



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEDE:

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 4 ZAMORA,
MICHOACÁN

TITULO:

**ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
CON TERAPIA SUSTITUTIVA DE DIÁLISIS
PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TERESITA DE JESÚS GUZMÁN LÓPEZ



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.

TITULO:

**ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
CON TERAPIA SUSTITUTIVA DE DIÁLISIS
PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS.**

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

PRESENTA

DRA. TERESITA DE JESÚS GUZMÁN LÓPEZ

AUTORIZACIONES

**DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL IMSS
H-G-Z- CON UMF No. 4**

**ASESOR METODOLOGICO DE LA TESIS
DR. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMIREZ
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION
H. G. Z. CON MF. No. 4**

**ASESOR DE TEMA DE LA TESIS
DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO**

***ESTE TRABAJO FUE ACEPTADO
POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL EN ZAMORA, MICHOACAN CON EL FOLIO No.
1601-1207***

ZAMORA, MICHOACÁN

2008

**ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL CON TERAPIA
SUSTITUTIVA DE DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. TERESITA DE JESÚS GUZMÁN LÓPEZ

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE
MEDICINA, U. N. A. M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

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

ZAMORA, MICHOACÁN.

2008.

Dedicatoria

Dedicada a todos aquellos que me apoyaron en este largo camino, especialmente a mi hermosa familia.

In Memoriam:

Mis padres Doña María y Don Isauro.

Sergio mi hermano que en su enfermedad me permitió comprender el sufrimiento del paciente Terminal y su familia.

Agradecimientos:

Al llegar al final de esta etapa de preparación, y recordar el tiempo transcurrido y al detenerse en el umbral del posible nuevo rumbo que tomará mi vida, y recordar que esta tesis ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de la autora, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido de gran valor y apoyo en momentos de angustia y desesperación,

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Gracias infinitas a mis hijos Juan Agustín y Sandra América principal motivo en mi vida y base de superación y realización.

A mis hermanos Enrique, Hugo, Maria de Jesús y Argelia miembros de mi hermosa familia que en todo momento me ha brindado su amor, apoyo y comprensión a lo largo de nuestra vida y sin los cuales nunca hubiera fortalecido el valor de la familia.

A. Lic. Elvira Liébana Blanco; por su disposición y apoyo desinteresado.

A mis profesores Dr. Fernando Alderete Alonso y Juan Manuel Aguiñiga por sus consejos, colaboración e interés por el desarrollo de este trabajo además por su apoyo y comprensión.

A mis queridos amigos: Dr. Octavio Carranza Bucio y P. Mario Ricardo Loera Nava; los cuales me brindaron su tiempo y apoyo incondicional y que fueron un soporte para la realización de este trabajo, iluminando el sendero en

los momentos de oscuridad y angustia, en el transcurso de esta investigación y sobre todo por las horas dedicadas para lograr una satisfactoria conclusión.

A las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Universidad Nacional Autónoma de México, que ante este tipo de convenios, me permitieron lograr mi sueño de ser Médico Familiar.

A mis compañeros en este camino de superación y culminación de este objetivo: Ady, Alex, Juan, Xochitl, Memo 1 y Memo 2.

Y a todos aquellos a quienes en este momento no logro recordar y que siempre han estado cerca de mí, por siempre muchas gracias.

INDICE

1.- MARCO TEORICO.....	8
✓ Insuficiencia Renal Crónica	
✓ La Familia	
✓ Evaluación del Funcionamiento Familiar	
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
✓ JUSTIFICACION.....	32
3.- OBJETIVOS	
✓ Objetivo General.....	34
✓ Objetivos específicos.....	34
4.- METODOLOGÍA.....	35
✓ TIPO DE ESTUDIO.....	35
✓ POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	35
✓ TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	35
✓ CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	37
✓ PROCEDIMIENTO	40
✓ INSTRUMENTO.....	40
✓ ANÁLISISESTADISTICO.....	41
✓ RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.....	42
✓ CONSIDERACIONES ETICAS.....	43
5.- RESULTADOS.....	46
6.- DISCUSIÓN.....	61
7.- CONCLUSIONES	63
8.- RECOMENDACIONES.....	64
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
10.- ANEXOS.....	71

1.- MARCO TEÓRICO

Insuficiencia renal

La Insuficiencia renal es la incapacidad de los riñones para mantener el plasma libre de desechos nitrogenados y otras impurezas, así como para mantener la homeostasis del agua, electrolitos y el equilibrio ácido base del organismo en su conjunto. Se puede acompañar de oliguria, anuria o poliuria en forma aguda o crónica. ⁽¹⁾

El término insuficiencia renal crónica (IRC) indica que el filtrado glomerular se halla reducido y que además, esta disminución se ha producido a lo largo del tiempo y tiene un carácter definitivo. El grado de insuficiencia renal puede ser leve, moderada, avanzada o terminal, (IRCT); ⁽²⁾ el criterio para determinar IRCT es una depuración de creatinina <15ml/min, cuando el filtrado normal es de: 97 a 137 ml/min en varones y 88 a 128 ml/min en mujeres. ⁽³⁾

La principal causa de insuficiencia renal es la diabetes, a nivel mundial representa entre un 35 y 40 por ciento de los nuevos casos cada año. En Europa y Norte América, más del 40 por ciento de las personas con Insuficiencia Renal Crónica Terminal tiene diabetes. Se calcula que en el año 2000, alrededor de un millón de pacientes con IRCT en todo el mundo necesitaron diálisis, 260,000 de los cuales residen en Norte América. Se estima que esta población crecerá a un ritmo anual del 8 por ciento hasta el año 2025.⁽⁴⁾

En Estados Unidos las enfermedades renales ocupan la novena causa de muerte en la población general con 37,251 casos en el año 2000, de los cuales el grupo más afectado son las personas de 65 años y más, con una tasa de mortalidad de 89.8 por 100,000 habitantes. ⁽⁵⁾ La incidencia es de 268

pacientes por cada millón de habitantes, con un total de 300,000 pacientes en el 2000. ⁽⁶⁾ Al menos 6% de la población adulta presenta daño renal crónico y 4.5% de la población afectada se encuentra en estadios 3 y 4 de IRC; es decir más de 3 millones de personas tienen valores de creatinina mayores a 1.7 mg/dl, este panorama epidemiológico es similar en los países europeos. ⁽⁷⁾

La insuficiencia renal figuró en el año 2000 entre las principales causas de atención hospitalaria en México, ocupando el cuarto lugar en hombres, con 55,033 casos, y el décimo en mujeres, con 50,924 casos. Entre 2000 y 2001, la tasa de morbilidad fue de 115.0 y 101.5 por cada 100,000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente. En el mismo lapso de tiempo, se reportó una mortalidad hospitalaria masculina de 1,972 casos, ocupando el décimo lugar, con una tasa de mortalidad de 155.8 por cada 100,000 habitantes; mientras que en el caso de las mujeres, el número de defunciones fue de 1,743 casos, ocupando el octavo lugar, con una tasa de mortalidad de 62.5 por cada 100,000 habitantes. ⁽⁸⁾

Las perspectivas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), según las Estimaciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) indican que actualmente existen más de 40 mil pacientes en México dentro de programas de diálisis para el tratamiento de IRCT, de los cuales el IMSS atiende al 35 por ciento. Cabe mencionar que un elevado número de pacientes en tratamiento se debe a los factores de riesgo que influyen en la progresión de enfermedades renales, y que conjuntamente ocasionan hasta el 75 por ciento de éstos, como son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. En el año 2007 el total de consultas otorgadas por este padecimiento se calcula en 658,933. Bajo las hipótesis de este escenario se estima que el número máximo de consultas otorgadas se alcance en el año 2038 con 1.7 millones y se prevé

que posteriormente descenderán a 1.2 millones en el año 2050. De manera análoga el número de casos que requerirán de hospitalización aumentará a 202,181 en el año 2037, para posteriormente disminuir a menos de 140 mil casos en el año 2050. ⁽⁹⁾

El tratamiento para mantener la vida del paciente con IRCT implica diversos procedimientos de sustitución renal, tales como Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPCA) Hemodiálisis (HD) y Trasplante Renal. La diálisis peritoneal es el método más antiguo utilizado en el tratamiento de la IRCT desde que en 1959 Maxwell y cols. lo describen como un método de irrigación intermitente a la cavidad peritoneal; en esencia se trata de un método que se lleva a cabo con un intercambio de fluidos y solutos entre la sangre de los capilares peritoneales y la solución. ⁽¹⁰⁾

