



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 79
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA.

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES HEMODIALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA #11 DE PIEDRAS NEGRAS, COHUILA.

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

PRESENTA:

SYLVIA PATRICIA MUÑOZ GARCÍA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 79

SEDE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°79

AÑO

2005-2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES HEMODIALIZADOS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA #11 DE PIEDRAS NEGRAS,
COHUILA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DRA. SYLVIA PATRICIA MUÑOZ GARCÍA

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM**

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES HEMODIALIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA #11 DE PIEDRAS NEGRAS, COHUILA**

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

PRESENTA:

DRA. SYLVIA PATRICIA MUÑOZ GARCÍA

AUTORIZACIONES:

**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES IMSS**

**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS**

**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. MARÍA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN**

AGRADECIMIENTO:

Reciban mis muestras de gratitud y aprecio de forma especial mi familia y amistades las cuales me ayudaron con su apoyo incondicional a ampliar mis conocimientos y estar más cerca de mis metas profesionales. Esto fue posible primero que nadie con la ayuda de Dios, gracias por otorgarme la sabiduría y la salud para lograrlo. Gracias a los intercambios y exposiciones de ideas con mis compañeros y amigos de estudios durante el proceso de la especialidad. No quisiera dejar a mi profesor consejero y asesor Dr. Guillermo Salinas Cuellar, Dra. Maria del Socorro López Siller Coordinador Clínico e Investigación quien me inspiró a continuar en mis momentos frágiles. También al Instituto Mexicano del Seguro Social, la Universidad Nacional Autónoma de México, y todos los demás no mencionados... Dios los bendiga.

DEDICATORIA:

Este trabajo esta dedicado con mucho cariño para:

Mi esposo:

Eliud Edison Pérez Gutiérrez

Mis hijos:

Zoraida Estrada Muñoz

Enrique Estrada Muñoz

Patricia Estrada Muñoz

A mis compañeros de la residencia de Medicina Familiar:

Maria Elena Delgado Malpica

Juan David Martinez Castro

Reynaldo Hernández Bautista

Timoteo Pérez M.

A todos mis maestros adjuntos del Hospital General de Zona

Num. 11 de

Piedras Negras, Coahuila

Índice general:

Marco teórico.....	5
Planteamiento del problema.....	42
Justificación.....	44
Objetivo general.....	46
Objetivos específicos.....	46
Metodología.....	48
Población, lugar y tiempo de estudio.....	49
Tipo y tamaño de la muestra.....	49
Criterios de inclusión.....	50
Criterios de exclusión.....	50
Criterios de eliminación.....	50
Variables a recolectar.....	52
Procedimiento para recabar información.....	54
Consideraciones éticas.....	55
Resultados.....	56
Discusión.....	57
Conclusiones.....	61
Bibliografía.....	63
Anexos.....	67

MARCO TEÓRICO

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los Limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es mas que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada. (1)

La Organización Mundial de la Salud señala que por familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Irigoyen menciona el ciclo vital de Geyman como una organización viva que tiene su inicio, desarrollo y ocaso. Y es precisamente donde empieza la familia en la fase del matrimonio (formación del subsistema conyugal) no solamente con el vínculo matrimonial, concluyendo esta etapa con la llegada del primer hijo, continúa la fase de expansión se incorporan nuevos miembros de la familia se crean los nuevos subsistemas, cambia la estructura familiar, en seguida con la fase dispersión los hijos se van a la escuela hasta el inicio de la adolescencia, la fase de independencia los hijos mayores usualmente se van, se casan y forman nuevas familias y la fase de retiro y muerte, los cónyuges enfrentan cambios y crisis como el desempleo, jubilación, viudez y el abandono.

(1)

El Holón conyugal o subsistema conyugal en el que cada uno debe resignar una parte de sus ideas y preferencias, esto es perder individualidad, pero ganando pertenencia. Es un proceso de formar un sistema nuevo. Una de las principales funciones vitales es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para la satisfacción de sus

necesidades psicológicas sin que se inmiscuyan los parientes políticos, los hijos u otras personas. El tino con que estén trazadas estas fronteras es uno de los aspectos más importantes que determinan la viabilidad de la estructura familiar. El subsistema de los cónyuges es entonces un poderoso contexto para la confirmación o descalificación. (2)

El subsistema puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de afuera. Pero si las reglas de este subsistema son rígidas que no permiten asimilar las experiencias de cada esposo hace que las interacciones fuera de la familia puedan quedar atados a las reglas inadecuadas de supervivencia con el edicto de acuerdos del pasado, en ese caso solo cuando estén solos podrán desplegar aspectos mas diversificados de su personalidad. En esta situación, el subsistema se empobrecerá más y más y perderá vitalidad, volviéndose por ultimo inutilizable como fuente de crecimiento para sus miembros. Si estas condiciones persisten, puede ocurrir que los cónyuges encuentren necesario dismantelar el sistema. Si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges repercutirá en toda la familia. (2)

Holón parental (subsistema parental) son las interacciones entre los padres y los hijos, incluyen la crianza de los hijos y las funciones básicas de cuidado, afecto, reproducción socialización y estatus; este subsistema deberá modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian, el niño con el aumento de su capacidad se le deben de dar mas oportunidades para que tome decisiones y se controle a si mismo, los padres con los hijos mayores tendrán que concederles mas autoridad al tiempo que les exige mas responsabilidad.

Holón de los hermanos (subsistema filial) constituye el primer grupo en el que participa. Los hijos se apoyan entre si, se divierten, se atacan, aprenden unos de otros, elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperan y competir, se entrenan en hacer amigos y tratar con enemigos, estas pautas cobrarán significación cuando ingresen en grupos iguales fuera de la familia. (3)

Vida conyugal familiar

Cuando ocurre una enfermedad crónica, puede afectarse la vida de la pareja en distintos grados, dependiendo de múltiples factores como son el tipo de enfermedad, daño neurológico, tipo de terapia, medicamentos. El esposo o esposa de la persona

enferma también se verá afectada por la limitación que esta enfermedad pueda provocar en su vida sexual, y por tanto es necesario incorporarlo/a en la discusión del problema y sus eventuales alternativas de solución. Esto requiere establecer una comunicación franca y fluida, inicialmente con la pareja y luego con el equipo de salud, en un ambiente de confianza y de intimidad.(4)

En cambio, cuando el sentido fundamental de la relación sexual es el encuentro amoroso en lo humano, que acepta y reconoce al otro como un igual con sus propias necesidades y deseos, se facilita la expresión de sentimientos de amor en el lenguaje del cuerpo y de los sentidos, y permite abrirse a la búsqueda en pareja de nuevas alternativas que satisfagan la expresión de estos sentimientos en el plano sexual, aún cuando exista una eventual limitación dada por una enfermedad.

Es importante recordar que las limitaciones físicas en la actividad sexual, muchas veces afectan otras expresiones afectivas deteriorando la relación de pareja y por consiguiente la expresión de la sexualidad. Las manifestaciones de amor, como el apoyo, respeto, delicadeza, ternura, necesarias para la vida de pareja, adquieren frente a las limitaciones de

la actividad sexual un valor especial. Todas ellas ayudan a la comunicación de la pareja sin duda contribuyen a facilitar la actividad sexual.(4)

Dado que las funciones familiares medulares de la familia es preparar a los hijos para la vida adulta, el sistema debe asegurar que los integrantes dominen varias tareas psicosociales relacionadas con fases específicas en cada etapa del ciclo vital, las crisis pueden interferir en las tareas normales del desarrollo.

La capacidad de la pareja para comunicarse con claridad, resolver problemas y mantener una relación razonablemente libre de proyecciones y programas incompatibles se basa en las necesidades intrapsíquicas de los individuos, los comportamientos reflexivos que traen consigo de su familia de origen, la evolución de la dinámica conyugal y el estado de desarrollo marital. Los ciclos de vida individual y familiar, determinan ciertas pautas de crisis normativas. (4)

La funcionalidad de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las crisis por

las que atraviesa. La dinámica es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado de acuerdo al ciclo vital por el que esta atravesando dicha familia. (5)

Las funciones inician al momento que empieza la interacción, con los acuerdos iniciales como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos sino una pareja que sabe como manejar los conflictos en el momento y en el lugar que se les presenten.

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

1. Función de comunicación.

Esta función debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja como lo señala.

- a) Que sea clara, es decir, que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o contrario a lo que se dice.

- b) Que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia, lo que en la patología comunicacional se conoce como comunicación triangular, o bien, con la comunicación desplazada.
- c) Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico. Adquieren mucha importancia los gestos, actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge, en ocasiones se dice más no haciendo nada pero tomando una actitud de rechazo indiferencia. (5)

2. Función de adjudicación y asunción de roles

La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en las familias y dependiendo de cómo asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad. Las características que deben evaluarse de esta función son:

- a) Congruencia: la función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.
- b) Satisfacción: implica que el ejecutar una función debe brindar al que realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado.

c) Flexibilidad: se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambien roles para valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sean domésticas o de índole laboral. (6)

3. Función de satisfacción sexual.

En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explicita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene. A la pareja recién formada puede llevarle de 6 a 9 meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria.

