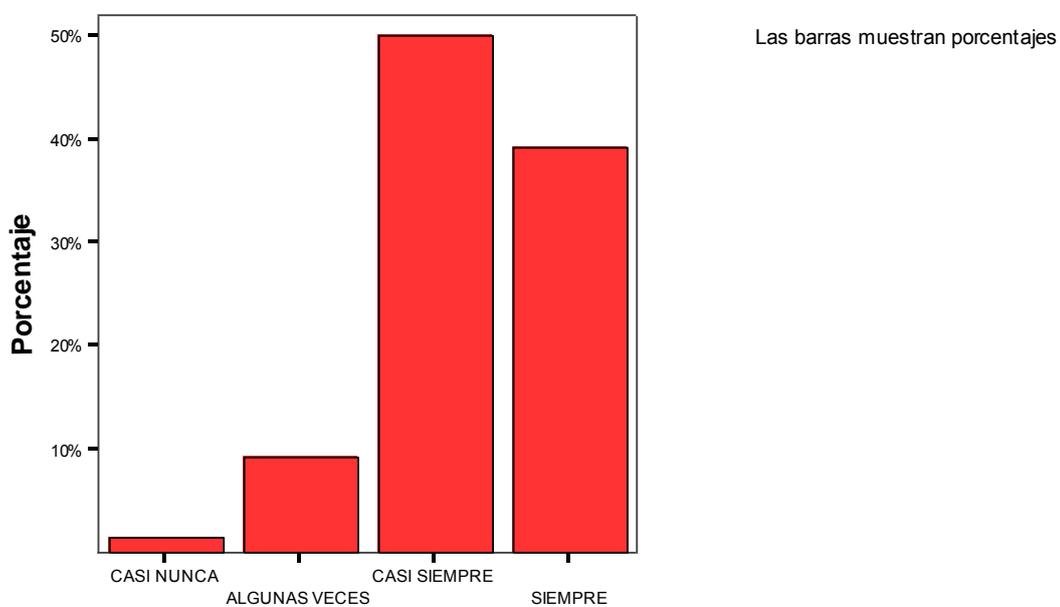


NUESTRA FAMILIA CAMBIA EL MODO DE HACER LAS COSAS

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 19

En cuanto a la pregunta ¿Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas?
Predomino la respuesta “algunas veces”: en un 47%

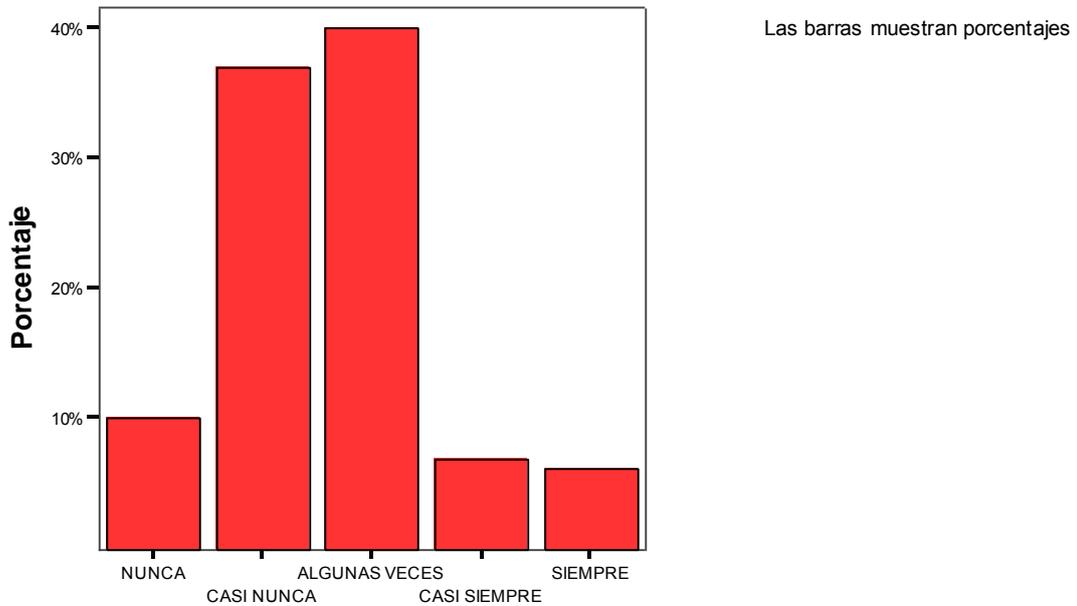


NOS GUSTA PASAR EL TIEMPO LIBRE EN LA FAMILIA

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 20

En cuanto a la pregunta ¿Nos gusta pasar el tiempo libre en la familia? Predomino la respuesta "casi siempre": en un 48%

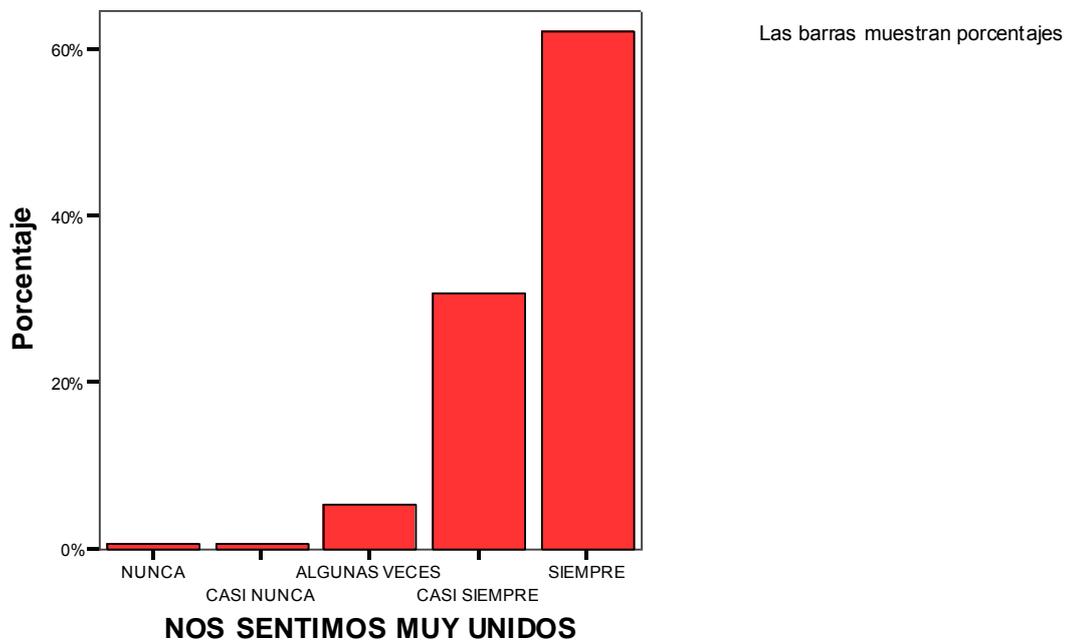


PADRES E HIJOS SE PONEN DE ACUERDO EN RELACION CON LOS CASTIGOS

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 21

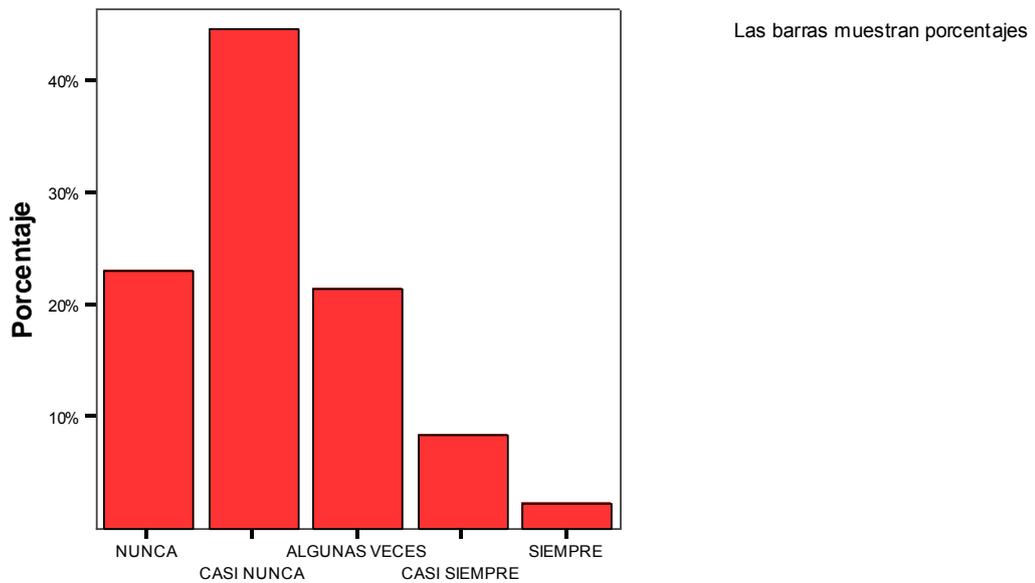
En cuanto a la pregunta ¿Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos? Predomino la respuesta “algunas veces”: en un 40.5 %