En 1992 el IMSS reportó una cifra de 7,785 pacientes con diálisis peritoneal, obteniendo una prevalencia de 199.6 por millón y ésta se incrementó a 349 en 2001. ⁽¹¹⁾

A nivel mundial la hemodiálisis es la modalidad predominante; excepto en México donde la diálisis peritoneal continua ambulatoria se realiza en un 86% de los casos. El incremento anual de pacientes en terapia renal de reemplazo es de 8 a 10%, el 1% de los pacientes bajo tratamiento de reemplazo renal está en diálisis peritoneal automatizada, 19% en hemodiálisis. Un estudio en el Hospital La Raza, reveló que existen 404 casos de IRCT por cada millón de personas mayores de 15 años en diálisis peritoneal, lo que plantea un problema de salud pública, calidad de vida y recursos financieros ⁽¹²⁾

Todas estas razones llevaron a que en 1988, en México se estableciera el programa de diálisis peritoneal continua en los hospitales, para realizar de una manera eficiente y estandarizada el procedimiento y abatir la mortalidad por IRCT ⁽¹³⁾ En los últimos 30 años, las técnicas sustitutivas de la función renal han experimentado un progreso que las han transformado de un procedimiento experimental lleno de riesgo en un medio terapéutico de evidente eficacia y suficiente seguridad. Para sustituir estas funciones se dispone de distintos procedimientos de depuración extrarrenal como son la HD y DPA, según sea la membrana utilizada, y otros procedimientos de desarrollo más reciente como la ultrafiltración y la hemoperfusión. ⁽¹⁴⁾

La diálisis peritoneal es ampliamente utilizada en países como en Inglaterra, Canadá, México y Venezuela. Existen tres modalidades para practicarla: La diálisis peritoneal continua ambulatoria, la diálisis cíclica continua y la diálisis cíclica intermitente. La DPCA es la más utilizada. Y solo en casos especiales es utilizada la HD. ⁽¹⁵⁾

Si bien es cierto que tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal, con todos los avances tecnológicos han acrecentado significativamente la supervivencia del paciente con insuficiencia renal crónica Terminal, las complicaciones a mediano y largo plazo todavía no pueden ser evitadas ni controladas adecuadamente, presentándose complicaciones tan serias como la desnutrición, el hiperparatiroidismo secundario, incremento de la arterioesclerosis, depresión y amiloidosis. ⁽¹⁶⁾

En los últimos años, la población de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, ha experimentado cambios sustanciales. ⁽¹⁷⁾ El número de pacientes que acuden a las unidades de diálisis

con alguna discapacidad, secundaria a su patología de base, es cada vez mayor. Es un reflejo exacto de lo que ocurre en la población general, con una supervivencia y expectativas de vida impensables hace unas décadas. Gracias a los avances científicos y médicos, hoy se sobrevive a enfermedades graves y a problemas que antes eran mortales; por contra, esta supervivencia se asocia a diferentes grados de incapacidad en muchos casos.⁽¹⁸⁾

La aplicación de la DPCA en México se inició en 1979 y los primeros informes fueron publicados en 1980. Los fracasos más grandes ocurridos en la década de los ochenta en los programas de DPCA fueron aquellos en donde, sin conocimiento básico del binomio paciente/diálisis peritoneal, se procedió a la instalación de catéteres, al entrenamiento de los propios pacientes y a enviarlos a sus domicilios sin un programa multidisciplinario de diálisis peritoneal ambulatoria. Cerca del 50% de las complicaciones y errores en la diálisis peritoneal son los procesos infecciosos; los factores que participan son múltiples. La peritonitis se considera todavía la complicación más importante en la DPCA, aunque en el curso de los años la incidencia ha disminuido en muchos centros.⁽¹⁹⁾

Los criterios para HD se han modificado y en la actualidad se considera en casi todos los pacientes con IRCT. Esto ha hecho que aumente el número total de pacientes que anualmente comienzan con tratamiento en HD y que se incremente el número de aquellos que presentan limitaciones claras en su estado de salud y no son candidatos al transplante, lo que supone una elevación porcentual de los llamados pacientes de alto riesgo. El criterio actual para iniciar Hemodiálisis es cuando el paciente con IRCT presenta una depuración de creatinina inferior a 20 ml/min. Es preciso extremar los controles

para conocer la evolución de la función renal, vigilar la posible aparición de factores que puedan agravarla y que son potencialmente reversibles y evitar en la medida de lo posible la administración de drogas nefrotóxicas, para ello es conveniente que el paciente esté informado de su situación y de la evolución futura de su enfermedad. ⁽²⁰⁾

El paciente con IRCT sometido a un tratamiento de DPCA o HD se encuentra ante la realidad de que su vida depende de la ayuda que proviene del exterior. De tal suerte que, para la realización de las importantes funciones orgánicas internas requiere de la participación de mucha gente y sobre todo de su familia. En estas circunstancias el estrés es el elemento común para él y todo el grupo familiar. Las expectativas individuales y colectivas se ven afectadas según el curso del padecimiento. ⁽²¹⁾

Desde 1971 Abraham y cols. describieron las fases en la evolución psíquica de los pacientes con IRCT. De acuerdo con estos autores cada fase es independiente del contexto social, familiar o del nivel intelectual del paciente. La primera de ellas corresponde al estado psíquico en la uremia terminal, misma que dados los altos niveles urémicos es difícil de evaluar; sobre todo por las manifestaciones neurológicas asociadas a la uremia: fatiga, apatía, dificultad para la concentración, depresión e inestabilidad psíquica, que suelen acompañarse además de manifestaciones orgánicas tales como incoordinación motora o visual. ⁽²²⁾

La segunda fase que suele denominarse “el retorno de entre los muertos” se presenta durante las primeras semanas de la diálisis, suele durar de uno a seis meses. Esta es una etapa de euforia, en la cual la apatía y el decaimiento desaparecen ya que el paciente comprueba que ya no se encuentra

al borde de la muerte. Al percibir el alejamiento del espectro de la muerte muestra a su entorno alegría por vivir. ⁽²³⁾

En la tercera fase, que también se denomina: “el retorno de entre los vivos”, el paciente ha aprendido a conocer las ventajas y las limitaciones del tratamiento para enfrentar su nueva situación: manifiesta debilidad, ansiedad ante las presiones del medio, la familia y el equipo médico. Esta etapa suele presentarse al plantear la necesidad de reanudar sus actividades del mundo exterior; ante la importancia de poner su vida en orden que le permita evitar la dependencia – independencia, además de los sentimientos de rechazo que la enfermedad le generó. ⁽²²⁾

En el momento en el que el paciente ha aceptado someterse a la terapia sustitutiva para llevar sus actividades normales, se puede decir que ha entrado en la cuarta fase. En ella el paciente se plantea si vale la pena seguir viviendo al considerar las restricciones impuestas por el tratamiento establecido, tales como el régimen dietético, los fármacos, etc. La respuesta del paciente, suele ser regresiva, depresiva o de negación; reacciones que se desencadenan, ante la presencia de problemas familiares, profesionales, financieros o sexuales.²⁴

En los estados regresivos el paciente reactiva comportamientos que en etapas previas de su vida, le resultaron de utilidad, pero que ya no le funcionan en la actualidad. Suelen pedir a la familia o al equipo médico que sean ellos los que se hagan cargo del problema de manera total, o exagerar el rol de enfermo al exigir el máximo de atención mediante actos de indisciplina, al no ingerir sus medicamentos o al comer alimentos altamente prohibidos. Se da cuenta de de sus conductas dependientes e intenta cambiarlas, las influencias exteriores de manera especial las familiares, anulan sus débiles esfuerzos por independizarse fomentando las etapas de regresión. ⁽²⁵⁾

Las limitaciones originadas por el deterioro continuo que el paciente sufre generan estados depresivos y la interrogante; ¿Vale la pena vivir en esas condiciones? Al conocer el paciente los medios para autodestruirse puede tomar mayores dosis de medicamento, tomar grandes cantidades de agua, favorecer la mutilación, contaminación o inutilización de la entrada del catéter, ya sea para la diálisis peritoneal o el de hemodiálisis. Cuando el paciente enfrenta la muerte de un compañero lo suele describir como él” paciente indisciplinado”, esto con la finalidad de no aceptar la propia gravedad.