En este rubro la información y orientación a las parejas resulta siempre tranquilizante para ambos, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges. En virtud de lo amplio de esta función se propone evaluar dos rubros:

a) Frecuencia de la actividad sexual: debe de investigarse con el objetivo establecer si no existen demandas injustificadas de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.

b) Satisfacción: considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria. (6)

4. Función de Afecto.

Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto. Para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben de ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores indirectos para evaluar esta función, como son:

- a) Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo como pueden ser abrazos, besos, caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.
- b) Calidad de convivencia, es decir, la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.
- c) Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges este dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individual y actividades extra hogar. (6)

5. Función de toma de decisiones.

Es importante investigar como se da el proceso de toma de decisiones, ya que este produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentes; los estilos mas frecuentes son:

- a) Toma de decisiones conjunta. Ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.
- b) Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad esta muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.(6)

Terapia de parejas

Un terapeuta esta destinado a fracasar si establece una alianza con una de las partes. Asimismo debe mantener una actitud de parcialidad, multidireccional, o neutralidad, deberá determinar si la meta de la terapia es ser la continuación o la interrupción de la relación (terapia de divorcio), según el concepto de la confabulación los conflictos de la pareja son consecuencia de las historias de vida individuales, los

terapeutas de enfoque sistémico consideran que las reglas que rigen la relación son bastantes independientes de los sucesos anteriores a la relación y precisamente son estas las que provocan una relación patológica, este enfoque no trata de modificar los conflictos que surgen de las historias familiares sino de la interacción de la relación por lo que la terapia se enfoca mas a la terapia de comunicación, la estratégica y la terapia sistemática.(7)

El ser humano es la unidad biopsicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialéctico entre soma y psiquis. Los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud-enfermedad; como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica (EC) donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social. La IRC es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar. En el plano familiar la enfermedad crónica genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación

sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia. (8)

Pareja y Funcionalidad Familiar

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

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad. (8)

Aunque muchas veces se hiperboliza el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés,

disgusto y enfermedad en sus miembros. Muy vinculado a lo anterior se identifica el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.

Actualmente, el funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman. (8)

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

La mayoría de las investigaciones al respecto se realizan en familiares de los pacientes con IRC, por su mayor influencia en la evolución de los pacientes. También se destacan las evaluaciones del impacto de la diálisis ambulatoria en los miembros de la familia, así como la vinculación de esta en el proceso de apoyo social.

De esos estudios, en el desarrollado por Watson se informa que pacientes con tal afección han notado niveles más altos de estrés, depresión y ansiedad de la pareja. (8)

Paul Kimmel, un destacado investigador norteamericano de estos pacientes, se ha convertido en un defensor de la necesidad de evaluar y tener en cuenta los factores psicosociales en la valoración de las manifestaciones clínicas de ellos. El citado autor se dedica ahora a profundizar en el aspecto familiar y de pareja en relación con estos enfermos, así como a determinar diferencias de género en el impacto de la enfermedad.

En uno de sus estudios más recientes, donde evalúa la estructura familiar de 74 pacientes afroamericanos de procedencia urbana, con tratamiento hemodialítico, señala que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis.

De igual manera refiere que en 500 familias de pacientes afroamericanos de Washington y Filadelfia, en las que se evaluó el funcionamiento familiar y la adaptación a la enfermedad, los datos revelaron después de 3 años de seguimiento que solo la edad del paciente y la estructura familiar estuvieron asociadas con la supervivencia.(9).

En Cuba se ha evaluado el nivel de estrés que padecían los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal terminal. (Otero H. El estrés del cuidador primario familiar de pacientes con IRCT [tesis de Maestría]. Facultad de Psicología, Ciudad de La Habana, 2000).

Existe otra investigación donde se dirime la relación existente entre apoyo social recibido y funcionamiento familiar en pacientes tratados con hemodiálisis, donde esta vinculación resultó altamente significativa. En ese contexto se determinó que mientras más disfuncional era la familia, más bajo era el apoyo percibido por los pacientes (Valdés I. El apoyo social percibido por los pacientes en hemodiálisis [tesis de especialidad]. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 2003).(9)

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

Dicha situación puede conducir a una disfuncionalidad familiar si no se afronta convenientemente el hecho de tener a una persona enferma crónica en su seno. Por estas razones decidimos investigar cuáles eran los atributos que caracterizaban a las familias de los pacientes con IRC que reciben tratamiento hemodialítico en el Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas", desde los puntos de vista sociodemográfico y médico, así como determinar el nivel de adecuación del afrontamiento familiar a la enfermedad en dichas familias y evaluar el funcionamiento familiar de las personas evaluadas.

El estudio de la familia en los pacientes con IRC y particularmente el relacionado con el funcionamiento familiar y la pareja se perfilan como un campo poco explorado y con muchas posibilidades de desarrollo científico, por sus implicaciones teórico-prácticas. (9).

El instrumento de evaluación de **Norton** analiza los factores que intervienen en la elección de pareja así como algunos psicodinamismos de interacción, se describen las funciones principales que deben desarrollar los cónyuges para lograr una relación funcional, el objetivo primordial de la entrevista a parejas con conflictos debe ser capacitarlos para que puedan reconocer sus conflictos sin perder su sentimiento de pertenencia a la pareja. Hay que recordar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia el cual evalúa las siguientes funciones de la pareja:

Involucramiento: Esta función debe ser evaluada a través de las expresiones de afecto.

- Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo como pueden ser abrazos, besos, caricias, y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.
- Calidad de convivencia, es decir las satisfacciones percibidas por los cónyuges del tiempo que pasan juntos.

- Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges este dispuesto a dar al menos lo que recibe.

Comunicación: Esta función debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas.

- Que sea clara, es decir que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión
- Que sea directa, es decir que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia.
- Que sea congruente. lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal.

Toma de decisiones: Es importante investigar como se da el proceso de toma de decisiones, los estilos mas frecuentes son:

- Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen su opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar.
- Toma de decisiones individual, uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge.

Respuesta ante conflictos: Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo mas sano no es una pareja sin

conflictos ,sino una pareja que sabe como manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten y en el momento en que se presenten.

Tareas: La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad.

- Congruencia, La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.
- Satisfacción. implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar.
- Flexibilidad, se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar.

CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE NORTON

Nombre _____ Edad _____

-

Num. De

afiliación _____ Sexo _____ Ocupación _____

Dirección _____

-

Cuestionario para pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Posibles respuestas:

Nunca=0,	A veces=0-2,	Casi siempre=3,	Siempre=4
----------	--------------	-----------------	-----------

Involucramiento:

1. Me agrada estar con mi pareja _____
2. Sacrifico de mi tiempo para hacer algo importante por mi pareja _____
3. Es un honor presentar a mi pareja con mis amigos y compañeros _____
4. Mi matrimonio es la motivación para el desarrollo de mi persona _____
5. Si tuviera otra vida me casaría de nuevo con mi pareja _____

Comunicación:

1. El discutir de mis preocupaciones con mi pareja me hace sentir bien _____
2. Mi pareja entiende las cosas importantes que trato de comunicarle _____
3. Acostumbramos dialogar para ponernos de acuerdo _____
4. Percibo el sentir de mi pareja aun y cuando no me lo diga con palabras _____
5. Tengo la confianza para tratar cualquier tema de importancia con mi pareja _____

Toma de decisiones:

1. Me siento con autoridad para tomar decisiones en mi hogar _____
2. No me afecta que mi pareja tome algunas decisiones _____

3. Tomo en cuenta los deseos de mi pareja cuando hay que decidir entre los dos___

4. Mi pareja respeta mi punto de vista cuando hay que tomar una decisión_____

5. Las decisiones importantes en el hogar las discutimos entre ambos_____

Respuesta ante conflictos:

1. Cuando peleamos evitamos las amenazas y calificativos y nos enfocamos en los problemas_____

2. Después de pelear nos ponemos de acuerdo y raras veces nos vamos a dormir si reconciliarnos_____

3. Los asuntos importantes los resolvemos pacíficamente y raras veces peleamos___

4. Puedo expresar mi enojo cuando algo me molesta_____

5. Es muy raro pelear ya que nuestros problemas los solucionamos pacíficamente___:_

Tareas:

1. Las tareas en nuestro matrimonio están balanceadas_____

2. Cumpló con las labores domesticas que me corresponden_____

3. Cuando se reparten las labores domesticas lo hacemos equitativamente_____

4. Puede haber desacuerdos en lo que corresponde a las tareas domesticas_____

5. En caso de enfermedad mi pareja me ayuda con mis tareas_____

0 - 40	Parejas severamente disfuncional.
41-70	Pareja moderadamente disfuncional.
71-100	Pareja funcional.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