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 22

En cuanto a la pregunta ¿Nos sentimos muy unidos? Predomino la respuesta “siempre”: en un 63%

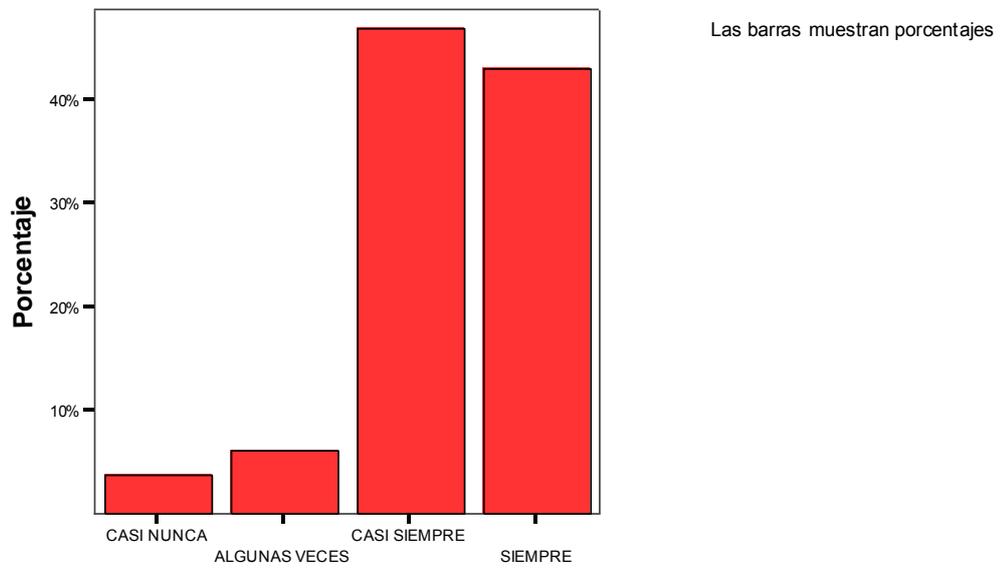


EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS TOMAN LAS DECISIONES

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 23

En cuanto a la pregunta ¿En nuestra familia los hijos toman las decisiones? Predomino la respuesta “casi nunca”: en un 47%

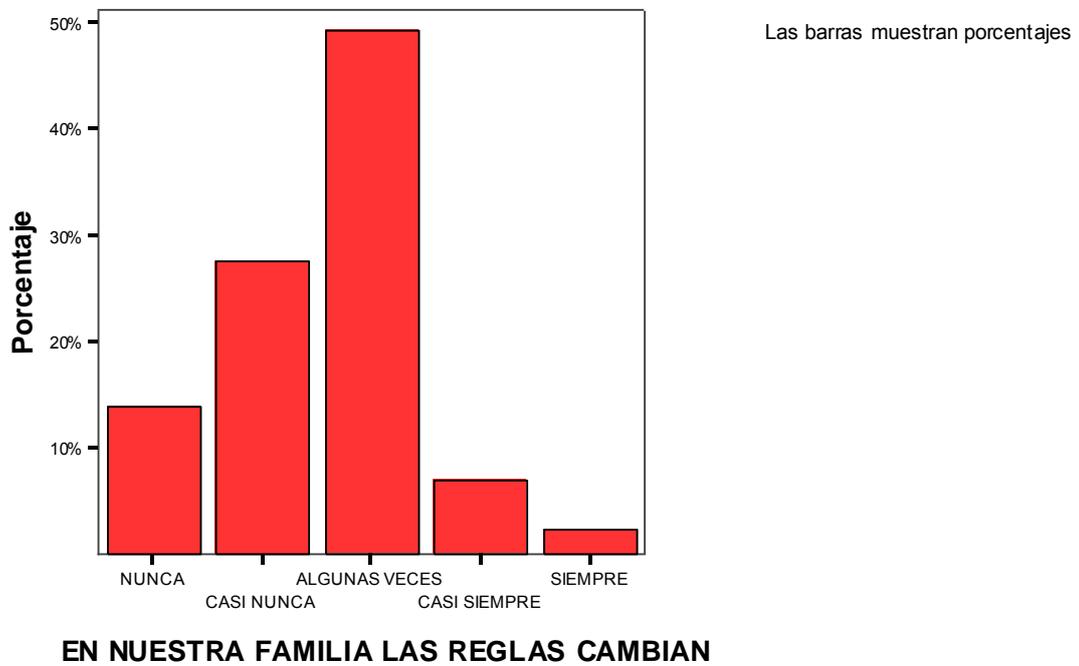


**CUANDO SE TOMA UNA DECISION IMPORTANTE TODA LA FAMILIA
ESTA PRESENTE**

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 24

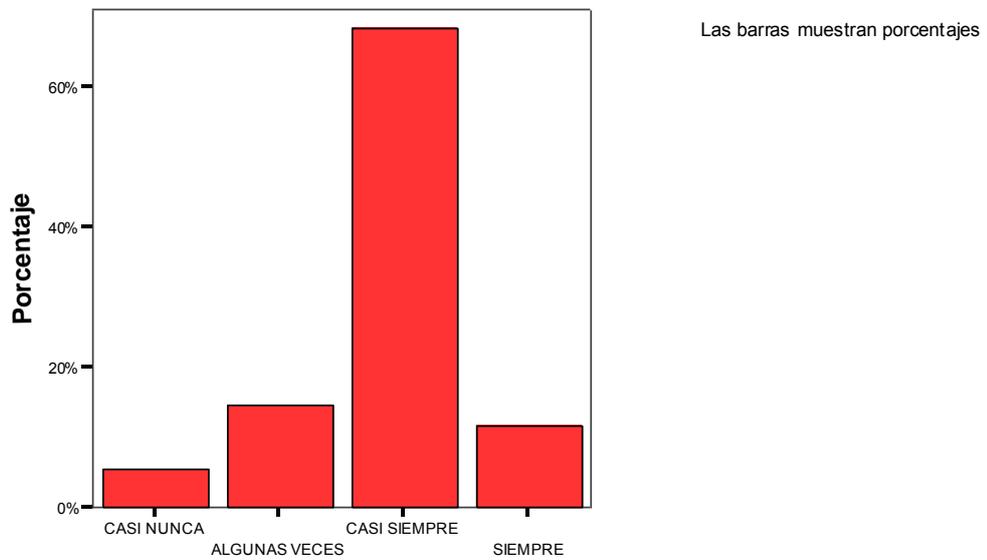
En cuanto a la pregunta ¿Cuándo se toma una decisión importante, toda la familia esta presente? Predomino la respuesta “casi siempre”: en un 48.5%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 25

En cuanto a la pregunta ¿En nuestras familias las reglas cambian? Predomino la respuesta “algunas veces”: en un 50%

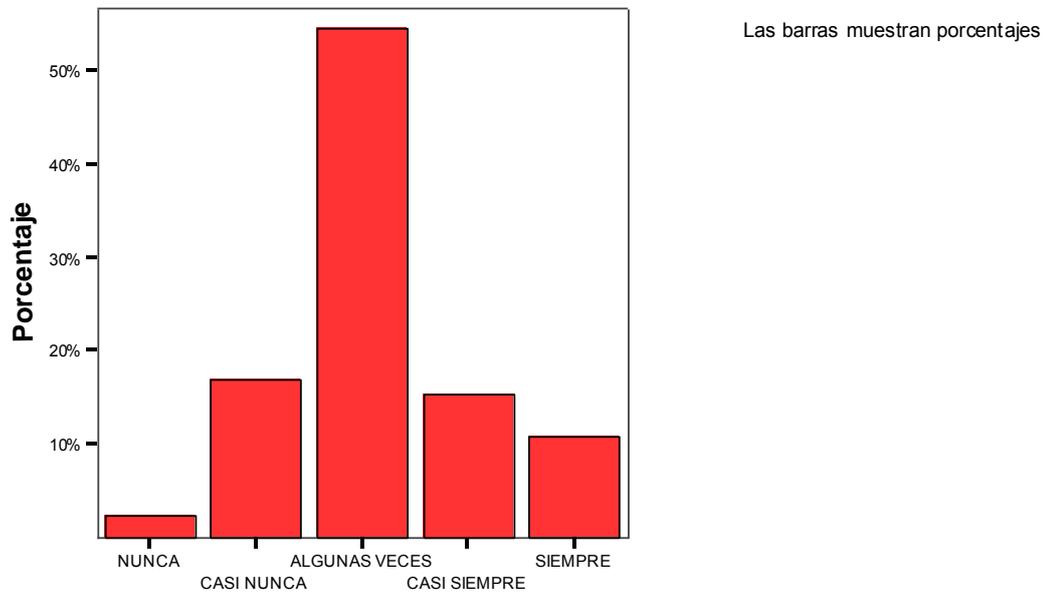


CON FACILIDAD PODEMOS PLANEAR ACTIVIDADES EN LA FAMILIA

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 26

En cuanto a la pregunta ¿Con facilidad podemos planear actividades en la familia?
Predomino la respuesta “casi siempre”: en un 74%