Finalmente después de años de tratamiento puede el paciente aceptar su enfermedad, lo cual no supone resignación, sino aceptación activa, que conlleva al desafío y lucha. Con la interrogante de: ¿Hasta cuándo la diálisis será de utilidad? En este proceso de aceptación desempeña un papel fundamental la familia. ⁽²⁶⁾

Familia.

La familia es una organización única que constituye la unidad básica de la sociedad. Desde el punto de vista sociológico, el hombre es gregario por naturaleza, es decir necesita vivir en un grupo y la familia es su grupo natural. Como recién nacido el hombre no es capaz de sobrevivir solo, necesita de la “familia” la cual es tan antigua como la misma raza humana, por lo que uno de sus miembros debe de enseñarlo a valerse por si mismo. ⁽²⁷⁾

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Así ante cualquier problema personal no es suficiente que sea entendido, como un fenómeno individual interno, sino que los problemas de las personas deben de

entendido en conjunto con su contexto relacional y en un determinado contexto social. ⁽²⁸⁾

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia es sin duda el ambiente más importante en el que ha evolucionado, en el que ocurre y se enfrenta la enfermedad. La familia es por tanto, la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. Es el grupo en el que los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero es influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares. ⁽²⁹⁾

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos, sigue siendo la unidad básica en la cultura del Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. La palabra familia deriva de la raíz latina "famulus," que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo fammul, que se origina de la voz osca famel, que significa esclavo doméstico. ⁽³⁰⁾

De manera más general la familia se concibe como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común que participan de un sentido de hogar. Desde la perspectiva del médico familiar, la familia es grupo social organizado en un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados ya sea por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad, cuya estructura es diversa y depende

del contexto en el que se ubique; responsables de guiar y proteger a sus miembros.⁽³¹⁾

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o de la enfermedad entre sus miembros, con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones. Se habla de familia funcional o disfuncional en cuanto a la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa;⁽³²⁾ así una familia funcional es aquella que cumple con las tareas que le han sido encomendadas.⁽³³⁾

Debe de existir un equilibrio interno que conserve unida a la familia, a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, a lo cual se denomina “homeostasis familiar”. La homeostasis opera por medio de mecanismos automáticos e involuntarios, el mantenimiento de este equilibrio es indispensable, para que la familia cumpla sus funciones eficazmente. Así, una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar, de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.⁽³⁴⁾

Por otro lado, al conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado, y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que atraviesa la familia se le denomina “dinámica familiar.”⁽³⁵⁾

Para efecto de estudio, de las familias se clasifican o tipifican desde una gran diversidad de puntos de vista: de acuerdo a su composición, se clasifican en nuclear, nuclear extensa y nuclear extensa compuesta. Según hábitos y costumbres; tradicional y moderna. En base a su demografía, en urbana o

rural, en relación a su integración en integrada, en la cual los cónyuges viven bajo el mismo techo y cumplen sus funciones; semi-integrada, en la cual los cónyuges viven juntos, pero no cumplen adecuadamente sus funciones, y desintegrada, en donde falta algunos de los cónyuges, por muerte divorcio separación, o abandono. Y por último, de acuerdo a la ocupación del jefe de la familia, pueden agruparse en campesina, obrera y profesional. ⁽³⁶⁾

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición, fenómeno que se conoce como “ciclo vital de la familia”. En él existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. El estudio de estas etapas de desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución, conformando una estrategia de organización y sistematización invaluable. ⁽³⁷⁾

Entre los esquemas propuestos para el ciclo vital destacan las siguientes. La de Lauro Estrada Inda ⁽³⁸⁾ en seis fases: desprendimiento, encuentro, decisión de tener hijos y la llegada de los mismos, adolescencia de los hijos, reencuentro de la pareja y la vejez. Duvall, divide el ciclo vital en ocho etapas: todas relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza: comienzo de la familia, con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses), con hijos pre escolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años), con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años), con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años), como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último), maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación y ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos). El propuesto por Geyman en cinco fases:

matrimonio, expansión, dispersión, independencia retiro o muerte, el cual a la fecha es el de mayor difusión y aplicación. ⁽³⁴⁾

Los conceptos descritos anteriormente resultan fundamentales para el abordaje familiar en los pacientes con IRCT, ya que permiten profundizar en la experiencia de cada uno de los miembros de la familia que enfrentan la experiencia de convivir con un enfermo terminal. Es por eso que al referirse a la presencia de una enfermedad terminal en el ámbito familiar resulta complejo, ya que la familia debe enfrentar, problemas y conflictos siempre cambiantes y mantener el equilibrio relativo que dará el éxito del crecimiento de cada uno de sus miembros. ⁽³⁹⁾

Para comprender este fenómeno, es importante recordar que la familia es un sistema abierto (según la teoría de los sistemas), en el que las interacciones de sus miembros tienden a mantener patrones estables y que sin embargo, pueden variar de manera gradual para adaptarse a los cambios que generan la presencia de un miembro portador de IRCT. ⁽⁴⁰⁾

Para adaptarse a la situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de manera más o menos adecuada. No obstante cuando la enfermedad o la cronicidad sobrepasan los mecanismos de autorregulación se puede producir un impacto tanto positivo como negativo importante; el impacto que tiene la enfermedad está determinado por los factores relacionados con la misma enfermedad, el entorno social y la historia personal del enfermo; así mismo influyen: la personalidad, tipo de relaciones familiares que tiene, experiencias previas

que ha tenido la familia en casos similares si es que los ha habido y cómo ha reaccionado ante ellos.^(41,42)

Dentro de las respuestas adaptativas que genera la familia, se observan las de orden afectivo, que incluyen afectos como amor, negación, ira tristeza o depresión, la negociación de roles y flexibilización de límites. Por tanto el incremento del potencial de desarrollo de las personas afectadas y de los otros miembros de la familia, dependerá en gran medida, de que ésta los provea de un adecuado sostén emocional, social y protector.⁽⁴³⁾

Hasta este punto se han considerado las respuestas adaptativas para enfrentar la enfermedad; sin embargo no sólo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad; es ésta quien de modo directo o indirecto afecta cada una de las esferas (afectivas, física, económicas y social) de la familia; lo que genera un círculo vicioso que acentúa la crisis. Durante el proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y puede generar cambios catastróficos dentro del seno familiar; ante esto, el médico debe de estar en condiciones de prevenir, diagnosticar y tratar, directamente o mediante el equipo multidisciplinario de salud.⁽⁴⁴⁾

Evaluación de Funcionamiento Familiar

La evaluación familiar por parte de los médicos de familia comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas

metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad.⁽⁴⁵⁾

Para la evaluación de la dinámica familiar se requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad. De esta manera el entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias, permite identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructos que integran los diversos modelos teóricos. La creación de instrumentos para la evaluación psicosocial de la familia se ha efectuado al menos bajo dos objetivos, que incluyen la verificación de una teoría y la evaluación del efecto de algún tratamiento psicoterapéutico. La metodología que han seguido los investigadores para la creación y prueba de los instrumentos ha sido muy diversa así como el grado de desarrollo del proceso de validación, el cual con frecuencia no es evidenciable en el análisis de la literatura científica a la cual se tenga acceso. (46, 47)

Existen, diferentes instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad familiar Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar FACES III, (David H Olson) el cual es una de las técnicas, mas ampliamente usadas son las escalas de evaluación de adaptabilidad que es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ITEMS pares, y cohesión familiar, que es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ITEMS nones. Este instrumento mide indirectamente la funcionalidad familiar, de acuerdo a dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad. Instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. Sin embargo,

en recientes publicaciones se hace mención a que se tienen ya en periodo de validación otros instrumentos europeos que quizá mejoren el grado de confiabilidad de sus resultados, como son el FACES IV y el instrumento ENRICH, que tiene como objetivo medir específicamente la comunicación en la familia, tercera dimensión del Faces III. ^(48, 49)

FACES III.-

A finales de los setentas, Olson y sus colaboradores desarrollaron FACES, para hacer operativas de dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo, de los sistemas familiares y conyugales, ⁽⁵⁰⁾ el cual tiene el propósito de facilitar, el enlace entre la practica clínica, la teoría y la investigación con familias, ⁽⁵¹⁾ aunque se han desarrollado otros modelos de evaluación con propósitos semejantes, el circunflejo ha sido el mas exitoso, estimulando además el dialogo profesional entre clínicos e investigadores.