La insuficiencia renal aguda es un síndrome caracterizado por disminución relativamente rápida de la función renal, lo que conduce a la acumulación de agua, solutos cristaloides y metabolitos nitrogenados en el cuerpo. La insuficiencia renal aguda de importancia clínica puede relacionarse con un aumento diario de la creatinina sérica y niveles de nitrógeno de urea (hiperazoemia) mayor de 0.5 y 10 mg/dl, respectivamente. (11)

Etiología:

La insuficiencia renal aguda se puede observar en una amplia variedad de circunstancias clínicas. El método sistemático ante las causas de insuficiencia renal aguda facilita el diagnóstico en el paciente individual. Es importante recordar que la insuficiencia renal aguda es un proceso bilateral, excepto en pacientes con un solo riñón funcional. (11)

Prerrenal

Las causas prerrenales conducen a insuficiencia renal al reducir el riesgo efectivo del parénquima renal. La disminución absoluta del volumen sanguíneo (hipovolemia), que es el trastorno prerrenal más frecuente, tal vez se deba a pérdidas dérmicas, gastrointestinales y renales de agua y electrolitos, hemorragia, y secuestro de líquidos en cavidades

corporales. Puede presentarse en forma espontánea oclusión bilateral de arterias renales debido a émbolos del corazón o por aorta ateromatosa. La embolia de ateromas aparece por el común en el transcurso de procedimientos quirúrgicos difíciles que afectan la aorta abdominal. (11)

Posrenal

Si bien es bastante rara, la obstrucción ureteral bilateral puede deberse a cálculos, papilas desprendidas en la nefropatía por analgésicos, trombos, neoplasmas y causas yatrógenas. En la obstrucción bilateral, por lo común se encuentra bloqueado un riñón durante varios días o semanas antes que la obstrucción del riñón contralateral cause insuficiencia renal aguda. En ocasiones se observa obstrucción ureteral aguda del riñón solitario. La insuficiencia renal aguda puede deberse a obstrucción uretral debido a hipertrofia prostática, prostatitis, tumores de vejiga y próstata, rotura de vejiga, cálculos y causas yatrógenas. (11)

Intrarrenal

Los vasos sanguíneos renales arteriales y arteriolares tal vez se vean afectados en la vasculitis, hipertensión maligna, eclampsia y microangiopatías. Se puede apreciar vasospasmo

intenso que conduce a insuficiencia renal aguda en la esclerodermia, durante administración sistémica de noradrenalina, debido al uso de antiinflamatorios no esteroides, medios de contraste radiológico yodados o píldoras para dieta, o en estados hipercalcémicos.

Cerca de la mitad de los riñones trasplantado de fuentes cadavéricas sufren insuficiencia renal oligúrica. Los túbulos renales tal vez se vean ocluidos por cristales de ácido úrico, oxalato, sulfonamidas o piridinio, lo cual conduce a insuficiencia renal aguda. (11)

Una amplia variedad de sustancias químicas son tóxicos tubulares potenciales. Los antibióticos de la clase de los aminoglucósidos (que son de las nefrotóxicas y tóxicas más frecuentes), estreptomina, cefaloridina y anfotericina lesionan túbulos renales cuando readministran en dosis excesivas. Los quimioterapéuticos como estreptozotocina y cisplatino también con frecuencia causan lesión renal aguda la cual puede avanzar a insuficiencia renal aguda. (11)

Incidencia

La insuficiencia renal aguda es un síndrome relativamente común. La incidencia en la población general de pacientes externos no se conoce; en un estudio, cerca de 5% de pacientes en unidades médicas y quirúrgicas de un hospital

general experimentaron un episodio de insuficiencia renal aguda. Alrededor de 60% de los casos guardan relación con cirugía o traumatismo; en el resto existen causas médicas u obstétricas. En términos globales, cerca de la mitad de los casos de insuficiencia renal aguda en pacientes hospitalizados pueden ser yatrógenos. (11)

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

A diferencia de la destacada capacidad del riñón de recuperar su función tras la lesión renal aguda, la lesión renal de naturaleza más mantenida suele no ser reversible, sino que conduce a la progresiva destrucción de la masa de nefronas. A pesar del tratamiento con éxito de la hipertensión, de la obstrucción e infección de las vías urinarias, y de las enfermedades sistemáticas, muchas formas de lesión renal progresan inexorablemente hacia una insuficiencia renal crónica (IRC). (12)

Etiología y Epidemiología

La incidencia de las diferentes causas de insuficiencia renal crónica difiere según la edad, sexo y características socioeconómicas de la población que hay que estudiar.

La insuficiencia renal crónica constituye un problema de salud en México debido a la incidencia y prevalencia crecientes de esta enfermedad en los últimos años.(13)

En México la insuficiencia renal crónica es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el cuarto lugar en hombres con 55033 casos y el décimo lugar en mujeres con 50924 casos, con una tasa de 101.5 por 100 000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, de acuerdo al Sistema Nacional de Salud.(13)

Muchas enfermedades renales, congénitas o adquiridas, evolucionan hacia la insuficiencia renal crónica:

Glomerulonefritis primitiva

Nefropatía intersticial/pielonefritis asociadas a:

- Obstrucción congénita o adquirida
- Litiasis
- Infección
- Reflujo vesicoureteral

Nefropatía por fármacos o tóxicos

Enfermedades quísticas

- Poliquistosis tipo infantil
- Poliquistosis tipo adulto
- Enfermedad quística de la medular

Displasia o hipoplasia renal

Nefropatía hereditaria (Alport)

Enfermedad vascular renal (incluye hipertensión arterial)

Enfermedades sistémicas

- Vasculitis
- Lupus eritematoso
- Esclerodermia
- Púrpura de Schönlein-Henoch
- Síndrome hemolítico-urémico
- Síndrome de Goodpasture

Enfermedades metabólicas

- Cistinosis
- Oxalosis
- Enfermedad de Fabry
- Diabetes
- Gota
- Hipercalcemia

Disglobulinemias

- Mieloma
- Amiloidosis

Necrosis cortical o tubular

Tuberculosis renal

Tumor renal

Traumatismo renal o exéresis quirúrgica del riñón

FISIOPATOLOGÍA

En la progresión de la lesión renal intervienen agentes o

situaciones lesivas para el endotelio glomerular, o que inducen una activación de las células mesangiales, que se asocian a una infiltración y proliferación celular en la matriz que conducen a la esclerosis. Los mecanismos complejos de la progresión de la lesión glomerular son en cierta forma independientes del agente de la agresión inicial. La evolución, sin embargo, puede estar matizada por la persistencia de los procesos patológicos de base.

Los mecanismos básicos implicados en la lesión glomerular y, por lo tanto, en la progresión de la IRC son los siguientes:

1. La acción de diversas citoquinas celulares (factores de crecimiento o inflamatorios), que podrían originarse no solo por la alteración de la biología de las células intrínsecas del glomérulo (mesangiales, endoteliales o epiteliales), sino por la persistencia de las células infiltrantes activadas de origen sanguíneo, en especial plaquetas y leucocitos (monocitos/macrófagos, neutrofilos y linfocitos). Sobre las células glomerulares actúan preferentemente los siguientes factores de crecimiento: el de los fibroblastos (FGF), el derivado de las plaquetas (PDGF), el intraepidérmico (IGF) y el transformador del crecimiento β (TGF- β); por otra parte,

2. los que lo hacen sobre las células tubulares son: el factor de crecimiento epidérmico (EGF), el transformador del crecimiento) α (TGF- α) y el nervioso (NGF). No obstante, alguno de ellos puede actuar en ambos sitios.
3. Aumento de la matriz extracelular secundaria a la degradación de proteínas originadas por la acción de las metaloproteasas, las más conocidas de las cuales son MMP 1, 2, 3,8 y 13.
4. Alteraciones en la membrana basal; aumento de permeabilidad y pérdida de la carga negativa que conduce a proteinuria.
5. Coagulación con obliteración de capilares.
6. Hipertrofia glomerular.
7. Aumento de la presión capilar glomerular.
8. la proteinuria es un factor de riesgo en la progresión de la insuficiencia renal, produciendo, además de las lesiones glomerulares, lesiones tubulointersticiales muy importantes por estímulo de factores de crecimiento y del factor de transcripción NF-KB (nuclear factor K β).

Los cambios hemodinámicos y la hiperpresión glomerular que conducen a la esclerosis se atribuyen básicamente a la lesión endotelial, a través de los siguientes fenómenos: liberación de

sustancias vasoconstrictoras, adhesión y agregación de plaquetas sobre la zona lesionada, activación de la cascada del complemento, liberación de citoquinas celulares, activación de la coagulación provocando fenómenos de microtrombosis y aumento de la permeabilidad del endotelio. Esta alteración del endotelio origina el paso de células (monocitos/macrófagos) a macromoléculas que favorecen la proteinuria y la expansión de la matriz mesangial y a lípidos (implicados también en la proliferación mesangial y el aumento de macrófagos). esclerosados. (14)

Sistema renina angiotensina aldosterona.

El sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) es uno de los sistemas vasoconstrictores más potentes del organismo. La actividad del sistema comienza con la liberación de renina desde el aparato yuxta glomerular. La isquemia renal es uno de los mayores activadores del mismo. La renina actúa sobre el angiotensinógeno o sustrato plasmático. Se trata de una alfa globulina sintetizada por el hígado. La reacción enzimática separa el decapeptido aminoterminal de la molécula proteica. Este polipéptido, la angiotensina I es muy inestable siendo desdoblado rápidamente por la enzima de conversión

dando lugar al principio activo, la angiotensina II. La enzima de conversión, al igual que la renina puede ser hallada en diferentes tejidos aunque el principal sitio de formación es el endotelio de los capilares pulmonares. La vida media del octapéptido activo es también muy breve, al igual que su efecto vasoconstrictor directo, ya que es rápidamente degradada por aminopeptidasas a péptidos a su vez de menor peso molecular. Uno de estos es el heptapéptido angiotensina III. (15)

El mecanismo íntimo de liberación celular de la renina está condicionado por muchas variables que actúan a través de uno o más mecanismos regulando su concentración plasmática. Los mecanismos mejor conocidos son los humorales entre los que se incluyen a la angiotensina II, las prostaglandinas, la aldosterona, las catecolaminas, los receptores intrarrenales localizados en la pared vascular y en la mácula densa y finalmente la inervación renal que recibe la influencia del sistema neuroadrenérgico por activación de los mecanorreceptores de alta y baja presión.

La angiotensina II ejerce un efecto vasoconstrictor en la circulación. También este efecto se ejerce sobre la circulación renal. Esta acción determina una reducción

del flujo sanguíneo renal y algunos cambios menores en la filtración glomerular, condicionando un incremento de la fracción filtrada. El sitio principal de acción de la angiotensina II en el riñón es el pre y post glomerular, siendo, en condiciones agudas, el resultado de una acción directa de la angiotensina II a través del receptor y, en menor medida, de una respuesta miogénica ante la elevación de la presión arterial.

La angiotensina II posee también un efecto tubular directo, participando en los mecanismos de reabsorción y excreción de sodio.

El sistema renina angiotensina se halla vinculado a través de la enzima de conversión con el sistema de las calicreinas -quininas. Esta enzima inactiva las quininas mientras transforma la angiotensina I en II. Además, las quininas aumentan la producción de prostaglandinas renales por estimulación de la fosfolipasa A2 (15)

Diagnóstico

En razón de la infinidad de causas de IRC, el diagnóstico del factor etiológico requiere de una cuidadosa historia clínica y

exploración física. Deberá investigarse el antecedente de infecciones urinarias repetitivas, de enfermedades sistémicas como diabetes, hipertensión, colagenopatias o hiperuricemia, así como litiasis renal de repetición. Otras causas menores frecuentes deben también ser consideradas.

1. Laboratorio

La química sanguínea es fundamental en el diagnóstico y en la determinación de la severidad de la uremia. Un punto de interés es el realizar medición de la depuración de creatinina en orina de 24 horas; lo que se logra midiendo los niveles plasmáticos de creatinina y cuantificando la creatinina excretada en orina recolectada durante 24 horas con la siguiente fórmula:

$$\text{Depuración de Creatinina} = \frac{\text{Creatinina Urinaria} \times \text{Vol. de Orina de 24hrs.}}{\text{Creatinina Plasmática}}$$

La depuración de creatinina endógena oscila entre 85 a 120ml/min. y valores menores hablan de daño renal.

2.-Gabinete

Es común encontrar alteraciones radiográficas en hueso por la osteodistrofia renal. La osteítis fibrosa se caracteriza radiográficamente por resorción subperiostica en las falanges, erosiones en la epífisis proximal de la tibia, cuello del fémur,

húmero y superficie inferior de la porción distal de la clavícula. La placa simple de abdomen puede mostrar el tamaño de siluetas renales y descartar la presencia de litiasis uretrales o renales radiópacas. El ultrasonido renal, ayuda a valorar la relación córticomédular, y a descartar lesiones obstructivas crónicas. El resto de los estudios empleados en IRA pueden ser útiles. (16)

Tratamiento

El tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica incluye lo siguiente: terapia basada en un diagnóstico específico, evaluación y manejo de las condiciones comorbidas; medición de la disminución de la función renal; medidas para prevenir y tratar la enfermedad cardiovascular; medidas para tratar y prevenir complicaciones de funcionamiento renal; preparación de falla renal y terapia de reemplazo renal; reemplazo de la función renal por medio de diálisis o trasplante si los signos y síntomas de uremia están presentes. La medicación debe ser revisada en todas las visitas. Las dosis deberán de ser ajustadas en base al nivel de funcionamiento del riñón. (17)

Tratamiento Dialítico

Diálisis Peritoneal:

La diálisis peritoneal (DP) ha demostrado ser una alternativa eficaz en la depuración de toxinas urémicas y en el mantenimiento de un balance hidrosalino adecuado. Su prevalencia es muy dispar, siendo la media del 11% de todos los pacientes dializados del mundo (17)

Definición de diálisis adecuada

Cantidad y calidad de diálisis necesaria para que el paciente se encuentre bien, sin sintomatología urémica, con la mejor corrección posible de las alteraciones metabólicas y sistémicas relacionadas con la uremia, consiguiendo una larga supervivencia del paciente y de la técnica con la menor morbilidad además de permitir una buena calidad de vida.

la dosis de diálisis referida a los índices de aclaramiento de solutos y toxinas urémicas mediante la clínica y datos bioquímicos calculando la cinética de la urea (Kt/V) y el aclaramiento semanal de creatinina, control del volumen y presión arterial, normalización de electrolitos y del equilibrio ácido-base, control de anemia, osteodistrofia, nutrición y a la prevención y tratamiento de la comorbilidad: (17)

Múltiples estudios han puesto en evidencia que las

soluciones de diálisis tradicionales no son biocompatibles a causa del bajo PH, concentraciones de glucosa y lactato, hiperosmolaridad y la producción de productos de degradación de la glucosa (PDGs) que conducen a la pérdida de función de la membrana peritoneal. Todo ello ha llevado a la búsqueda de nuevas soluciones que eviten la toxicidad y lesiones sobre la membrana peritoneal así como la producción de PDGs. Se han sugerido soluciones conteniendo,

- Electrolitos:

- Sodio 132-134 mmol/l
- Calcio 1.75 mmol/l, 1.25 mmol/l
- Cloro 95-103 mmol/l
- Magnesio 0.25-0.75 mmol/l

-

- Agentes osmóticos:

- Glucosa monohidrato 1,5%, 1,3%, 4,25%
- Glucosa anhidra 1.36%, 2.27%, 3.86%
- Glucosa con reducción de PDGs
- Aminoácidos 1.1%
- Icodextrina 7.5%

- Tampón

- Lactato 35-40 mmol/l PH 5.5
- Bicarbonato 34 mmol/l, 39 mmol/l
- Lactato / bicarbonato 25/15 mmol/l
- Bicarbonato / glicina 30/10 mmol/l (15)

Hemodiálisis:

Cuando el paciente con insuficiencia renal no logra mantener un adecuado control ácido básico, excretar productos tóxicos del organismo, ni mantener el equilibrio de sodio y líquidos corporales, esta indicando iniciar tratamiento dialítico. Esto resulta clínicamente en cinco indicaciones de diálisis: uremia (nitrógeno ureico en sangre [BUN] mayor de 125mg/dl), hiperpotasemia, sobrecarga hídrica, acidosis metabólica y pericarditis urémica. Aunque se han establecido algunos parámetros bioquímicos, como BUN, urea mayor de 200 mg/dl, creatinina mayor de 10 mg/dl, etc., la presencia de síntomas y signos de uremia es la que debe marcar la pauta para iniciar el tratamiento sustitutivo. La hemodiálisis esta dirigida a ajustar la concentración de solutos en sangre y eliminar el exceso de líquidos del organismo. Esto se logra por medio de la difusión a través de una membrana semipermeable. El aclaramiento de cada soluto en particular depende de varios factores: a) superficie de la membrana; b) gradiente de concentración entre la sangre y la solución dializante; c) permeabilidad de la membrana para el soluto; d) velocidad de flujos (sangre/dializado), y e) tamaño molecular del soluto. La hemodiálisis esta constituida por dos etapas que habitualmente

son simultaneas (diálisis/ultrafiltración). Se han observado que con la separación de estas etapas (ultrafiltración) secuencial y posteriormente diálisis) se logra una mayor y mas rápida eliminación de líquidos. La hemodiálisis se efectúa por medio de una maquina de hemodiálisis (“riñón artificial”), lo que además de requerir instalaciones y equipos especiales y costosos, hace necesario instalar una vía de acceso desde la maquina hacia el paciente. Implica además un tratamiento intermitente que requiere de manejo estricto en los periodos entre cada evento dialítico, así como limitaciones en cuanto a la independencia y la calidad de vida del paciente. (18)

Acceso vascular

El tipo de acceso vascular esta determinado por el tipo de hemodiálisis y el tiempo que se utilizará. Cuando se requiere de hemodiálisis urgente o por periodos relativamente breves (hasta de seis meses), esta indicada la utilización de catéteres percutáneos de doble lumen, que se instalan a nivel femoral, yugular o preferentemente subclavio. Los riesgos de los catéteres son: laceración, neumotórax, hemorragia, estenosis de subclavia, sepsis, etc.