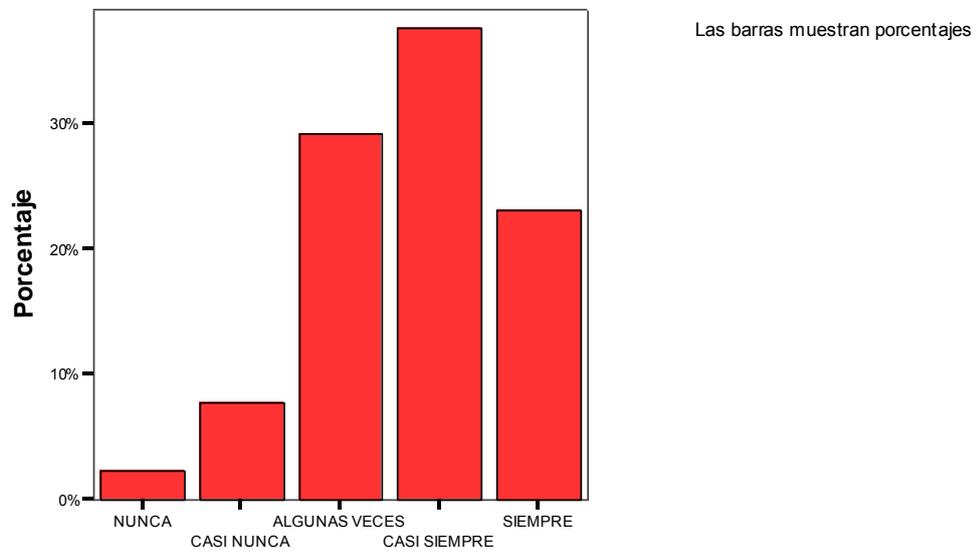


**INTERCAMBIAMOS LOS QUEHACERES DEL HOGAR
ENTRE NOSOTROS**

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 27

En cuanto a la pregunta ¿Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros?
Predomina la respuesta “algunas veces”: en un 55%

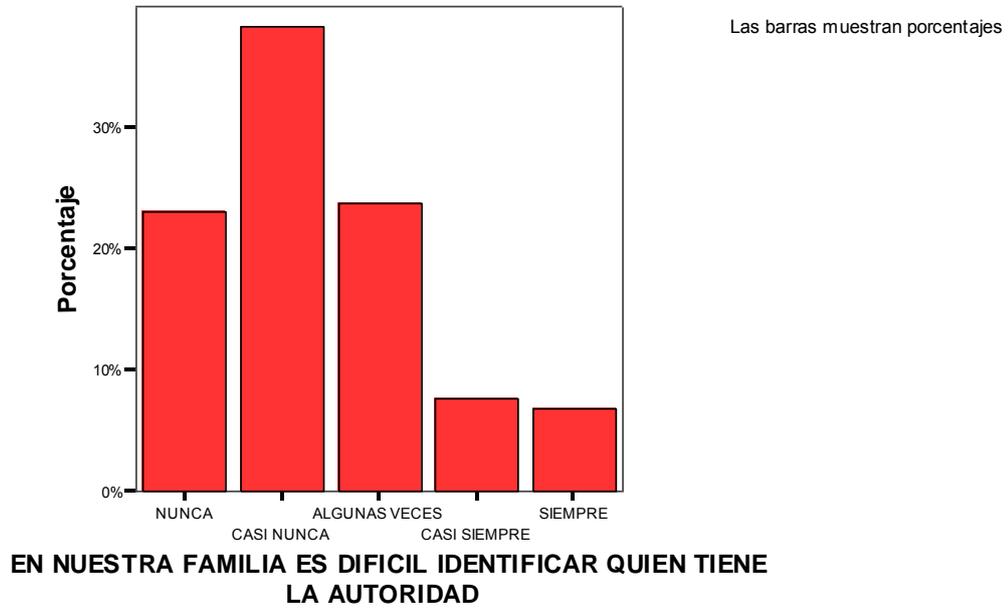


CONSULTAMOS UNOS CON OTROS PARA LA TOMA DE DECISIONES

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 28

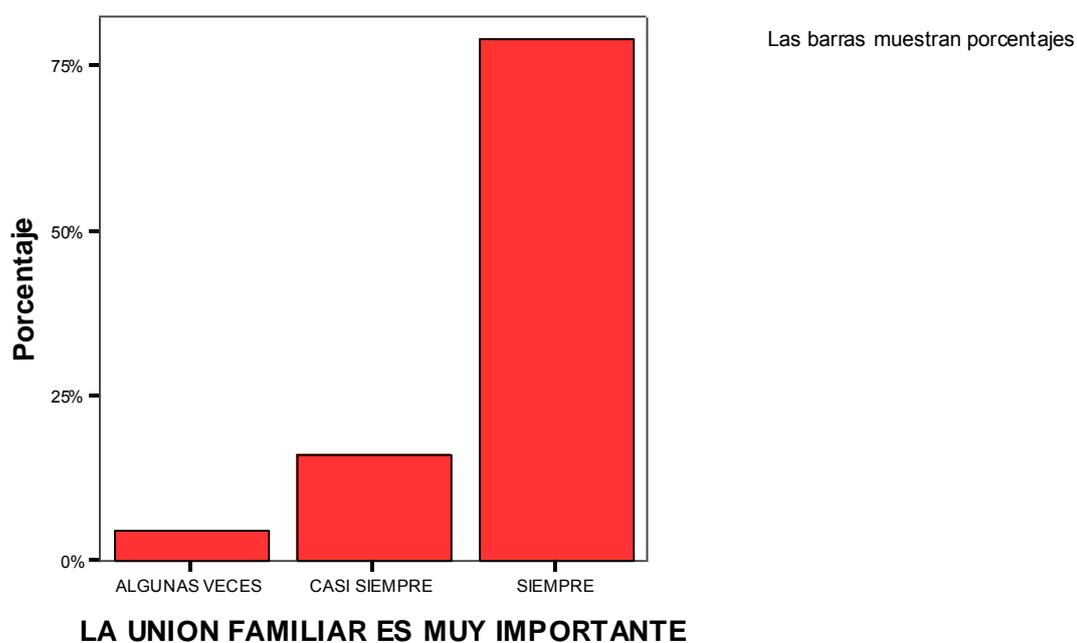
En cuanto a la pregunta ¿Consultamos unos con otros para la toma de decisiones?
Predomina la respuesta “casi siempre”: en un 38%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 29

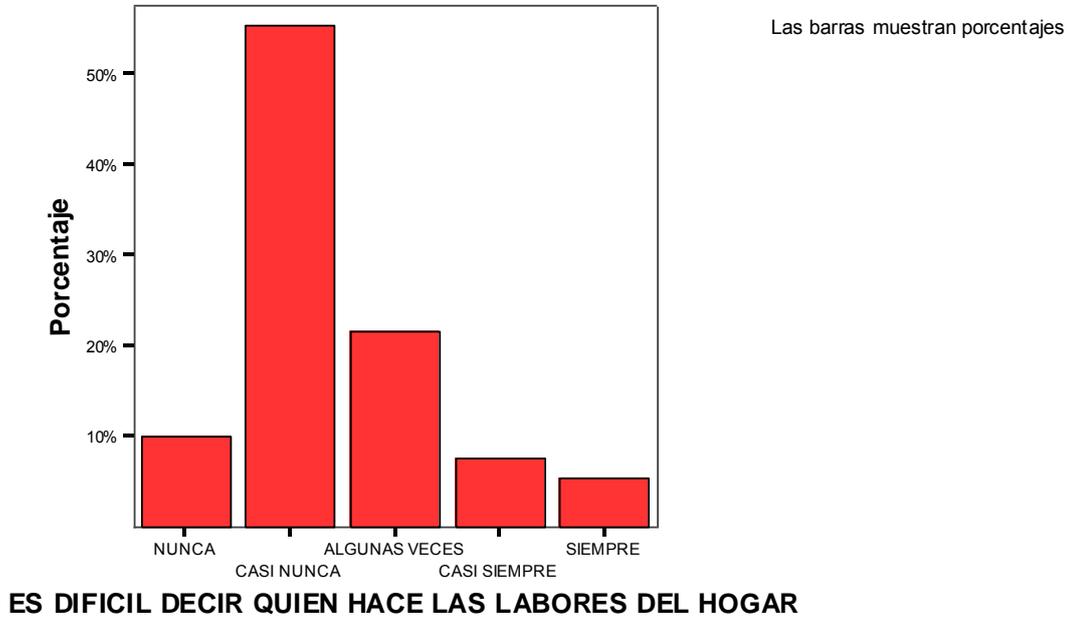
En cuanto a la pregunta ¿En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad? Predomina la respuesta “casi nunca”: en un 33%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No.30

En cuanto a la pregunta ¿La unión familiar es muy importante? Predomina la respuesta “siempre”: en un 82%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

Al relacionar en tablas cruzada los datos obtenidos con FACES III Y el APGAR FAMILIAR se obtuvo los siguientes resultados se encontraron 123 familias funcionales y 7 familias con disfunción moderada , el resto de los resultados se muestran en la siguiente tabla.