El modelo circunflejo se ha utilizado en cientos de proyectos de investigación en la última década ⁽⁵²⁾ y ha servido de guía en una amplia variedad de escenarios de terapia de familias, lo cual ha propiciado su evaluación y comparación con otros modelos e instrumentos. ⁽⁵³⁾

Es necesario indicar que el modelo circunflejo, dio origen al paquete de evaluación circunfleja (CAP), que incluye once instrumentos entro de los cuales se encuentra FACES III, este instrumento de auto aplicación, permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. FACES I fue un instrumento inicial con 111 reactivos posteriormente FACES II, fue el resultado de un riguroso análisis de confiabilidad y cosntructo, la aplicación de la técnica de análisis factorial, fue de gran utilidad para seleccionar 30 reactivos ⁽⁵⁴⁾ el mismo tipo de análisis permitió nuevamente depuración, para que apareciera FACES III con 20 reactivos ⁽⁵⁵⁾ alpha de Chrombachs de 0.62 a 0.77). Se tiene

noticia que Olson y su equipo se encuentran elaborando FACES IV pero con el propósito de evaluar a las familias extremas. ⁽⁵⁶⁾

FACES III es un instrumento fácil de aplicar, cuenta con una escala que cuenta con cinco opciones con valores del 1 al 5, puede ser contestado por cualquier miembro de la familia, mayor de 18 años de edad.

Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Permite clasificar a las familias, con 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, su capacidad discriminadora, de familias clínicas entre las no clínicas, ha sido ampliamente demostrada. ⁽⁵⁷⁾

Deberá contestarse el cuestionario en cuanto a la forma, en que considera que su familia reacciona en forma habitual, no como piensa que debería de reaccionar, una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se ubica el resultado en la aptitud de clase de la familia acorde al esquema del modelo circunflejo, elaborado para tal fin.

El FACES III, mide el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (COHESIÓN Y LA ADAPTABILIDAD), se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción.

CALIFICACION:

COHESION: Es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ITEMS impares.

ADAPTABILIDAD: Es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ITEMS pares.

Una vez hecha la suma de las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad, se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las aptitudes de clase que aparecen en las Tablas 3 y 4, con lo cual se puede

obtener la clasificación de la familia, correspondiente en el esquema del modelo circunflejo el cual parte del supuesto que toda familia puede ser identificada en dieciséis tipos de Funcionamiento Familiar y se pueden sintetizar en tres tipos de funcionamiento familiar: Familias Balanceadas, que comprende a las categorías: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separados y estructuralmente conectados.

Familias de rango medio, con las siguientes categorías; flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinadas, caóticamente separados, caóticamente conectados y estructuralmente dispersas, estructuralmente aglutinadas, rígidamente separadas y rígidamente conectadas y finalmente las extremas, que comprende a las categorías; caóticamente dispersas, caóticamente aglutinadas, rígidamente dispersas y rígidamente aglutinadas⁽⁵⁸⁾ Así, los 16 tipos de parejas se describen combinando las características correspondientes a las variables de Cohesión y Adaptabilidad.

Con respecto a la Cohesión; esta dimensión considera la unión y tiene dos componentes: el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que determina los siguientes 4 tipos de familia:

Dispersa o no relacionada: existe una extrema separación emocional, mínimo compromiso, distancia emocional padres-hijos, no hay lealtad no interacción entre los miembros del sistema.⁽⁵⁹⁾

Familia conectada o relacionada; principales características la cercanía emocional, lealtad familiar, respeto a la individualidad, interacción afectiva, límites claros y flexibles, toma de decisiones en conjunto, recreación compartida.

Separada o semi-relacionada: tiene como características la separación emocional, lealtad emocional distante, pocas muestras de afecto, los límites

generacionales son claros, con alguna cercanía parento-filial, el interés se centra fuera de la familia, la recreación es poco compartida.

Familia aglutinada: existe extrema cercanía emocional, dependencia afectiva, tendencia a las coaliciones, de límites difusos, no se permiten espacios.

La Adaptabilidad- está relacionada con: asertividad, liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas, esta dimensión permite identificar está los siguientes tipos de familias y sus características:

Caóticas: liderazgo limitado, cambios frecuentes en las reglas, roles no claros, disciplina poco efectiva.

Flexibles: liderazgo democrático, consenso de decisiones, roles compartidos, modificación de reglas.

Estructuradas: liderazgo autoritario, disciplina relajada, decisiones verticales, estabilidad de roles,

Rígidas: liderazgo autoritario, disciplina estricta, toma de decisiones impuestas, reglas rígidas,

Niveles de Funcionamiento Familiar, la da la correlación entre cohesión y adaptabilidad lo cual determina, los siguientes tres niveles de funcionamiento familiar.

Familias balanceadas; aquí se ubican las familias de óptimo funcionamiento, rango medio; se consideran como extremas en una sola dimensión y extremo, lo cual lleva a admitir que las diferencias individuales reciben la presión de la organización familiar, al que pertenece cada persona, y cómo las personas soportan diferentes estados estresantes que demandan cambios, que implican episodios de desestabilidad, conviene explorar, la forma en que las familias afrontan dichas situaciones. ^(46, 48, 60)

El marco conceptual desde el cual se parte es el enfoque sistémico, acogido como paradigma, para la comprensión del comportamiento humano en la familia. Dentro de este esquema conceptual se hará uso del instrumento de evaluación, creado y difundido por David H. Olson, que desarrolló el Modelo Circunflejo de Sistemas Maritales y familiares, junto a una serie de procedimientos de observación del comportamiento familiar. Se ha escogido el Modelo Circunflejo y los cuestionarios y procedimientos como soporte conceptual y como instrumento de medición para ser aplicados, teniendo en cuenta el amplio trabajo del Dr. Olson y su equipo que ofrecen evaluar múltiples variables del funcionamiento familiar, de cruzarlas para establecer sus conexiones y de interpretarlas. FACES III en español (México) es fiable y válido, se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona.⁽⁶¹⁾

El desarrollo de la terapia familiar mediante la creación de instrumentos que permiten predecir la respuesta de la misma ante las crisis inesperadas como lo es el diagnóstico de la IRCT causará un efecto diferente y será la flexibilidad quien permita cambios que este evento ocasionará al sistema. Los síntomas que con mayor frecuencia se presentan tanto en la familia como en el enfermo son: negación, ira y miedo detonantes cuando no existe la adaptabilidad y la cohesión necesaria.⁽⁶²⁾

Como ya se expresó a lo largo de este trabajo, la enfermedad no sólo afecta al paciente sino también al resto de la familia. Por ello resulta indispensable que la atención de la enfermedad se haga de manera integral y considerar en todo momento al binomio paciente – familia.^(36,37)

La insuficiencia renal en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones por parte del equipo de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Se distingue por un comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida. Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. ⁽⁶³⁾

En la dinámica familiar influye determinadamente 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 en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación. ⁽⁴⁴⁾

La falta de adaptabilidad en la familia en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera. 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 las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo. ⁽⁶⁴⁾

Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación 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 sociales que se esperan de ella. ^(44,65)

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La atención integral de las familias, incluyendo un manejo en la esfera psicológica es un asunto del interés de los médicos familiares. En la actividad cotidiana del médico familiar es frecuente encontrar patología fuertemente asociada con alteración de la dinámica familiar. El médico familiar es el profesional de la salud capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria, continua e integral del individuo y de su familia. ⁽⁴⁵⁾

El concepto de la atención médica primaria debe comprenderse desde su dimensión fundamental, pues el médico familiar es responsable de la atención de sus pacientes y familias en forma total y permanente, constituyéndose así en la base y puerta de entrada al sistema de atención médica. ^(33,36)

La familia es el soporte básico y fundamental de la sociedad la cual, en su evolución atraviesa por diferentes etapas y niveles de desarrollo, que se reflejan e interactúan en los integrantes de la misma y le dan una característica propia a todo el núcleo. En estas etapas se presentan situaciones y sucesos característicos llamadas crisis, entendidas como aquellas situaciones que plantean algún cambio, y que debe afrontarse; aceptándolo o rechazándolo, cuyo objetivo es atenuar el estado estresante de crisis. Al parecer la alternancia entre estados de estabilidad y crisis, es el proceso normal del desarrollo de la familia, en la sociedad y en el individuo. ⁽³³⁾

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que tiene un comienzo insidioso con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, con posterior aparición de complicaciones que conllevan tratamiento complejo de por vida. Los pacientes presentan problemas médicos, psicológicos, sociales y

familiares, que aumentan con el tiempo y están asociados directamente con las diferentes fases de la enfermedad y los procesos terapéuticos.()

Este tema, es el punto, que se destaca en esta investigación, al identificar el grado de adaptabilidad y cohesión en la familia, ante la presencia de un paciente portador de una enfermedad crónica.