Cuando es necesario un acceso vascular a largo plazo, idealmente se debe emplear la fístula arteriovenosa interna. (19)

Hemodializador

Las máquinas modernas de hemodiálisis constan de un dializador (membrana de diálisis), la bomba que regula el flujo sanguíneo y el sistema que controla la solución de diálisis.

La membrana de diálisis es componente fundamental del sistema ya que el uso de membranas de cuprofano y de celulosa puede producir reacciones anafilácticas que se caracterizan por fiebre, disnea, dolor torácico e inestabilidad hemodinámica; además, se refiere que estas membranas estimulan la producción de interleucina 1 y liberación de C5a, que se ha señalado como causantes de algunas complicaciones a corto y largo plazos de la hemodiálisis. (20)

Heparinización

Las membranas de diálisis pueden inducir la formación de trombos; para evitar esta complicación es necesaria la heparinización durante la hemodiálisis. La heparina generalmente se aplica por la línea arterial, mientras que se aplica protamina por la vía venosa para disminuir el riesgo de hemorragia. La vida media más corta de la protamina favorece el “rebote heparínico” que se manifiesta por efecto heparínico tardío horas después de la hemodiálisis. (22)

Solución de diálisis

La concentración de sodio de las soluciones dializantes esta entre 135 140 meq/L, aunque se utilizan soluciones con mayor concentración en casos de hipotensión arterial. La concentración habitual de potasio es de 2 meq/L. La rápida extracción de potasio puede producir arritmias, por lo que es necesaria la monitorización electrocardiográfica en pacientes de alto riesgo, como los sujetos digitalizados por ejemplo. Para corregir la acidosis metabólica secundaria a la uremia, se agrega acetato o bicarbonato a las soluciones de diálisis. Las soluciones con bicarbonato son más eficaces para corregir la acidosis metabólica en sujetos graves o en tratamientos con diálisis d alta permeabilidad; se consigue también mayor estabilidad hemodinámica, permitiendo mayores tasas de ultrafiltración; el riesgo de hipoxemia es menor, así como los síntomas de cefalea, nausea, vomito, etc., y con respecto a los pacientes dializados con soluciones con acetato. (22)

Hemodiálisis diaria corta

Buoncristiani la reporta como sesiones de dos horas durante seis, su mayor indicación es para pacientes menos estables que no toleran periodos de diálisis larga ting la llama terapia de rescate, en uno de sus estudios destacan pacientes con un

promedio de 3.3% de condiciones comorbidas y su conclusión es que los enfermos críticos son los mas beneficiados.

Hemodiálisis diaria larga nocturna

Uldall y Pierratos son los precursores en esta terapia, su recomendación son las sesiones de seis a doce horas por la noche durante seis a siete días a la semana. Ofrece mayores kt/V semanales, mejor morbilidad y mortalidad, y más estabilidad hemodinámica.

La cantidad de flujos sanguíneos que se usan son de 200 a 250 ml/min. Y del dializado de 300 a 500 ml/min. Con rangos de flujos de dializado de 100 a 800ml/min. Los flujos de dializado bajo (100ml/min.) pueden proveer un equilibrio nocturno de kt/V de la urea de casi 1. Con flujos sanguíneo y de dializado alto con dializadores de superficie grande se obtiene un $>kt/V$ semanal (11.8 a18.6). (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La funcionalidad de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las crisis por las que atraviesa. La dinámica, es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien, se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado de acuerdo al ciclo vital por el que esta atravesando dicha familia.

Las funciones inician al momento que empieza la interacción, con los acuerdos iniciales como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe como manejar los conflictos en el momento y en el lugar que se les presenten.

Cuando ocurre una enfermedad crónica como es la insuficiencia renal, puede afectarse la vida de la pareja en distintos grados, dependiendo de múltiples factores como son el tipo de enfermedad, daño fisiológico, tipo de terapia, medicamentos.

El esposo o esposa de la persona enferma también se verá afectada por la limitación que esta enfermedad pueda provocar.

En los últimos siete años en que en nuestra región se cuenta con hemodiálisis, es lo que se ha observado en este grave problema.

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

Por lo cual no hacemos la siguiente pregunta.

¿Cómo es la funcionalidad del subsistema conyugal de los pacientes hemodializados del Hospital General de Zona #11 en Piedras Negras, Cahuila?

JUSTIFICACIÓN

Según estadísticas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) organismo internacional, establece 130 casos de insuficiencia renal crónica por millón de habitantes.

La insuficiencia renal crónica constituye un problema de salud en México debido a la incidencia y prevalencia crecientes de esta enfermedad en los últimos años.(15)

En México la insuficiencia renal crónica es una de las principales causas de atención hospitalaria, ocupando el cuarto lugar en hombres y el décimo lugar en mujeres, con una tasa de 10.5 por 100 000 habitantes, de acuerdo al Sistema Nacional de Salud. (16)

En el Estado de Coahuila, Piedras Negras ocupa el segundo lugar en pacientes tratados con hemodiálisis.

En Piedras Negras, Coahuila, la población total de mayo del 2006 a mayo del 2007 en el Hospital General de Zona N° 11 fue de 248,593 derechohabientes, de los cuales 38 pacientes están en el programa de hemodiálisis en ese periodo.

En los pacientes hemodializados por insuficiencia renal crónica, los estudios de familia son escasos, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre la relación en la pareja de dichos enfermos y viceversa.

Situación que viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas. Dicha situación puede conducir a una disfuncionalidad conyugal, si no se afronta convenientemente el hecho de tener a una persona enferma crónica en su seno. Esta inquietud sin duda se acrecentó en mí caso al ver el abandono en el que cada paciente acude a recibir su cesión de hemodiálisis de cada tercer día, durante la semana, y además el poco acompañamiento de su pareja y las horas de espera solo que tiene cada paciente en su estancia hospitalaria. Por estas razones decidimos investigar cuáles eran los atributos que caracterizaban a las familias de los pacientes con IRC, que reciben tratamiento hemodialítico en el Hospital General de Zona numero 11, desde los puntos de vista sociodemográfico y médico, así como determinar el nivel de adecuación del afrontamiento familiar a la enfermedad en dichas familias y conocer el funcionamiento conyugal de las personas evaluadas. A través del instrumento de evaluación de Norton, el cual evalúa las principales funciones familiares del subsistema coyugal, comunicación, adjudicación y asunción de roles, afecto y toma de decisiones.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes hemodializados del Hospital General de Zona # 11 de Piedras Negras, Coahuila.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Conocer el involucramiento afectivo del subsistema conyugal en pacientes hemodializados del Hospital General de Zona # 11 de Piedras Negras, Coahuila.

- 2.- Determinar los tipos de comunicación del subsistema conyugal en pacientes hemodializados del Hospital General de Zona # 11 de Piedras Negras, Coahuila.

- 3.- Describir las formas de toma de decisiones del subsistema conyugal en pacientes hemodializados del Hospital General de Zona # 11 de Piedras Negras, Coahuila.

4.- Conocer cual es la respuesta ante conflictos del subsistema conyugal en pacientes hemodializados del Hospital General de Zona # 11 de Piedras Negras, Coahuila.

5.- Identificar las tareas del subsistema conyugal en pacientes hemodializados del Hospital General de Zona # 11 de Piedras Negras, Coahuila.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

- Observacional
- Retrospectivo
- Transversal
- Descriptivo
- Abierto

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

En el Hospital General de Zona #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Piedras Negras, Coahuila; reporto 38 casos de pacientes que están dentro del programa de hemodiálisis, entre las edades de 20 a 75 años en el periodo comprendido de Diciembre del 2006 a Junio del 2007.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

General de Zona N°11 de Piedras Negras, Coahuila. El Universo de trabajo lo constituyeron las 38 parejas que están dentro del programa de hemodiálisis; 19 son del sexo masculino, y 19 son del sexo femenino, entre las edades de 20 a 75 años trabajándose con la totalidad de ellas, se utilizo como método De los 248,593 derechohabientes adscritos al Hospital estadístico el análisis porcentual.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

A) CRITERIOS DE INCLUSION.-

1. Pacientes integrados en el programa de hemodiálisis en el Hospital General de Zona N° 11 de Piedras Negras, Coahuila del periodo de Diciembre del 2006 a Mayo del 2007.
2. Pacientes de ambos sexos
3. Pacientes de 20 a 75 años
4. Que tengan convivencia de pareja, independientemente del tiempo.
5. Pacientes que estén siendo hemodializados por enfermedad crónica.