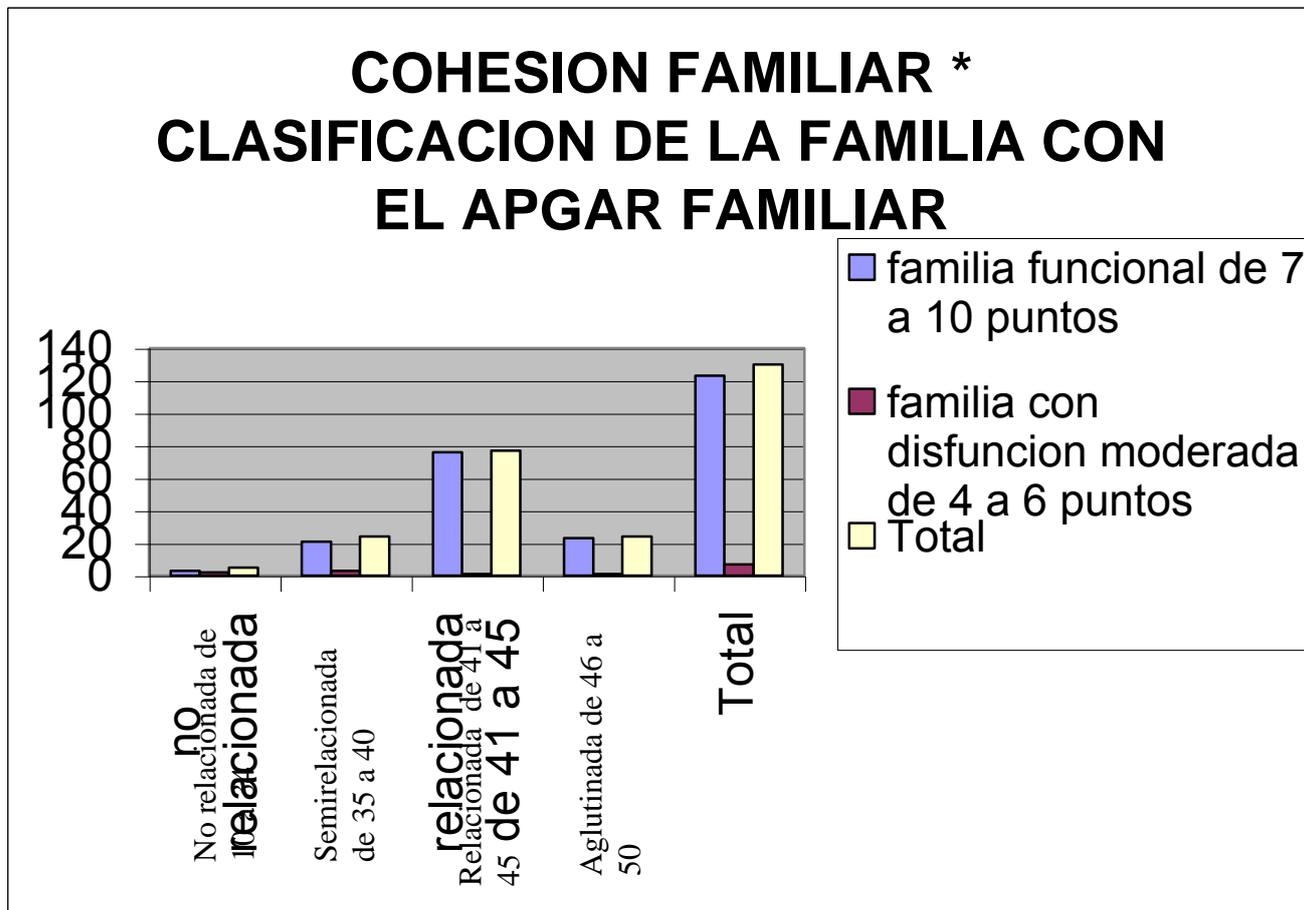
TABLA No. 1

RELACIÓN DE FACES III Y LA CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON EL APGAR

COHESION FAMILIAR	CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON EL APGAR FAMILIAR		Total
	Familia funcional de 7 a 10 puntos	Familia con disfunción moderada de 4 a 6 puntos	
No relacionada de 10 a 34	3	2	5
Semirelacionada de 35 a 40	21	3	24
Relacionada de 41 a 45	76	1	77
Aglutinada de 46 a 50	23	1	24
Total	123	7	130

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 31



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

Al relacionar, en las tablas cruzadas, los datos obtenidos con FACES III y el APGAR (Adaptabilidad familiar), se obtuvieron los siguientes resultados 42 familias funcionales flexibles y 43 familias funcionales caóticas y 7 familias con disfunción moderada, el resto de resultados se muestran en la siguiente tabla.

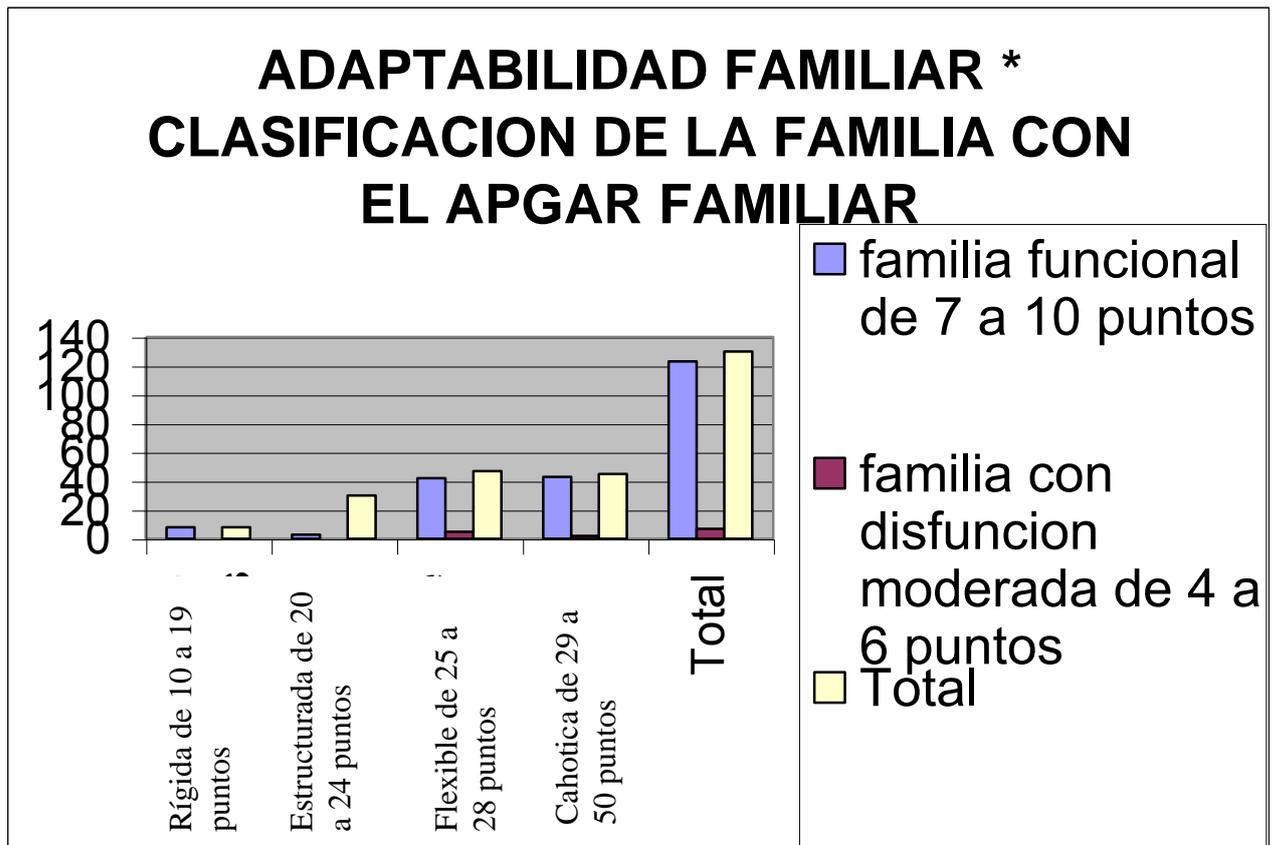
TABLA No.2

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON EL APGAR FAMILIAR

ADAPTABILIDAD FAMILIAR	CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON EL APGAR FAMILIAR		Total
	Familia funcional de 7 a 10 puntos	Familia con disfunción moderada de 4 a 6 puntos	
Rígida de 10 a 19 puntos	8		8
Estructurada de 20 a 24	30		30
Flexible de 25 a 28	42	5	47
Caótica de 29 a 50	43	2	45
Total	123	7	130

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 32



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

En la siguiente tabla se obtuvo el siguiente resultado, 123 familias funcionales de las cuales 43 son familias funcionales flexibles y 43 son familia funcional caótica y 7 familias disfuncionales resto de resultados se muestran en la siguiente tabla.