Se han realizado estudios e investigaciones sobre familias, en las cuales existen, miembros portadores de enfermedades crónicas; tanto en México como en otros países, desarrollándose diferentes modelos; entre estos el que parte del supuesto de que las familias como estructuras organizadas, tienen una configuración que, Olson & Killorin (1985), trata de evaluar dos dimensiones (dos ejes) del funcionamiento de un sistema de relación, que son Cohesión y Adaptabilidad, en el cual denomina circunplejo, que parte de la consideración de que todas las familias pueden ser identificadas en dieciséis tipos de familias; que se resumen en los siguientes grupos:

Familias Balanceadas, Familias de Rango Medio y Familias Extremas.

Los tipos de funcionamiento familiar, son las respuestas ante situaciones de crisis, que pueden tomar un curso especial, cuando las familias tienen miembros que son portadores de Insuficiencia Renal crónica Terminal, con terapia sustitutiva de Diálisis peritoneal Ambulatoria y Hemodiálisis; las cuales seguramente difieren de las familias, que no cuentan, con este tipo de pacientes.

Desde el punto de vista práctico he podido comprobar, en la labor asistencial, la creciente necesidad de atención de los familiares de estos pacientes, ya que por las características propias de la enfermedad, requieren de mayor apoyo que otros, y que a su vez corren el riesgo de no contar con éste.

Considerando, que como consecuencia del incremento en la incidencia y prevalencia de enfermedades como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión arterial, han generado un elevado número de pacientes, que manifiestan, en determinada etapa falla renal Terminal. ⁽⁹⁾

De esta manera y ante las necesidades de atención de este tipo de pacientes y sus familias, y como uno de los objetivos de la atención médico familiar, es la acción anticipada; considero de suma importancia el poder identificar las funciones empobrecidas de las familias en conflicto paranormativo.

El Estudio de la familia: permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud familiar. ⁽³⁷⁾

Esta situación pone a la familia en riesgo de una alteración en la adaptación familiar si esta no se afronta de manera adecuada ante el hecho de contar con un sujeto enfermo en su seno.

Ante el riesgo latente de la falta de adaptabilidad, en las familias con un paciente portador de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, con manejo sustitutivo con algún tipo de diálisis, la presente investigación pretende despejar la siguiente interrogación:

¿Cuál es el grado de adaptabilidad y cohesión familiar en familias con presencia de paciente con Insuficiencia renal crónica terminal en diálisis peritoneal y hemodiálisis?

3.- JUSTIFICACIÓN

Varias investigaciones han mostrado alteraciones en la dinámica familiar de familias donde existen pacientes crónicos portadores de múltiples patologías terminales como la IRC. Estos estudios enfocados a la disfunción y función familiar, así como a la calidad de vida han dejado claro que la familia está muy involucrada en el problema y con frecuencia en ella reside la posibilidad de ofrecer elementos que contribuyan a mejorar el curso del proceso. ^(37,39)

La Insuficiencia renal es un problema de salud pública en México y en muchos países desarrollados de la cultura occidental. En Estados Unidos de América es la novena causa de muerte; el sistema norteamericano de datos sobre enfermedades renales reportó en 1995 una población de 190,000 pacientes en diálisis, que tenían una mortalidad de 20% —40.000 muertes por año—. Medicare invirtió en esos pacientes en 1998 123,000 millones de dólares ⁽⁶⁶⁾

En México hay menos datos estadísticos, pero es preocupante la elevada prevalencia e incidencia de nefropatía diabética. Más de 300,000 personas, es decir, una de cada 1,000, están recibiendo tratamiento para insuficiencia renal crónica terminal. El número de personas que reciben este tratamiento en México y este número está creciendo aproximadamente del 5 al 6 % anualmente. La Secretaría de Salud reportó 124,009 casos de egresos hospitalarios por esta causa en 2005. ⁽⁶⁷⁾

La IRCT tiene una historia natural y social que la ubican como resultado de múltiples factores condicionantes, las principales enfermedades contributivas son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica; como es bien conocido, estas patologías se caracterizan por su cronicidad y los altos

índices de descontrol que suelen presentar los pacientes. Al respecto, la Encuesta Nacional sobre Enfermedades Crónicas en población mexicana, no ha dejado lugar a duda sobre el descontrol metabólico en la Diabetes e Hipertensión ⁽⁶⁸⁾. Bajo estas circunstancias, las medidas preventivas son muy limitadas.

Por otra parte, la IRCT es la etapa final de un largo proceso de padecer y sufrir un trastorno orgánico múltiple que afecta la esfera social y psicológica del individuo y su familia. Sin duda, la familia es el recurso terapéutico más valioso y menos utilizado en estos casos. Es por esta razón que habría que buscar las formas de involucrar a la familia en el apoyo terapéutico del enfermo renal. Este trabajo busca estudiar cómo se encuentran estructuradas las familias de estos pacientes, y cómo responden ante la situación, que es tener en el seno de la familia a un paciente portador de Insuficiencia Renal Crónica Terminal. ⁽²²⁾

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de Adaptabilidad y Cohesión Familiar; en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal con Terapia sustitutiva de Diálisis Peritoneal Ambulatoria y Hemodiálisis

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Conocer y comparar entre los dos grupos de familias, las diferencias en la adaptabilidad y cohesión ante la presencia de un miembro en la familia con Insuficiencia Renal Crónica Terminal con terapia de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, mediante estadística descriptiva en términos de media y desviación estándar y para las variables discretas frecuencia con su respectivo porcentaje.

2.- Hacer análisis comparativo de datos para determinar cuál de los dos programas de diálisis tiene mayor relación con la falta de adaptabilidad y cohesión familiar; mediante pruebas paramétricas y No-paramétricas.

3.- Hacer un análisis comparativo de las edades en ambos grupos
Conocer el promedio de edad en ambos grupos.

4.- Conocer y comparar entre los dos grupos el sexo perteneciente a cada grupo.

5.- Conocer y comparar el estado civil de los miembros de cada grupo.

4.- METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Los pacientes con IRC son atendidos en el HGR No.1 de la ciudad de Morelia, Michoacán. Se decidió aplicar el cuestionario a la totalidad de pacientes que acudieron al servicio de Nefrología entre enero y agosto de 2006. Por lo que no fue necesario calcular la muestra, ya que se estudió todo el universo mismo que es de 289 pacientes portadores de insuficiencia renal crónica terminal de los cuales 158 pertenecían al módulo de diálisis peritoneal ambulatoria y 131 al módulo de hemodiálisis.

TIEMPO

El estudio se llevó a cabo del 01 de enero 30 de agosto del 2006.

Variables:

Variable dependiente:

Adaptabilidad de la familia con paciente en diálisis peritoneal ambulatoria o hemodiálisis.

Cohesión de la familia con paciente en diálisis peritoneal ambulatoria o hemodiálisis.

En este trabajo ambas variables se miden con el cuestionario FACES III.

Edad de los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria o hemodiálisis.

Sexo de los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria o hemodiálisis.

Estado Civil de los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria o hemodiálisis.