B) CRITERIOS DE EXCLUSION.-

1. Pacientes hemodializandose que nunca hayan tenido relación de pareja.
2. Pacientes que estén en hemodiálisis y tengan cáncer.
3. Pacientes que estén en hemodiálisis y tengan tratamiento con inmunosupresores.
4. Pacientes nefrectomizados.

C) CRITERIOS DE ELIMINACION.-

1. Pacientes que salgan del programa de hemodiálisis
2. Pacientes que hayan sido transplantados durante el periodo de diciembre del 2006 a mayo del 2007.
3. Pacientes que hayan muerto durante el periodo de diciembre del 2006 a mayo del 2007.
4. Pacientes que hayan cambiado de residencia
5. Pacientes que hayan suspendido el programa por decisión personal.

VARIABLES A RECOLECTAR:

INVOLUCRAMIENTO: Son las manifestaciones o expresiones de afecto. Para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben de ser constantes y efusivas, existen manifestaciones físicas, como pueden ser abrazos, besos, caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.

COMUNICACION: Esta función debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas. Que sea clara, es decir que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión. Que sea directa, es decir que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia. Que sea congruente lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal.

TOMA DE DECISIONES: Es importante investigar como se da el proceso de toma de decisiones, los estilos más frecuentes son: Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar. Toma de decisiones individual, uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge.

TAREAS: La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor funcionalidad. Congruencia, La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge. Satisfacción. implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar. Flexibilidad, se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar

HEMODIALISIS: La hemodiálisis es el proceso que permite obtener sangre que se extrae del organismo en forma cíclica y se envía en un riñón artificial a través de una membrana semipermeable que permite eliminar sustancias tóxicas. Esto implica la necesidad de una vía de acceso vascular que puede ser permanente como el caso de una fístula arteriovenosa primaria, un injerto sintético subcutáneo o un catéter central tunelizado o bien, transitoria que generalmente corresponde a un catéter colocado en una gran vena que puede ser trans-yugular interna, subclavia o femoral.

PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACION

Una vez detectadas las parejas de los pacientes hemodializados del Hospital General de Zona N° 11 de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicó el instrumento de evaluación de Norton . Los resultados obtenidos fueron analizados por el mismo personal medico colaborador, graficándose los resultados en forma porcentual mediante el paquete de Office Excel, así como el paquete estadístico SPSS 10.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio se ajustará a las Normas Éticas Institucionales, y a Ley General De Salud en materia de Investigación para la Salud en el Título Quinto, Artículo 96, sección II que nos habla de los enlaces entre la enfermedad, medicina y estructura social; aunado a este, el Artículo 100, sección III y IV que habla de la seguridad del sujeto además del consentimiento para realizar la investigación. Así como a la declaración de Helsinki, Finlandia modificada en Tokio, Japón en Octubre de 1975; esta sirve como guía para médicos en la investigación en personas.

RESULTADOS

Al conocer la funcionalidad del subsistema conyugal se encontró que el 52.6% de las parejas se encuentran moderadamente disfuncional, el 42.1% severamente disfuncional y solamente funcionales el 5.2% de acuerdo el instrumento de evaluación de Norton,(Anexo 2) el cual evalúa las principales funciones del subsistema conyugal como son , el involucramiento, al evaluar dicho parámetro se encontró que el 71% de los pacientes solo a veces se manifiesta físicamente a su pareja, al igual que la calidad de tiempo que pasan juntos en un 60.5%, e igualmente solo a veces existe reciprocidad de la pareja en un 57% .(Anexo 3)

En cuanto a la comunicación del subsistema conyugal se visualizó que casi nunca existe congruencia, claridad, ni dirección en el 26.3%, ya que la mayor parte de las parejas no cumplen con estas pautas de comunicación. (Anexo 4)

En la toma de decisiones solo a veces se toma en cuenta a la pareja para tomar una decisión y casi nunca la toman conjuntamente en el 18.4% (Anexo 5) y para finalizar las tareas de la pareja solamente el 57.8% a veces existe congruencia según las capacidades del cónyuge, llama la atención que siempre hay satisfacción en lo que hacen en un 41.1% de las parejas, y que siempre existe flexibilidad al intercambio de funciones hacia al grupo familiar en un 34.2%. (Anexo 6)

DISCUSIÓN

Según estadísticas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) organismo internacional, establece 130 casos de insuficiencia renal crónica por millón de habitantes. (18)

La insuficiencia renal crónica constituye un problema de salud en México debido a la incidencia y prevalencia crecientes de esta enfermedad en los últimos años.(15)

En México la insuficiencia renal crónica es una de las principales causas de atención hospitalaria, ocupando el cuarto lugar en hombres y el décimo lugar en mujeres, con una tasa de 10.5 por 100 000 habitantes, de acuerdo al Sistema Nacional de Salud.(16)

La funcionalidad de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros; es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las crisis por las que atraviesa.

Cuando ocurre una enfermedad crónica como es la insuficiencia renal, puede afectarse la vida de la pareja en distintos grados, dependiendo de múltiples factores como son el tipo de enfermedad, daño fisiológico, tipo de terapia, medicamentos.(17)

En un estudio reciente(18), donde se evalúa la estructura familiar de 74 pacientes afroamericanos de

procedencia urbana, con tratamiento hemodialítico, señala que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la hemodialisis. De igual manera refiere que en 500 familias de pacientes afroamericanos de Washington y Filadelfia, en las que se evaluó el funcionamiento familiar y la adaptación a la enfermedad, los datos revelaron después de 3 años de seguimiento que solo la edad del paciente y la estructura familiar estuvieron asociadas con la supervivencia.

El instrumento de evaluación de **Norton** analiza los factores que intervienen en la elección de pareja así como algunos psicodinamismos de interacción, se describen las funciones principales que deben desarrollar los cónyuges para lograr una relación funcional. El objetivo primordial de la entrevista a parejas con conflictos debe ser capacitarlos para que puedan reconocer sus conflictos sin perder su sentimiento de pertenencia a la pareja. Hay que recordar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia. el cual evalúa las siguientes funciones de la pareja:

Involucramiento: Esta función debe ser evaluada a través de las expresiones de afecto. Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo como pueden ser abrazos,

besos, caricias, y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja. Calidad de convivencia, es decir la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos. Reciprocidad ,lo cual implica que cada uno de los cónyuges este dispuesto a dar al menos lo que recibe.

Al evaluar dicho parámetro se encontró que el 71% de los pacientes solo a veces se manifiesta físicamente a su pareja, al igual que la calidad de tiempo que pasan juntos en un 60.5%, e igualmente solo a veces existe reciprocidad de la pareja en un 57%.

Comunicación: Esta función debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas. Que sea clara, es decir que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión. Que sea directa, es decir que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia. Que sea congruente. lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal. En cuanto a la comunicación del subsistema conyugal se visualizó que casi nunca existe congruencia, claridad , ni dirección en el 26.3%, ya que la mayor parte de las parejas no cumplen con estas pautas de comunicación, y el 57% solo a veces cumple con los mismos parámetros.

Toma de decisiones: Es importante investigar como se da el proceso de toma de decisiones, los estilos mas frecuentes son: Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar. Toma de decisiones individual, uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge. En este estudio en un 60%, solo a veces se toma en cuenta a la pareja para tomar una decisión y casi nunca la toman conjuntamente en el 18.4%

Tareas: La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor funcionalidad. Congruencia, La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge. Satisfacción. implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar. Flexibilidad, se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. En las tareas de la pareja el 57.8% a veces existe congruencia, satisfacción y flexibilidad, según las capacidades del cónyuge, llama la atención que siempre hay satisfacción en lo que hacen en un 42% de las parejas , y que siempre existe flexibilidad al intercambio de funciones hacia al grupo familiar en un 34%.

De acuerdo a estos parámetros de la evaluación del subsistema conyugal se encontró que el 52.6% de las parejas se encuentran moderadamente disfuncionales, el 42.1% severamente disfuncional y solamente funcionales el 5.2%. En la disfuncionalidad conyugal, a pesar de existir alteraciones en todas las categorías, lo más notable fue la poca correspondencia entre los intereses y necesidades individuales y familiares. Lo que genera desarmonía, poca capacidad de la familia para cambiar cuando es necesario, su estructura de poder, roles y reglas, inadecuación de los roles familiares con sobrecarga en algunos miembros (casi siempre la mujer), poca permeabilidad familiar, lo cual dificulta su intercambio con el ambiente que le rodea.

CONCLUSIONES

La insuficiencia renal crónica es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la pareja. Desafortunadamente en la hemodiálisis, que es un tratamiento complicado y costoso, generalmente el cuidador termina por ser un miembro periférico para el sistema familiar, además de que aparecen conductas disfuncionales en otros miembros de la familia .

No es posible precisar cuando comenzaron a tomarse en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad crónica, sin embargo existen múltiples reportes nacionales e internacionales que demuestran su influencia no sólo sobre la calidad de vida del enfermo y la familia, sino también en la repercusión de la pareja.