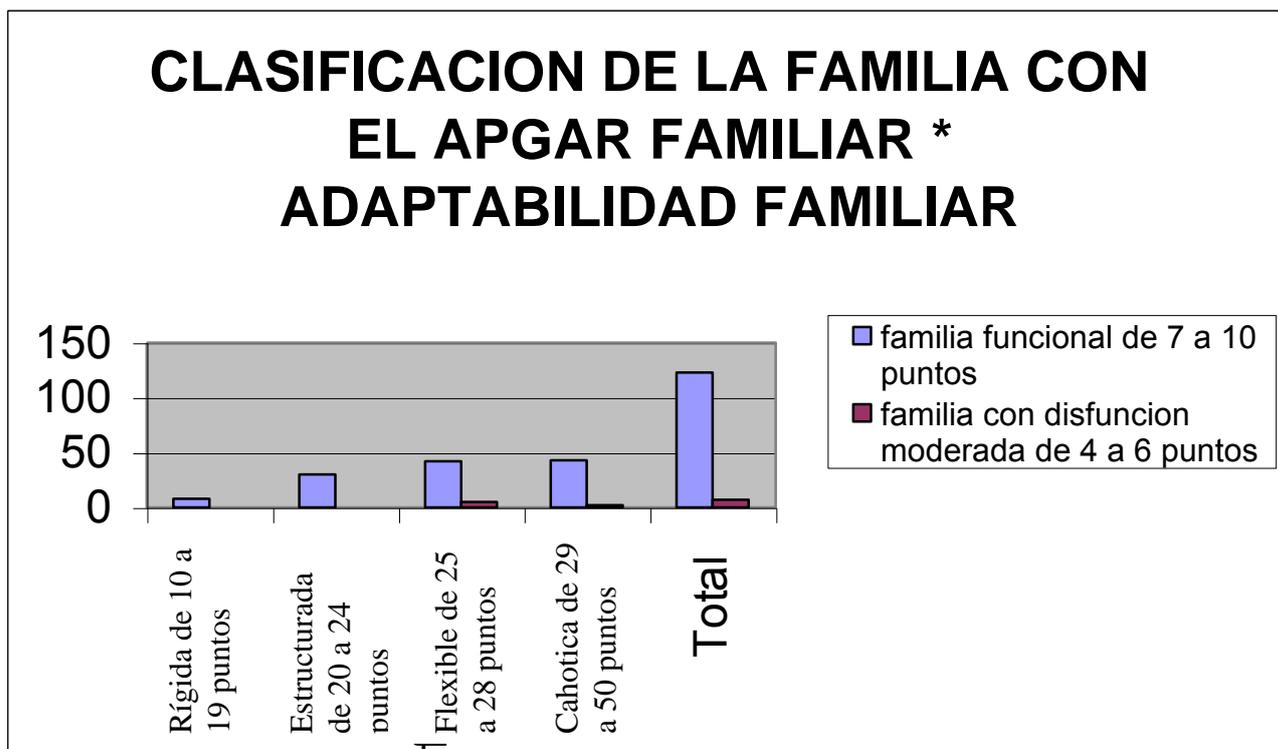
TABLA 3

ADAPTABILIDAD FAMILIAR

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON EL APGAR FAMILIAR	ADAPTABILIDAD FAMILIAR				Total
	Rígida de 10 a 19 puntos	Estructurada de 20 a 24	Flexible de 25 a 28	Caótica de 29 a 50	
Familia funcional de 7 a 10 puntos	8	30	42	43	123
Familia con disfunción moderada de 4 a 6 puntos			5	2	7
Total	8	30	47	45	130

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 33



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

En las tablas cruzadas , los datos obtenidos con el APGAR , son los siguientes, 123 familias funcionales y 7 familias con disfunción moderada, el resto de resultados se muestran en la siguiente tabla.

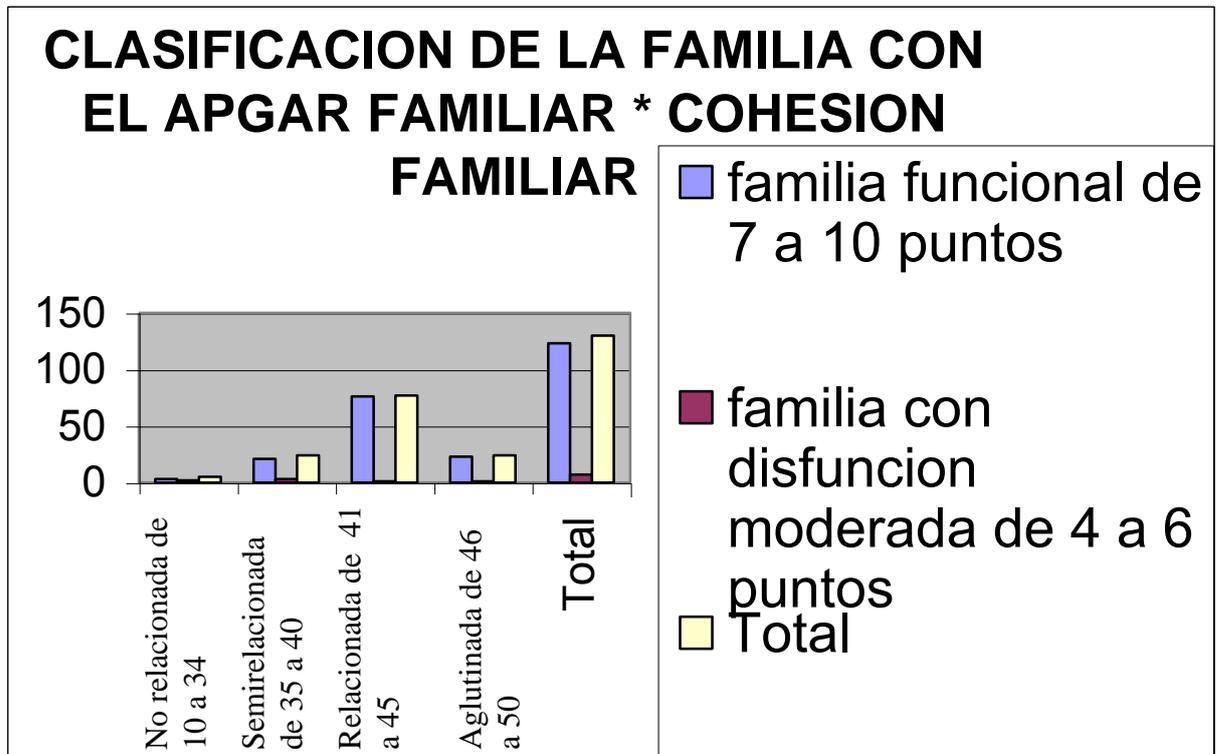
TABLA 4

COHESION FAMILIAR

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON EL APGAR FAMILIAR	COHESION FAMILIAR				Total
	No relacionada de 10 a 34	Semirelacionada de 35 a 40	Relacionada de 41 a 45	Aglutinada de 46 a 50	
Familia funcional de 7 a 10 puntos	3	21	76	23	123
Familia con disfunción moderada de 4 a 6 puntos	2	3	1	1	7
Total	5	24	77	24	130