Variable independiente:

Familia con paciente con insuficiencia renal crónica terminal en diálisis peritoneal ambulatoria o Hemodiálisis. Para los fines de este trabajo, la insuficiencia renal crónica terminal, se considera a todo paciente incluido en terapia con diálisis peritoneal ambulatoria y Hemodiálisis.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos
- Adscritos al IMSS
- Edad mayor de 12 años
- Portadores de insuficiencia renal en fase terminal de cualquier etiología.
- Que se encuentren en el programa de Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria
- Que se encuentren en el programa de hemodiálisis.
- Que autoricen previo consentimiento informado, participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes no adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social
- Menores de 12 años de edad
- Portadores de Insuficiencia Renal Crónica en fase no terminal.
- Que no se encuentren en el programa de Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria.
- Que no se encuentren en el programa de hemodiálisis.
- Que no autoricen previo consentimiento informado, participar en el estudio.
- Estar hospitalizado o cursar con otra patología agregada al momento de la aplicación del instrumento de evaluación

Criterios de eliminación:

- Pacientes, que aun habiendo firmado carta de consentimiento informado, se rehúsen a contestar el instrumento de evaluación
- Aquellos que al momento de aplicar el instrumento se encuentren hospitalizados.
- Aquellos que tengan alguna complicación no relacionada a la insuficiencia renal crónica terminal.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA
ADAPTABILIDAD FAMILIAR	Se toma como adaptabilidad familiar a la capacidad con que cuenta la familia para ajustar sus roles y funciones ante un evento crítico, y que de acuerdo al modelo de evaluación pueden ser: Caótica, flexible, estructurada y rígida.	Se utilizara el instrumento FACES III que califica de la siguiente manera: Caótica: 10 -19 puntos. Flexible 20 -24 puntos. Estructurada 25 – 28 puntos. Rígida 29 -50 puntos	PUNTAJE Caótica: 10 -19 puntos. Flexible 20 -24 puntos Estructurada 25 – 28 puntos. Rígida 29 -50 puntos.
COHESIÓN FAMILIAR	Es la capacidad que tiene la familia de unificarse mediante sus vínculos emocionales entre sus miembros y el grado de autonomía individual, y que de acuerdo al modelo de evaluación en el presente estudio pueden ser: No Relacionada, Semi-relacionada, Relacionada y Aglutinada	Se utilizara el Instrumentos FACES III que califica de la siguiente manera: No relacionada 10 - 19 puntos Semi-relacionada 35-40 puntos Relacionada:41 - 45puntos Aglutinada 46- 50 puntos	NOMINAL CUALITATIVA
EDAD DEL PACIENTE CON IRC	Medida en años a partir del nacimiento	> de 12 años	Número de años
SEXO DEL PACIENTE CO IRC	Género con que se identifica	Masculino Femenino	Masculino= 1 Femenino=2
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE CON IRC	Condición marital que tiene el paciente al momento de contestar el cuestionario	Soltero Casado Divorciado	Soltero =1 Casado= 2 Divorciado= 3
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	Pacientes que presentan Depuración de Creatinina < de 15 mg/dl y que requieren de apoyo dialítico	Diálisis Peritoneal Ambulatoria Hemodiálisis	DPCA = Grupo 1 Hemodiálisis = grupo 2

INSTRUMENTO DE EVALUACION

La modalidad del cuestionario, que se aplicó, consta de 20 preguntas cerradas, en escala de Likert, en la que las opciones de respuesta, son; nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, cuyo valor de puntuación de precisará más adelante.

Se solicitó autorización a los jefes de servicio y de enseñanza, del hospital donde se llevó a cabo el estudio; una vez autorizado, se realizaron las entrevistas al total de pacientes los pacientes, integrando dos grupos, según el tipo de terapia sustitutiva y cumplimiento de criterios de inclusión; integrados al tipo de grupo y previo consentimiento informado (anexo 1), se les aplicó test Faces III, en Español (México); El cual comprende de 20 preguntas, diez por eje, que la persona debe responder, en términos de frecuencia, (1 a 5) Cuando se suman las puntuaciones, se obtienen dos puntuaciones globales, mínimo 10 máxima 50, una es para ADAPTABILIDAD y la otra para COHESIÓN.

PROCEDIMIENTO

Se acudió al servicio de Nefrología del HGR No.1 y previa entrevista con el responsable y autorización del Director. Se aplicó el cuestionario a todos los pacientes se les solicitó firmaran carta de consentimiento informado. Se llevó registro cuidadoso de cada familia mediante un expediente personal para mantener los datos y evitar confusiones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se elaboró un banco de datos en una hoja de cálculo Excel, que contiene: nombre, edad, sexo, tipo de programa en que se encuentra el paciente, tipo de manejo; que sea ambulatorio y que no exista alguna otra patología, que motivara manejo hospitalario del paciente.

Se utilizó estadística descriptiva en términos de media y desviación estándar y para las variables discretas frecuencia con su respectivo porcentaje. Se presentan tablas de contingencia con sus respectivas gráficas. Para efectuar el contraste de variables dicotomas se utilizó el estadístico no paramétrico U de Mann Whythey, así como también para las variables multinominales se utilizó un ANOVA (Análisis de variables no paramétricas) con una prueba Posthoc Tuckey Alpha, para discriminar la tabla de subconjuntos homogéneos. Para la elección del modelo se utilizó la prueba de Normalidad de Kolmogorov Smirnov, con la corrección de significancia de Lilliefors; sólo se utilizó el estadístico de T de Student para facilitar la interpretación, ya que este estadístico de prueba tiene robustez estadística.

Para el análisis y proceso de datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 15). A las cifras estadísticamente significativas se les asoció un valor < 0.05 . Además se utilizó el parámetro estadístico no paramétrico; se aplicó la prueba X^2 (Chi-cuadrada) para buscar el grado de asociación entre adaptabilidad y cohesión, según el tipo de programa en el que se encuentra el paciente.

RECURSOS HUMANOS.

Únicamente la residente fue responsable de realizar la selección de los candidatos y la aplicación de test de evaluación, previa entrevista familiar y firma de consentimiento informado.

RECURSOS MATERIALES.

Se utilizaron formas impresas elaboradas por computadora.

Lápiz.

Borrador.

Tabla de apoyo.

Calculadoras para análisis de datos.

RECURSOS FINANCIEROS.

Se utilizaron recursos económicos propios del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó la participación de los pacientes en el estudio, previo consentimiento, informando las expectativas del mismo y la seguridad de estricta confidencialidad de los datos expresados.

Previa realización del protocolo de investigación se solicitó la aprobación de la comisión ética y de investigación del Hospital General de Zona/Medicina Familiar No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Zamora, Michoacán.

Posteriormente se realizó el estudio, previa autorización de los directivos del Hospital Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Morelia, Michoacán.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1984) , con ultima reforma publicada 18/012/2007, creo que debería escribirse completo el presente estudio se apego a lo que establece el

TITULO PRIMERO.-

Artículo 2º, apartado VI: El derecho al desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Ya que se investiga el grado de adaptabilidad y Cohesión, en las familias con pacientes con insuficiencia renal crónica Terminal, que reciben terapia sustitutiva con Diálisis Peritoneal Ambulatoria y Hemodiálisis.

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

Apartado: VII: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud. Porque de alguna

manera se está supervisando el ejercicio profesional del médico familiar sobre un estado de salud específico.

Se apega a lo que establece el TITULO III Capitulo IV; artículo 90, apartado IV, Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas; porque el estudio se realiza con la participación voluntaria del personal médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 66; en el Hospital Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Morelia, Michoacán.

Se apega a lo establecido en el TITULO QUINTO, Artículo 96. Apartado III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, ya el grado de adaptabilidad y cohesión familiar, en las familias que en su seno cuentan con pacientes con insuficiencia Renal crónica Terminal, que reciben tratamiento de reemplazo con Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis; ya que dada la prevalencia de pacientes en Insuficiencia Renal Terminal, es uno de los problemas que a pesar de las acciones que se realizan para su prevención, continúa mostrándose como un problema de salud pública.

A lo establecido en el TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

Apartado II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; porque el presente estudio sólo se puede realizar con la información obtenida de los mismos pacientes.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de

incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. Para la realización del estudio se contó con consentimiento por escrito de los sujetos a investigar.