Al conocer la funcionalidad del subsistema conyugal mediante el instrumento de evaluación de Norton se

CONCLUYO que el 52.6% de las parejas se encuentran moderadamente disfuncionales, el 42.1% severamente disfuncional y solamente funcionales el 5.2%, por lo que es necesario tomar en cuenta grupos de apoyo para la pareja y la familia del hemodializado, que guien y orienten en la necesidad de afecto, la correcta comunicación así como los roles y enseñen las pautas del comportamiento durante el lapso en que acompañen al enfermo, tomando en consideración siempre el apoyo del medico de familia, por ser el mas involucrado en el sistema familiar y su funcionalidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar.ed. medicina familiar mexicana 2004;2:18
2. Minuchin S.M.Ch: Fishman. Técnicas de Terapia Familiar, editorial paidos. Sexta edición. 1991 .26-34
3. Eva C.Ritvo, Ira D. Glick. Terapia de la pareja y familiar, manual moderno, 1. 2003. 12-13
4. Waltzlawick. P. Helmick B. J., Jackson D.D. Algunos axiomas exploratorios de la comunicación humana. Barcelona: Ed Herdert, 1981:49-72
5. Meddaloie JH: op.cit Etapa pre y postmatrimonial temprana, p. 155
6. F.B. Simon, H. Stierlin y L.C. Wyne. Vocabulario de terapia familiar, Geydisa, segunda edición 2002. p 371-372

7. Mendoza S., Luís (2006) Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Xalapa, Veracruz. México. Archivos en Medicina Familiar, p. 2
8. Madden SJ, Hasting, RR, Van Hoff W. Psychological adjustment in children with end-stage renal disease: the impact of maternal stress and coping. Child: Care, Health & Development 2002; 28(4): 323-330.
9. Modelos de evaluación familiar. Fragmentos del documento de tesis doctoral. En: Guía de Estudio y Bibliografía Básica. Módulo investigación familiar y comunitaria. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002:103 -16.
10. Azcarate García E., Ocampo Barrio P., Quiroz Pérez JR. (2006)vol.8, p. 98
11. Wyngaarden J.B., Smith Ll.H. (1988) Tratado de Medicina Interna 17 edición volumen 1. p 607-611

12. Harrison (2003) Principios de la Medicina Interna 14^a edición vol.II. Insuficiencia Renal Crónica. Madrid España p.1440
13. Licenciatura Nefrología (1989) Manuales Clínicos para Licenciatura y Residencia. Insuficiencia Renal Crónica. p.161-162
14. Medicina Interna de Cecil volumen II, segunda edición, p.2253-2254
15. Hostetter TH, Rosenberg ME, Ibrahim HN, and Juknevicius I. Aldosterone in Progressive Renal Disease. Seminars in Nephrology 2001; 21: 573-579.
16. Llamas Esperón, diagnóstico y terapéutica en medicina interna, cuarta edición. p. 301-303
17. Van Biesen W, Vanholder R, Lamiere N. The role of peritoneal diálisis as the first-line renal replacement modality. Perit Dial Int 20:375-383; 2000

18. American Family Physician Sep. 2004 volume 70
number 5. p. 873
19. Mcgraw-Hill (1999) El Internista, Asociación de
Medicina Interna de México. Insuficiencia Renal
Crónica. p. 385
20. Medicina Interna de México (2003) hemodiálisis
diaria. Volumen 19, num.6, p.371-375
21. Rev. de Ciencias de la Salud (2006) características
de los pacientes con enfermedad renal crónica. P.89
22. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis
patients. Kidney International 2001; 59:1599-1613

ANEXOS

ANEXO1.

Cuestionario de la escala de Norton

Nombre _____ Edad _____
Num. _____ De _____
afiliación _____ Sexo _____ Ocupación _____
Direccion _____

Cuestionario para pacientes con tratamiento de hemodiálisis.

Posibles respuestas:

Nunca=0,	A veces=0-2,	Casi siempre=3,	Siempre=4
----------	--------------	-----------------	-----------

Involucramiento:

1. Me agrada estar con mi pareja _____
2. Sacrifico de mi tiempo para hacer algo importante por mi pareja _____
3. Es un honor presentar a mi pareja con mis amigos y compañeros _____
4. Mi matrimonio es la motivación para el desarrollo de mi persona _____
5. Si tuviera otra vida me casaría de nuevo con mi pareja _____

Comunicación:

1. El discutir de mis preocupaciones con mi pareja me hace sentir bien _____
2. Mi pareja entiende las cosas importantes que trato de comunicarle _____
3. Acostumbramos dialogar para ponernos de acuerdo _____
4. Percibo el sentir de mi pareja aun y cuando no me lo diga con palabras _____
5. Tengo la confianza para tratar cualquier tema de importancia con mi pareja _____

Toma de decisiones:

1. Me siento con autoridad para tomar decisiones en mi hogar _____
2. No me afecta que mi pareja tome algunas decisiones _____
3. Tomo en cuenta los deseos de mi pareja cuando hay que decidir entre los dos _____
4. Mi pareja respeta mi punto de vista cuando hay que tomar una decisión _____
5. Las decisiones importantes en el hogar las discutimos entre ambos _____

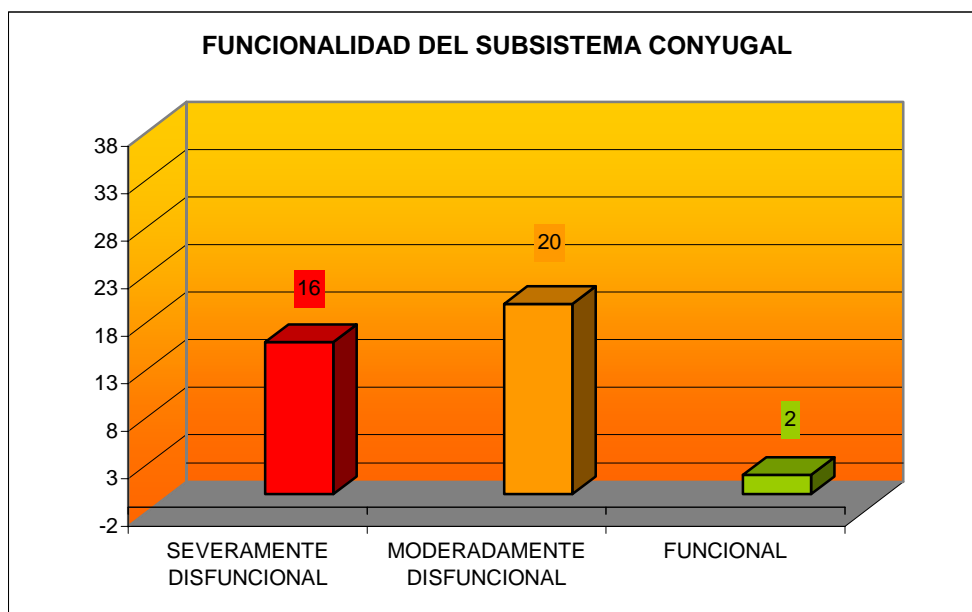
Respuesta ante conflictos:

1. Cuando peleamos evitamos las amenazas y calificativos y nos enfocamos en los problemas_____
2. Después de pelear nos ponemos de acuerdo y raras veces nos vamos a dormir si reconciliarnos_____
-
3. Los asuntos importantes los resolvemos pacíficamente y raras veces peleamos___
4. Puedo expresar mi enojo cuando algo me molesta_____
5. Es muy raro pelear ya que nuestros problemas los solucionamos pacíficamente__

Tareas:

1. Las tareas en nuestro matrimonio están balanceadas_____
2. Cumplo con las labores domesticas que me corresponden_____
3. Cuando se reparten las labores domesticas lo hacemos equitativamente_____
4. Puede haber desacuerdos en lo que corresponde a las tareas domesticas_____
5. En caso de enfermedad mi pareja me ayuda con mis tareas_____

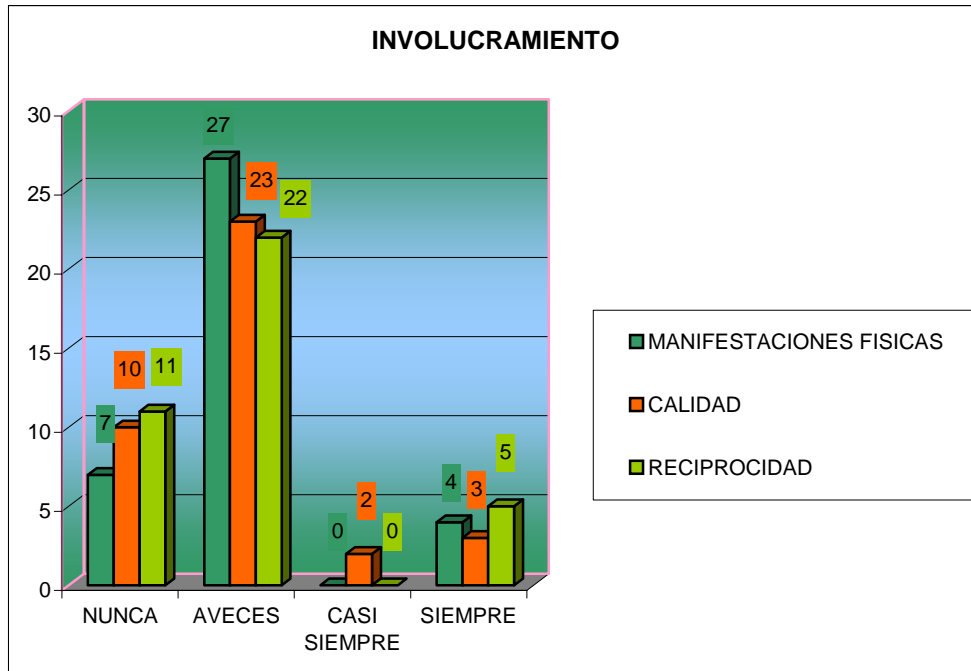
ANEXO 2



Fuente: Instrumento de evaluación de Norton.