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

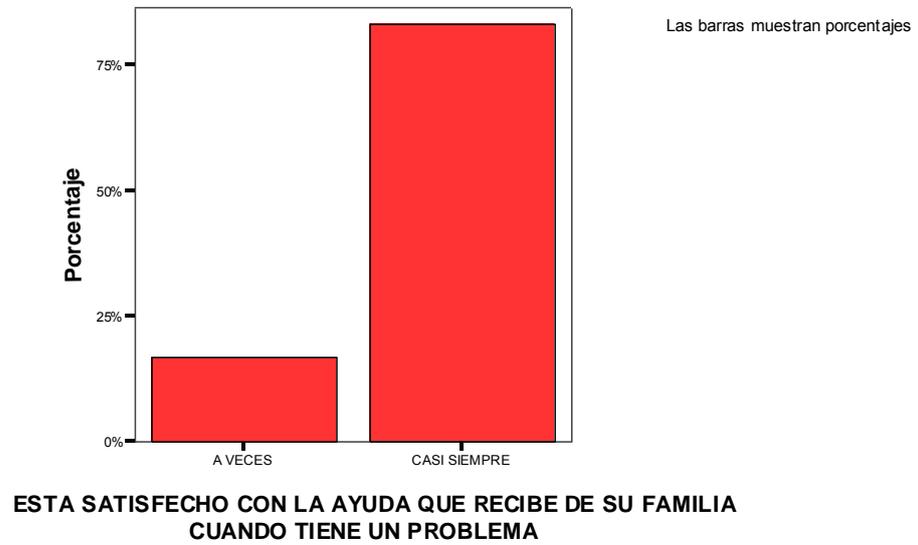
GRAFICA No. 34



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 35

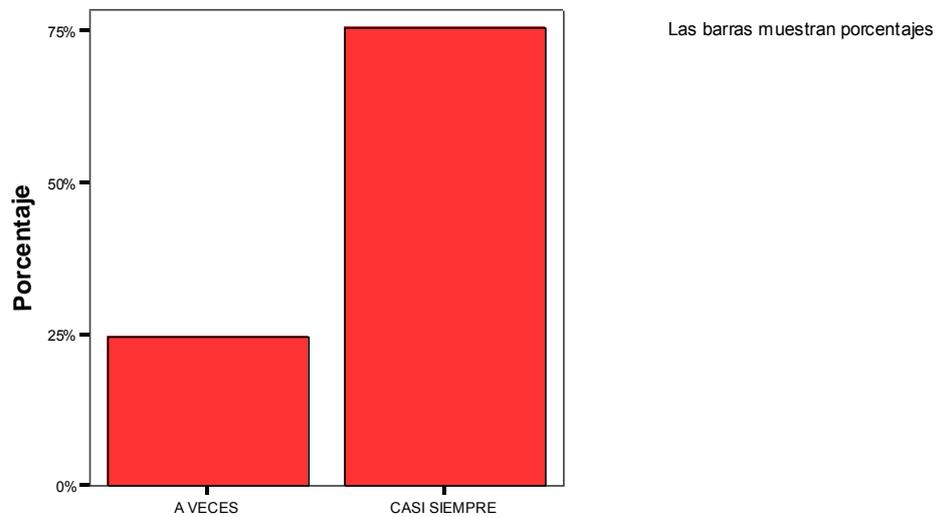
En cuanto a la pregunta ¿Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? Predomina la respuesta “casi siempre” , en un 68%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 36

En cuanto a la pregunta ¿Siente que su familia le quiere? Predomina la respuesta “casi siempre”: en un 86%

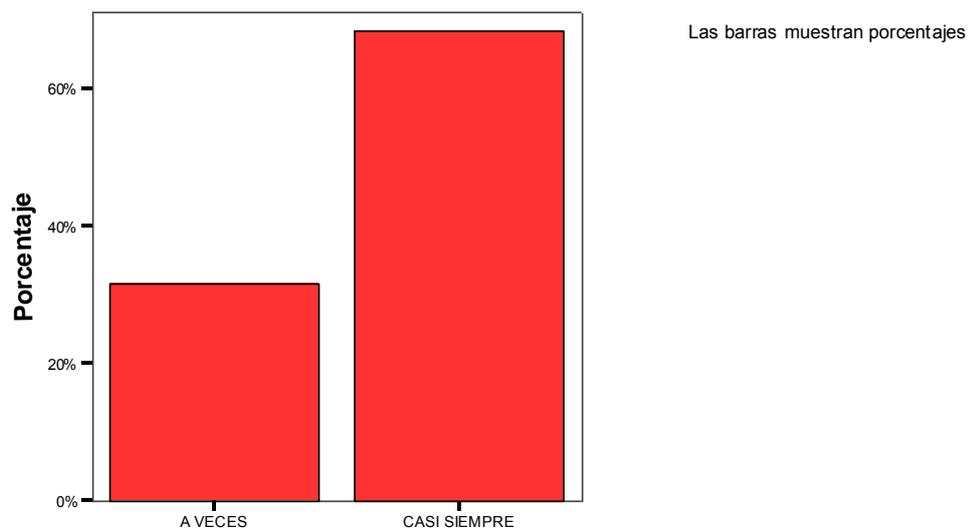


CONVERSAN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN SU CASA

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 37

En cuanto la etapa de ciclo vital, predomina la etapa de expansión: en un 57%

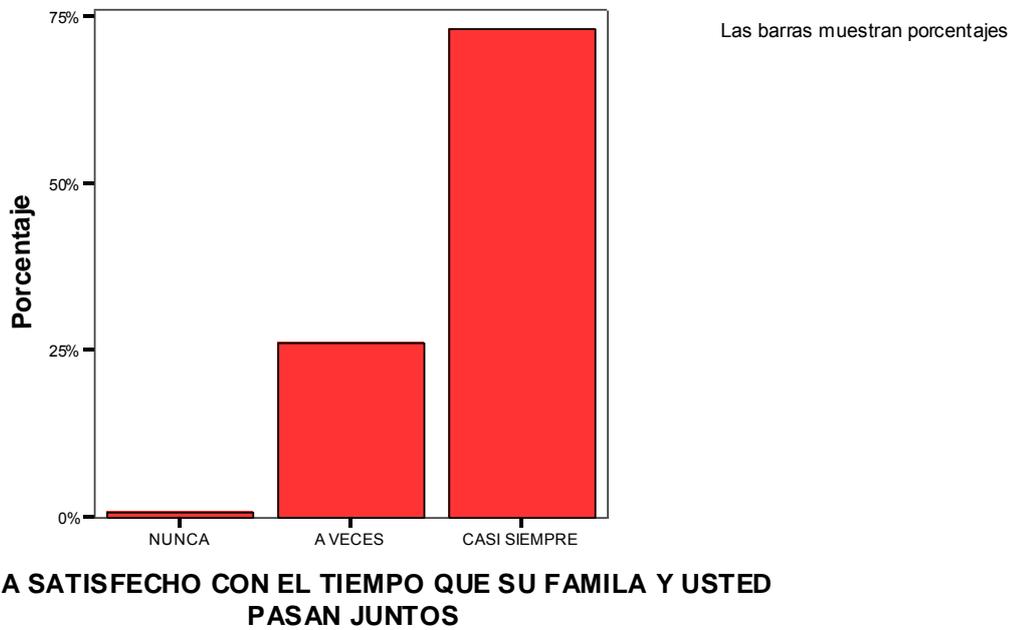


LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO EN CASA

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 38

En cuanto a la pregunta ¿Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? Predomina la respuesta “casi siempre”. en un 73%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No. 39

En cuanto a la pregunta ¿Siente que su familia le quiere? Predomina la respuesta “casi siempre”. en un 86%



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

Con el cuestionario APGAR FAMILIAR , se obtuvo que el 94.6 % (123) de las familias son funcionales y que sólo el 5.4% (7) son familias disfuncionales, estos resultados de muestran en la siguiente tabla.