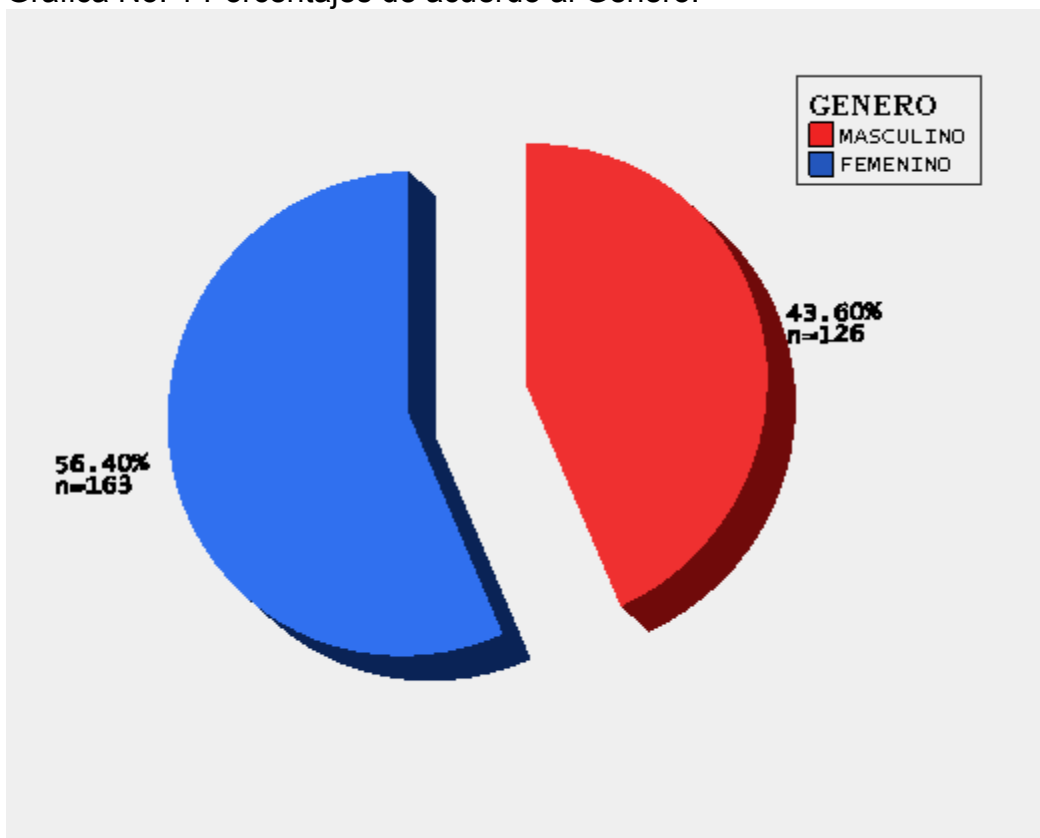
Asimismo, el presente estudio se apega a lo establecido en el Código de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

5.- RESULTADOS.

Se estudiaron 289 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en fase terminal, 158 de ellos (54.7%) estaban incluidos en el programa de DPCA y 131 (45.3%) en Hemodiálisis (43.6% del sexo masculino y 56.4% del sexo femenino). Grafica 1

		GENERO		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	126	43.6	43.6
	FEMENINO	163	56.4	100.0
Total		289	100.0	

Gráfica No. 1 Porcentajes de acuerdo al Género.



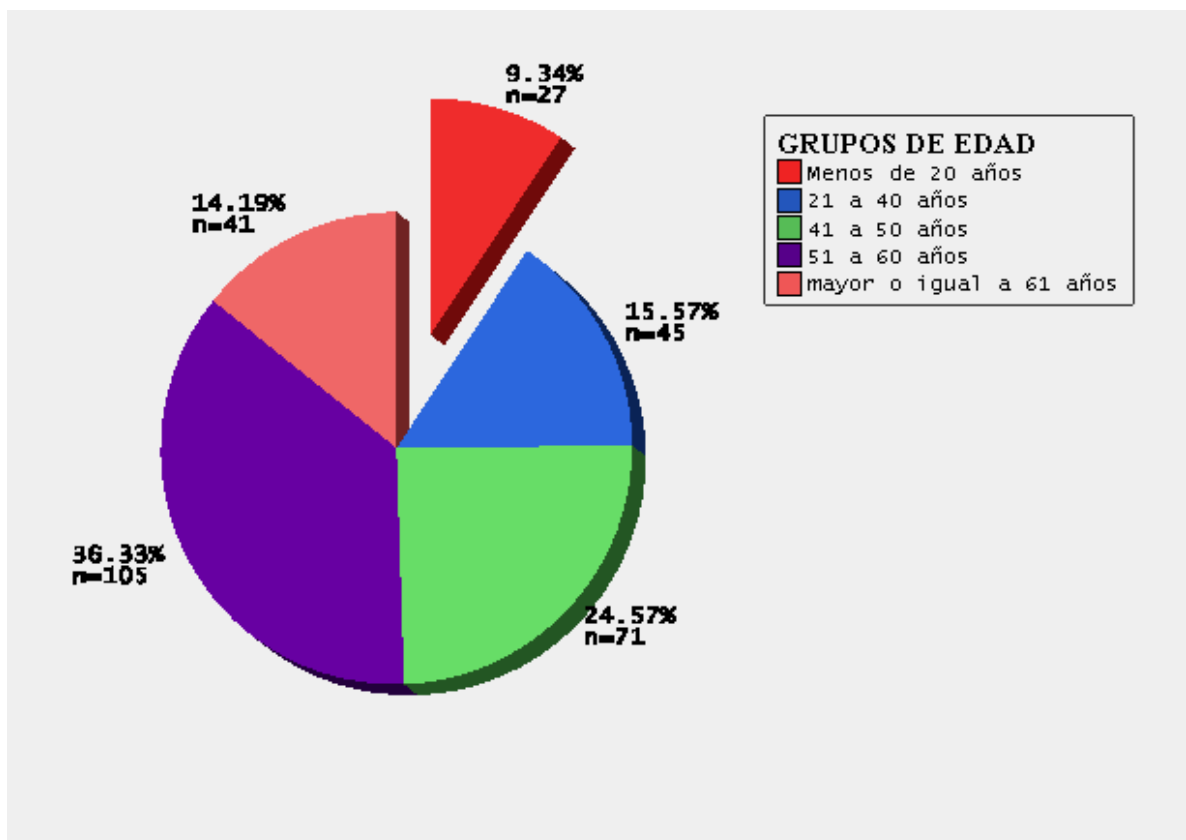
Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA

Al conjuntarlos por edad, el grupo mayoritario se ubica entre los 51 y 60 años, seguido del grupo de 41 a 50 años. (Gráfica No.2)

GRUPOS DE EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 20 años	27	9.3	9.3
	21 a 40 años	45	15.6	24.9
	41 a 50 años	71	24.6	49.5
	51 a 60 años	105	36.3	85.8
	mayor o igual a 61 años	41	14.2	100.0
	Total	289	100.0	

No. 2 Porcentaje de edad de los pacientes con Insuficiencia renal crónica.



Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA

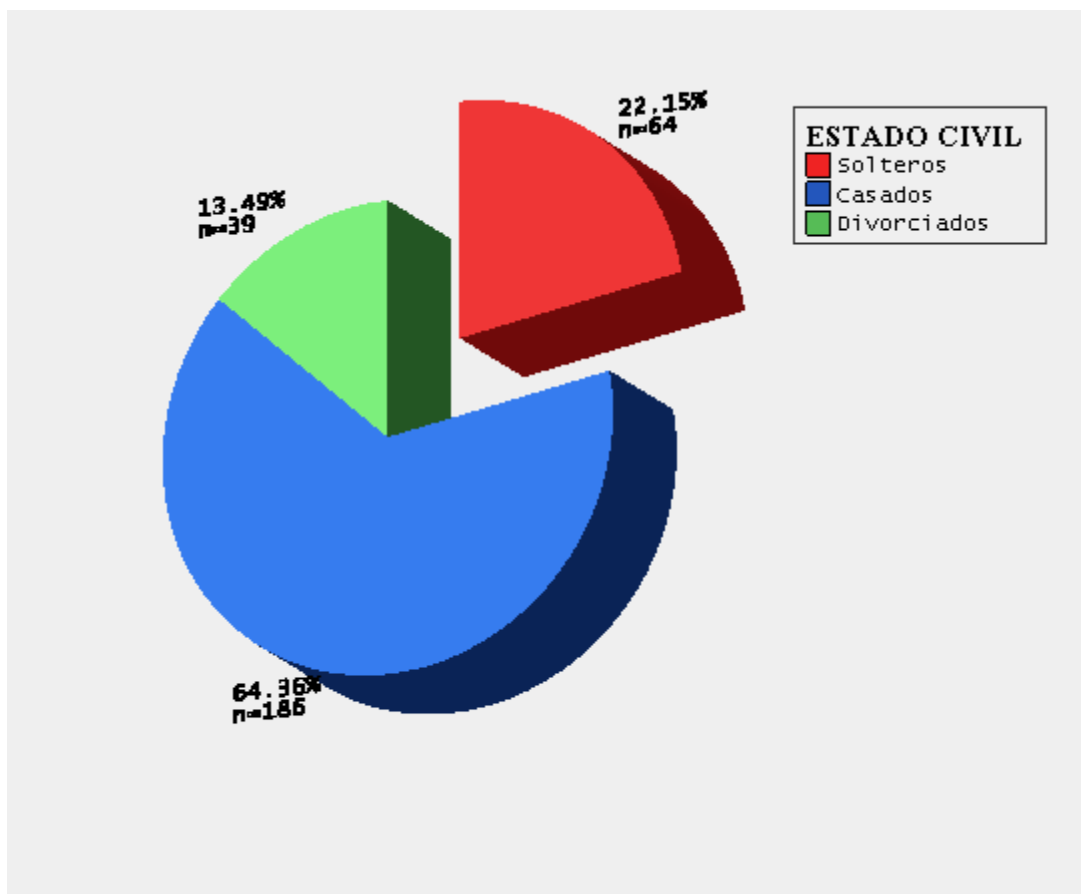
En lo que respecta al estado civil el 22.1% de los pacientes son solteros, 64.4% son casados y 13.5 % divorciados. (Gráfica No. 3)