MEDIANA	16
MEDIA	12.6
DESV.TÍPICA	9.4

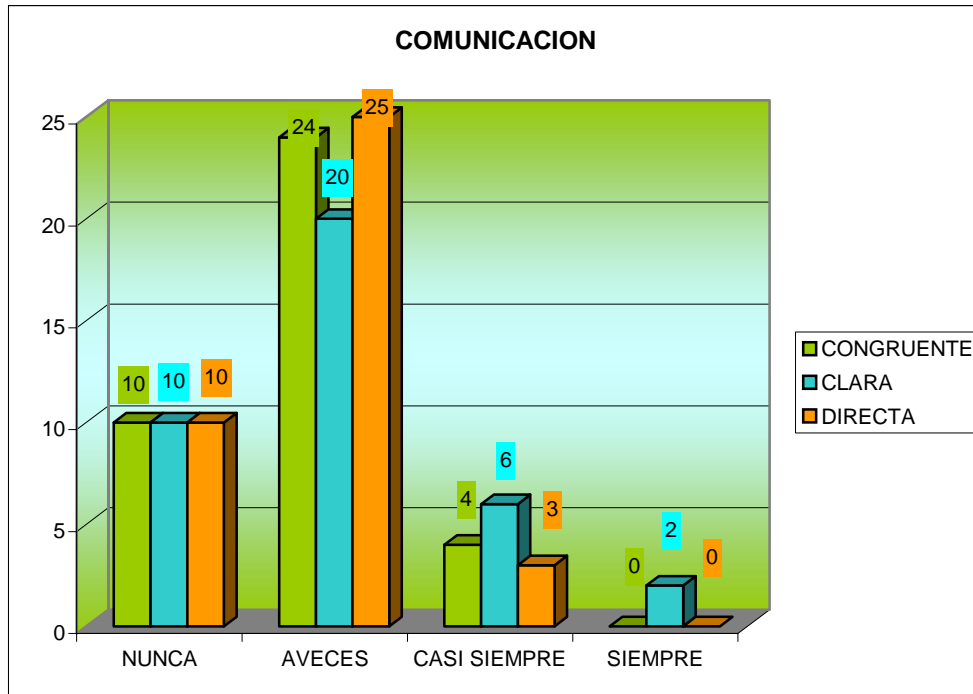
ANEXO 3



Fuente: Instrumento de evaluación de Norton.

MANIF.FISICAS	MEDIANA	7
	MEDIA	12.6
	DESV.TIPICA	12.5
CALIDAD	MEDIANA	10
	MEDIA	12
	DESV.TIPICA	10.14
RECIPROCIDAD	MEDIANA	11
	MEDIA	12.6
	DESV.TIPICA	8.6

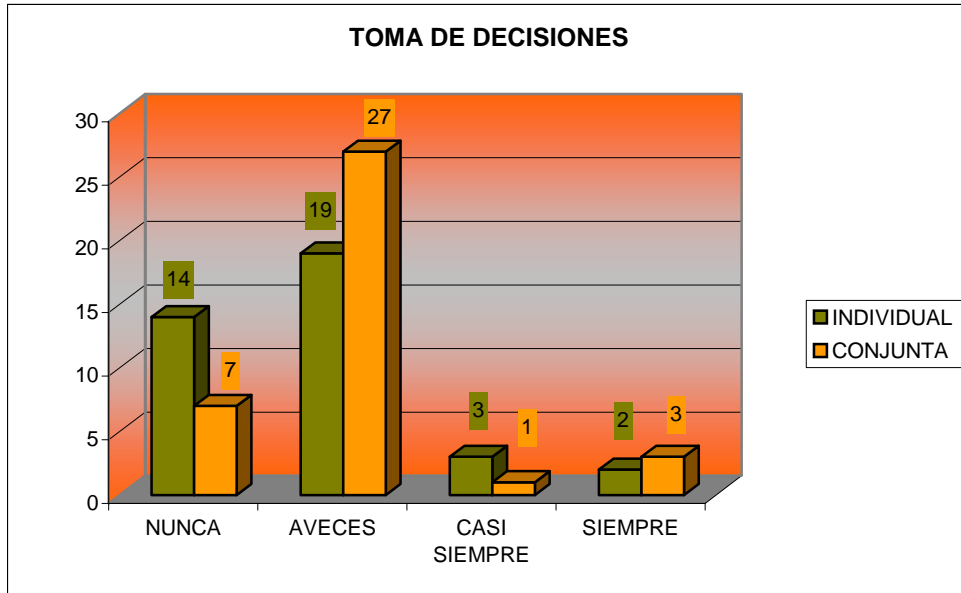
ANEXO 4



Fuente: Instrumento de Evaluación de Norton.

CONGRUENTE	MEDIANA	10
	MEDIA	12.6
	DESV.TIPICA	10.2
CLARA	MEDIANA	8
	MEDIA	9.5
	DESV.TIPICA	7.7
DIRECTA	MEDIANA	10
	MEDIA	9.5
	DESV.TIPICA	11.2

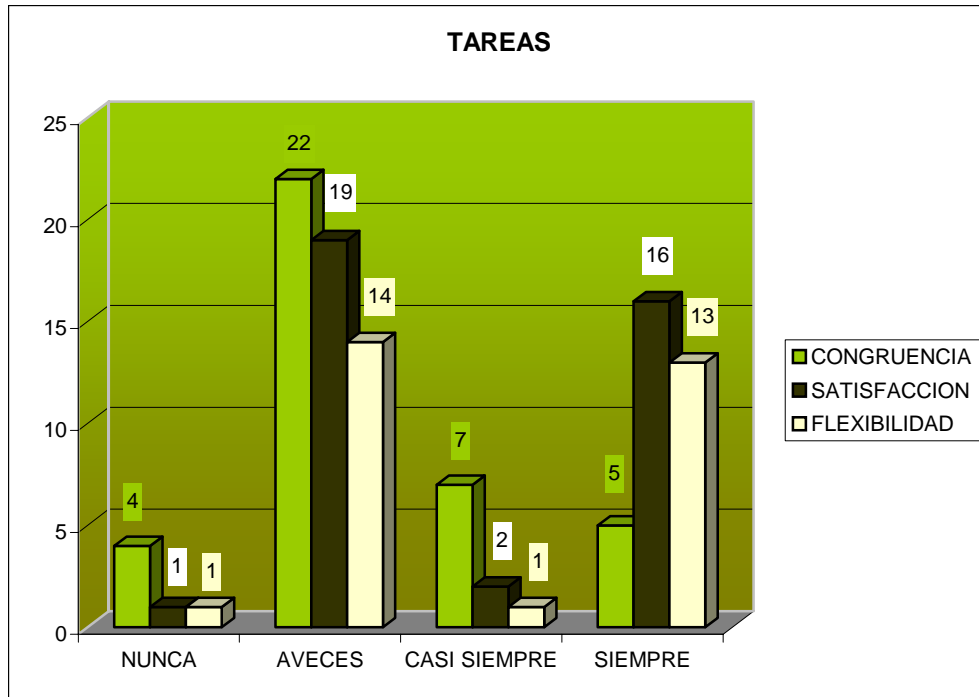
ANEXO 5



Fuente: instrumento de evaluación de Norton.

INDIVIDUAL	MEDIANA	8.5
	MEDIA	9.5
	DESV.TIPICA	8.3
CONJUNTA	MEDIANA	5
	MEDIA	9.5
	DESV.TIPICA	11.9

ANEXO 6



Fuente: Instrumento de evaluación Norton.

CONGRUENTE	MEDIANA	6
	MEDIA	9.5
	DESV.TIPICA	8.4
SATISFACCION	MEDIANA	9
	MEDIA	9.5
	DESV.TIPICA	9.3
FLEXIBILIDAD	MEDIANA	7
	MEDIA	7.25
	DESV.TIPICA	7.2