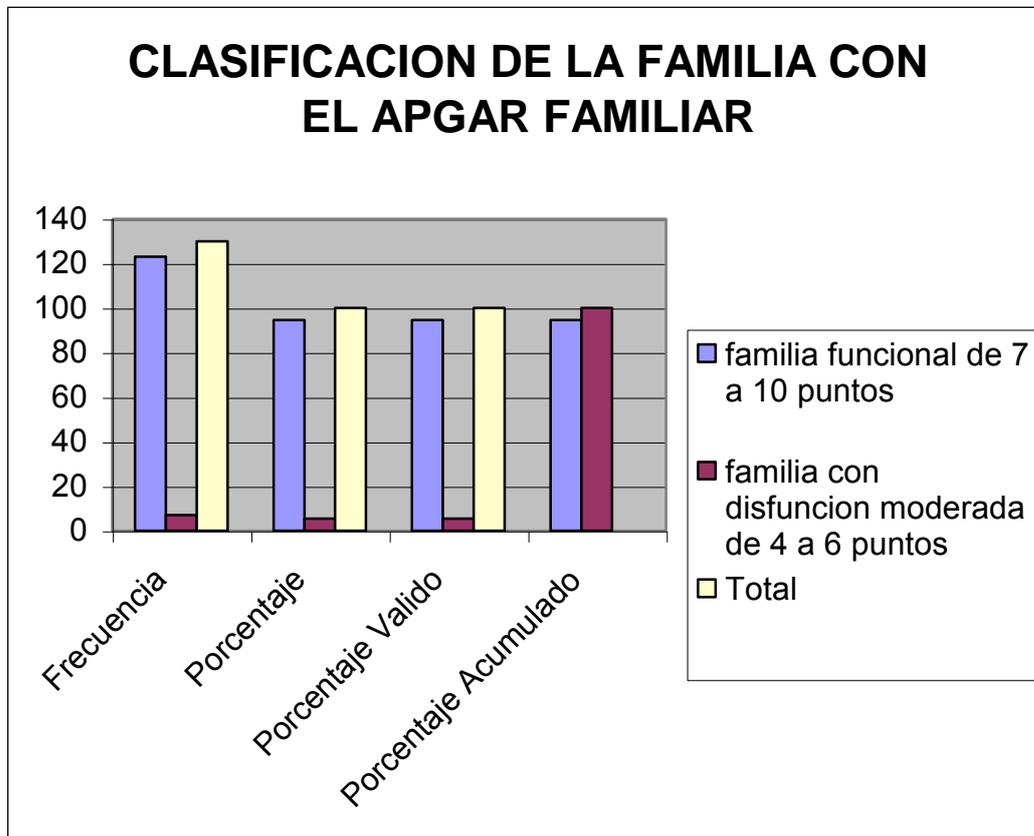
TABLA NO.5

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON EL APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
familia funcional de 7 a 10 puntos	123	94,6	94,6	94,6
familia con disfunción moderada de 4 a 6 puntos	7	5,4	5,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

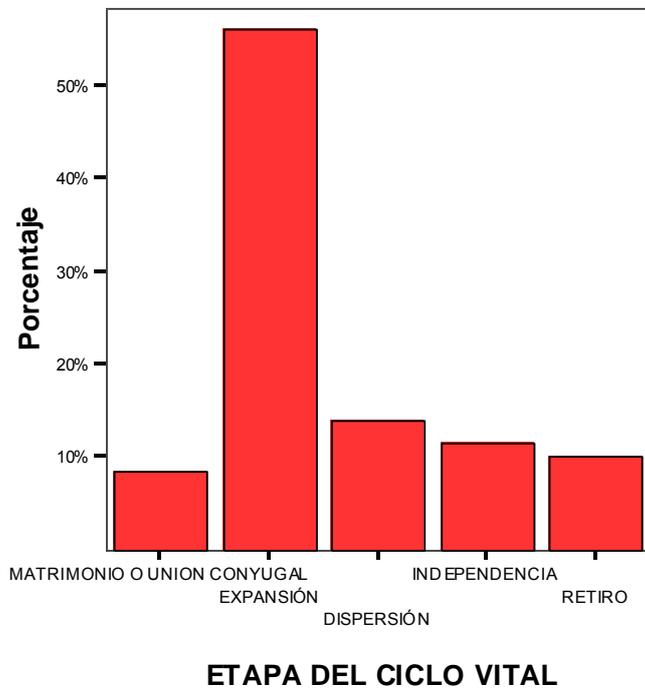
GRAFICA No 40



Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

GRAFICA No.41

ANALISIS DEL CICLO VITAL



Las barras muestran porcentajes

Fuente: encuestas realizadas de agosto 2006 a enero 2007 HGZ 194 IMSS

4.0 DISCUSIÓN.

La dinámica familiar se ve afectada por la insuficiencia renal crónica ya que es un problema de salud pública, que se ha incrementado día a día, por múltiples causas, es una enfermedad muy costosa, que puede llegar a ser incapacitante por las múltiples complicaciones que produce ésta enfermedad.⁵

En el 2003, Garibay y colaboradores, publicaron un artículo para evaluar la dinámica familiar en la población mexicana, el diseño de su instrumento aplicado, valora 8 esferas del comportamiento humano, “mide” el grado de funcionalidad familiar, en ello los autores hacen mención del Apgar-Familiar, el cuál es un instrumento, muy utilizado por los médicos familiares para evaluar la dinámica familiar, sin embargo los autores no aplicaron el instrumento a pacientes con enfermedad crónica lo aplicaron a población mexicana, pese a esas diferencias ellos encontraron en su investigación y de acuerdo a su sistema de calificación, que aquellas familias con una puntuación mayor a una desviación estándar de promedio la consideraban como familia funcional, aquellas familias con menos de una desviación estándar la consideraban sospechosas de “disfuncionalidad”, y aquellas familias con debajo de 2 desviaciones estándar las consideraban francamente disfuncionales.²⁰, los resultados obtenidos en este estudio son similares en cuanto al porcentaje de familias funcionales y disfuncionales, esto muestra que no solo el Apgar Familiar es el único instrumento, que apoya al médico familiar para evaluarla dinámica familiar.

En el 2004, Rodríguez y colaboradores realizaron una investigación para valorar disfunción familiar con pacientes con insuficiencia renal crónica que reunieron los criterios de inclusión los pacientes fueron entrevistados en su domicilio y en el hospital, los instrumentos aplicados fueron el Apgar - Familiar y el test de Holmes aunque este instrumento valora crisis familiares lograron valorar el grado de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica, ellos valoraron el test de Holmes de la siguiente manera, familias con 0 a 150 unidades Holmes, las consideraban sin problemas de importancia, de 151 a 199, con crisis leve, de 200 a 299 crisis moderada mayor o igual a 300 con crisis severa, con este estudio los autores valoraron la funcionalidad

de la familia, así como el apoyo mutuo y la participación que otorga la red familiar.³

Este trabajo es muy similar al que se aplicó en esta investigación, aunque Holmes valora crisis familiares y Apgar –Familiar satisfacción familiar, se obtuvo una valoración eficiente sobre funcionalidad familiar y apoyo familiar en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico, al igual al objetivo que se logró en esta investigación con los instrumentos ya mencionados anteriormente, al conocer la funcionalidad familiar, para conocer su dinámica familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica.

En 1998, Gómez Clavelina y colaboradores, realizaron un trabajo de investigación el cual fue aplicado a población abierta, para evaluar las determinantes sociales que caracterizan a las familias (normofuncionales), y extremas (disfuncionales), en sus dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar, el instrumento aplicado por estos autores fue FACES III, este trabajo aunque se aplicó a población abierta y no a pacientes con enfermedad crónica es muy similar al que se aplicó en esta investigación ya que el instrumento que se aplicó para valorar funcionalidad familiar también fue FACES III, el cual es el instrumento más confiable y aceptado para valorar la funcionalidad familiar.²²

5.0 CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo general y los específicos en un 90% al identificar la dinámica familiar en los pacientes la insuficiencia renal crónica.

La investigación permitió, describir las características familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico y realizar una reflexión a cerca de su patología.

Esto demuestra que la presencia de una enfermedad en cualquiera de los miembros altera las funciones y su dinámica familiar.

Cuando las condiciones que influyen en la comunicación intra familiar y el apoyo dentro de sus miembros, están ausentes se consideran un factor de riesgo para la disfunción familiar, por lo que se modifica la dinámica familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico.

El tema es muy importante, ya que la atención y el control de las enfermedades crónicas, representan un reto para los servicios de salud, la información puede ser utilizada para realizar estrategias individuales y familiares, para reforzar los valores familiares y sociales, ya que la familia es un gran apoyo para los pacientes, hay que incrementar la capacidad de ayuda y funcionamiento por parte de los equipos de salud, a partir de intervenciones de grupos de apoyo a pacientes y familiares .

En la investigación corrobora que de acuerdo a los instrumentos de medición empleados se concluye que la dinámica familiar si se modifica en los pacientes con insuficiencia renal crónica, ya que se obtuvieron 7 familias disfuncionales y 123 familias funcionales.

.

.

Las características de la dinámica familiar del paciente con insuficiencia renal crónica, nos permite identificar los patrones de funcionalidad de la familia y su influencia en el cuidado del enfermo, lo que depende de la eficiencia familiar, expresión de los conflictos y la comunicación para resolverlos.

La investigación se puede utilizar para reforzar los valores familiares y sociales, ya que la familia se considera una fuente muy importante de apoyo para los pacientes con enfermedad crónica.

La investigación también es importante, en medicina familiar, ya que se puede realizar un estudio de salud familiar, para tratar de identificar oportunamente, las crisis familiares, y solicitar la ayuda profesional. Debido a que diversos fenómenos asociados a patologías orgánicas u otros padecimientos crónicos, pueden ocasionar disfunción familiar, y por consiguiente modificar la dinámica familiar.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica, por lo general demandan mayor apoyo familiar, dada la alta prevalencia de padecimientos crónicos en nuestro país y que presentan disfunción familiar, es necesario educar a los profesionales de la salud para que enfrenten eficazmente estos problemas.

En el paciente con insuficiencia renal crónica, sus relaciones interpersonales y su contexto familiar o social, pueden modificar o impedir que la red de apoyo familiar que se le otorgue, si la conducta del enfermo muestra desadaptación, desorden o conflicto entre la condición crítica del paciente.

El tema es muy importante, ya que la atención y el control de las enfermedades crónicas, representan un reto para los servicios de salud, la información puede ser utilizada para realizar estrategias individuales y familiares, para reforzar los valores familiares y sociales, ya que la familia es un gran apoyo para los pacientes, hay que incrementar la capacidad de ayuda y funcionamiento por parte de los equipos de salud, a partir de intervenciones de grupos de apoyo a pacientes y familiares.

Se sugiere la formación de grupos de ayuda con el equipo de salud y la participación de la familia, con temas específicos sobre insuficiencia renal crónica, donde se consideran los 3 ejes de la medicina familiar, atención a la familia e individuo, prevención o anticipación al riesgo y continuidad o seguimiento.

6.0 BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Treviño B. A , Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía y Cirujano, Vol. No. 1, Enero-febrero 2004, Pág. 34
- 2.- Mc. Gregor G. J M. 2001, Insuficiencia Renal Crónica, Actualidades en Medicina Interna , 2001 ,19(supl 3) ; 3-12
- 3.- Rodríguez O. G, Rodríguez O. I, Disfunción Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, Rev. Med IMSS, 2004, 42, (2) 97-102.
- 4.- De la Revilla L. La Disfunción Familiar, Atención Primaria, 1992, 19: 582-583.
- 5.- Aquino F. Efectos secundarios del Tratamiento inmunosupresor con ciclosporina, Revisión Bibliografica. Rev Cub Estomatología, 1996, 33, (3)
- 6.- Capplan O., Principios de Psiquiatría Preventiva. Ediciones Paídos, Barcelona, 19: 1-16
- 7.- Hernández R. J. A., Monteón R. F, Trastornos psiquiátricos en las nefropatías, Tema de revisión: 81-90
- 8.- Ortega M. E, Norma S. M. C. Lic. María de los Ángeles, Bienestar Psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis, Revista Enfermedades del IMSS, 2002, 10 (1), 17-20
- 9.- Valderrama de L. S., García B. P., Godínez P. M., Diagnóstico Temprano de la Insuficiencia Renal Aguda, Medicina Interna de México, 15(4), Julio-Agosto, 1999, 154-156
- 10.- Luque de P. A., Escribano F. A., Izquierdo E. Insuficiencia Renal Crónica, Tratamiento Conservador : 175-182

- 11.- Moreno O. Dr. Martín V., Rubio G A. F, Causas de la Insuficiencia Renal Crónica, 12 (3) Julio-Septiembre, 1996, 159-162
- 12.- Callo V. F. J., Fernández S C. Perfil Profesional del Medico de Familia, Atención Primaria, 23(4) 15 de marzo de 1999.
- 13.- Luckie L. A. Juárez R, Morán P, Insuficiencia Renal Aguda en Pacientes Tratados Quirúrgicamente, Medicina Interna de México, 1997, 13 (5) 223-228
- 14.- Leños M. A., Garduña E Juan, Factores Asociados a Falla del Catéter en Diálisis Peritoneal en Insuficiencia Renal Crónica, Revista de Investigación Clínica, 49(3) Mayo-Junio, 1997 189-195
- 15.- Peñalva C., Evaluación del Funcionamiento Familiar por medio de la Entrevista Estructural, Salud Mental, 24(2) Abril 2001, 32-39
- 16.- Estefán G. J., Luna M. J., Insuficiencia Renal Crónica y Desnutrición, Tema de Revisión del Departamento De Nefrología :21-26
- 17.- Schettino M. A., Otero Cagide F, Análisis comparativo de los costos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis en una Unidad de Tercer Nivel de Atención, Trabajos Originales, Departamento de Nefrología, Págs. 147-151
- 18.- Leños M. A., Factores Predictivos de sobrevida de Pacientes en Diálisis Peritoneal, 49,(5), Septiembre-Octubre. 1997: 355-360
- 19.- National Kidney, Making Imes Vetar, Fundación Nacional del Riñón, EE.UU,2003, Última Actualización 16 de Agosto 2004,Págs. 1-23

20.- Vásquez G. E. M., Sánchez T. E. Instrumento de Medición de la Dinámica de la Familia Nuclear Mexicana, Artículo Original, Vol. 60, Enero-Febrero, 2003, : 33-52.

21.- J.A Bellón S, A, Delgado S. J. De D.Luna C. y P. L. C. Validez y Fiabilidad del cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar. Atención Primaria. 18(6) , 15 de octubre 1996: 289-295.

22.- M.A Dickinson B., E.R Ponce R, F.J Gómez C., E. González Q., M.A Fernández O., M.T Corzo C, S.Pérez y P.Flores H. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad Familiar. Atención Primaria. 21(5)31 de marzo 1998:275-281.

23.- Meneses J. Programa de actualización continua, en Medicina Familiar, En , PAC- MF-1, Editorial Intersistemas, México . 1999

24.- E. Rodríguez F, A. Gea S, A. Gómez M y J. M. García G. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. Atención Primaria. 17(5) 31 de marzo de 1996: 338-341.

25.- E.R Ponce R, J.F.F Gómez C, A.E Irigoyen C, M. Terán T., Silvia L I. Hernández G,M.R Montesinos G. y M.C Hernández S. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). Atención Primaria, 23(8) 15 de mayo 1999:479-483.

26.- Humberto J. A, Arnulfo I. C., Dinámica Familiar 2a edición 1985. Pág. 15-2

ANEXOS

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Yo.....doy mi consentimiento para que se realicen las preguntas necesarias, para el estudio de la dinámica familiar en el paciente con insuficiencia renal crónica..

Dra. Ma. Ernestina Hernández Corona
Médico que realiza el estudio
U.M.F No. 61
Matricula 10022716

Testigo

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Edad..... Sexo..... Escolaridad.....

Ocupación.....Estado civil.....Religión.....

Inicio de la enfermedad.....Lugar de residencia

Años de evolución

APGAR FAMILIAR (TAMIZ).

Es una técnica rápida y sencilla para conocer la función familiar.

Criterios de Aplicación del apgar familiar

- 1.- El médico explica clara y brevemente , para que el paciente elija una opción marcando x, en respuesta que el paciente elija.
- 2.- Puede ser llenado por el paciente al terminó de la consulta, o en la sala de espera.
- 3.- Anotar nombre, parentesco, dirección y teléfono de las personas que guarden mejor relación con el paciente, con el fin de contar con un posible colaborador para la solución de la problemática familiar del paciente con I.R.C.
- 4.- Se aplicará en paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico.

1.- ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Nunca () A veces () Casi siempre ()

2.- ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?

Nunca () A veces () Casi siempre ()

3.- ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?

Nunca () A veces () Casi siempre ()

4.-¿ Esta satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

- Nunca () A veces () Casi siempre ()
- 5.-¿ Siente que su familia le quiere?
 Nunca () A veces () Casi siempre ()

ETAPA DEL CICLO VITAL

El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite, el análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución.

- 1.- Matrimonio o unión conyugal ()
- 2.- Expansión ()
- 3.- Dispersión ()
- 4.- Independencia ()
- 5.- Retiro ()

- a) Fase de matrimonio. Se inicia con el matrimonio y concluye con la llegada del primer hijo
- b) Fase de expansión. Se incorporan nuevos miembros a la familia.
- c) Fase de dispersión. Los hijos asisten a la escuela, es el camino de la independencia de los hijos mayores, están en plena adolescencia.
- d) Fase de independencia. Las parejas aprenden a vivir con independencia, sus hijos han formado nuevas familias.
- e) Fase de retiro y muerte. Se presenta incapacidad para laborara, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, los hijos casados sin posibilidad de proporcionar recursos económicos a los padres.

CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA

- 1.- Nuclear ()
- 2.- Extensa ()
- 3.- Extensa compuesta ()
- 4.- Sin familia (26) ()
 Irigoyen

FACES III

Este Instrumento es útil para evaluar la cohesión y adaptabilidad, según los resultados, el instrumento determina rangos evaluatorios, clasificando a las familias como extremas y balanceadas.

Instrucciones: escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado. (24,25)

Nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1	2	3	4	5

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