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Solteros	64	22.1	22.1
	Casados	186	64.4	86.5
	Divorciados	39	13.5	100.0
	Total	289	100.0	

Gráfico No. 3

Estado civil de los pacientes con Insuficiencia renal crónica atendidos en H.R.T-1



Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA

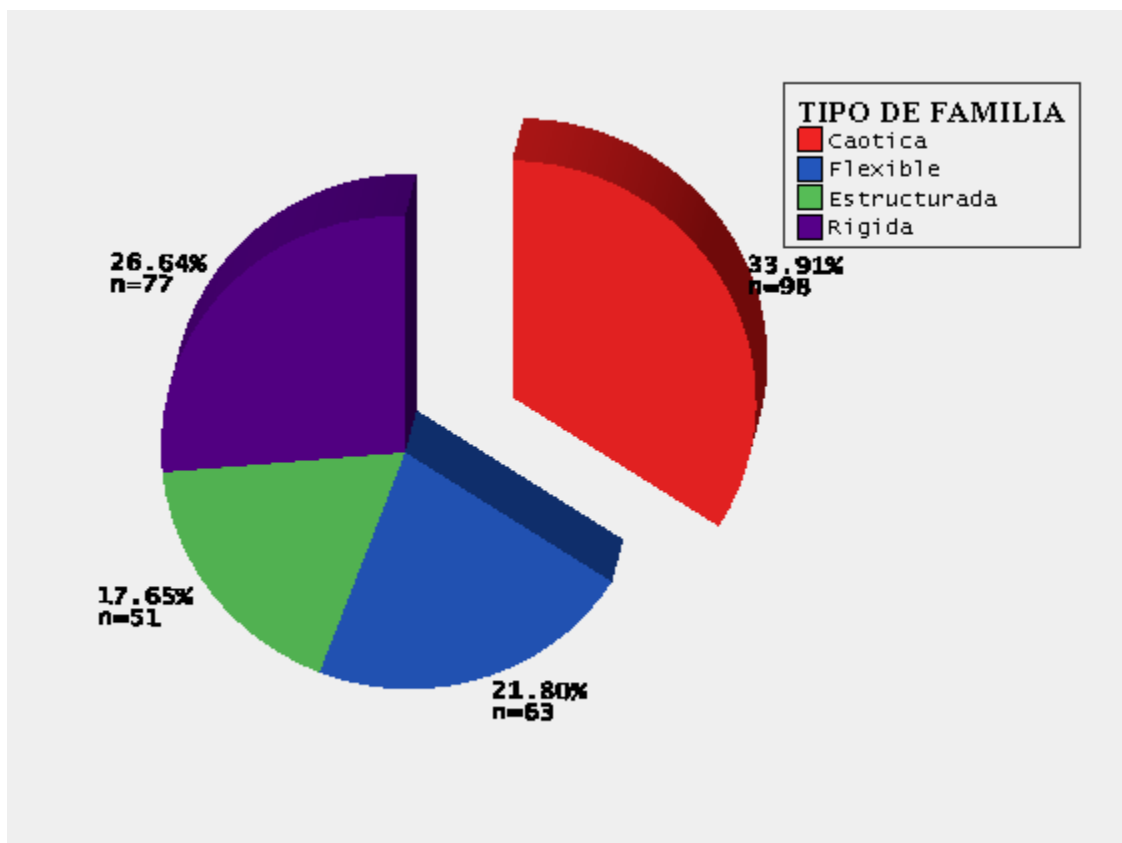
La tipología familiar que nos da la Adaptabilidad con los criterios de FACES III se muestra en la gráfica No. 4

TIPO DE FAMILIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Caotica	98	33.9	33.9
	Flexible	63	21.8	55.7
	Estructurada	51	17.6	73.4
	Rigida	77	26.6	100.0
	Total	289	100.0	

Gráfica No. 4

Adaptabilidad que no da tipología familiar según los criterios de FACES III



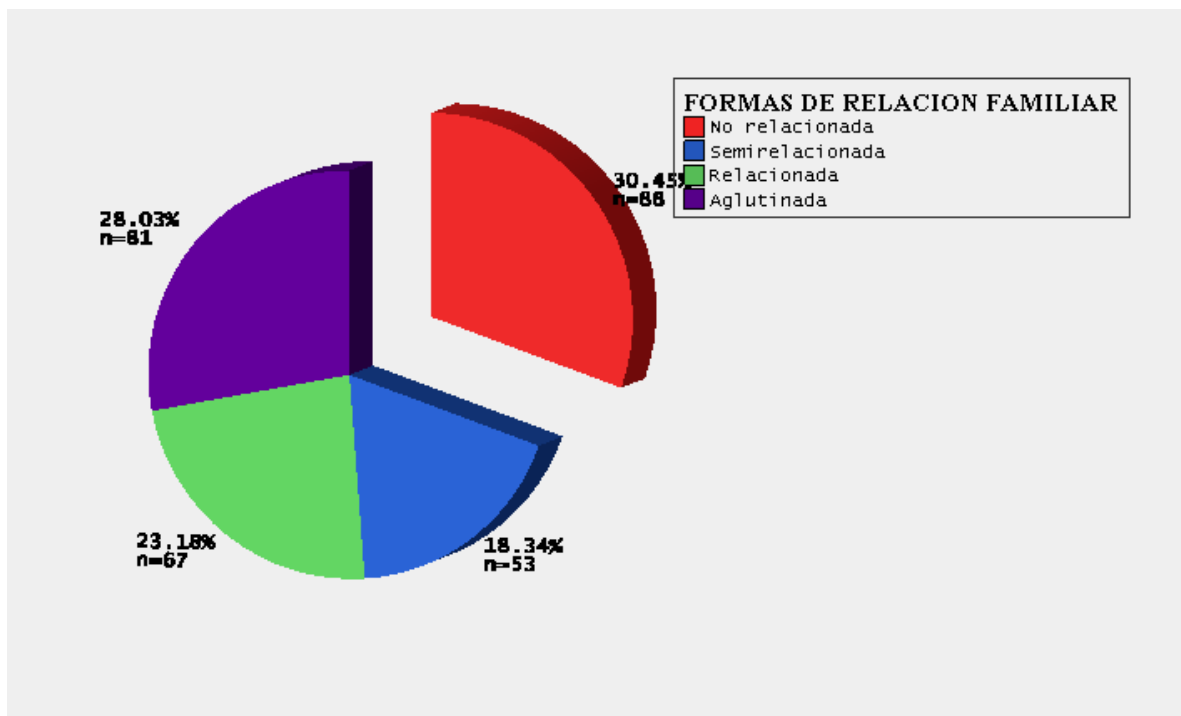
Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA

En tanto la Cohesión que da las formas de relación familiar clasificadas con el mismo instrumento se representan en la gráfica No. 5.

FORMAS DE RELACION FAMILIAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No relacionada	88	30.4	30.4
	Semirelacionada	53	18.3	48.8
	Relacionada	67	23.2	72.0
	Aglutinada	81	28.0	100.0
	Total	289	100.0	

Grafica No. 5 Formas de relación de acuerdo con el instrumento de FACES III



Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA

Al analizar los datos en tablas de contingencia, haciendo cruce de variables por género, estado civil, tipo de familia y formas de relación se puede observar que tanto en el programa de diálisis peritoneal ambulatoria como de Hemodiálisis los grupos son muy homogéneos respecto del género y del estado civil, tablas 1 y 2.

Tabla No. 1 Tabla de contingencia entre género tipo de tratamiento dialítico.

Género	GRUPOS		Total
	Diálisis peritoneal ambulatoria	Hemodiálisis	
Masculino	67	59	126
Femenino	23.2 %	20.4%	43.6%
	91	72	163
	31.5 %	24.9 %	54.4%
	158	131	289
Total	54.7 %	45.3%	100%

Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA

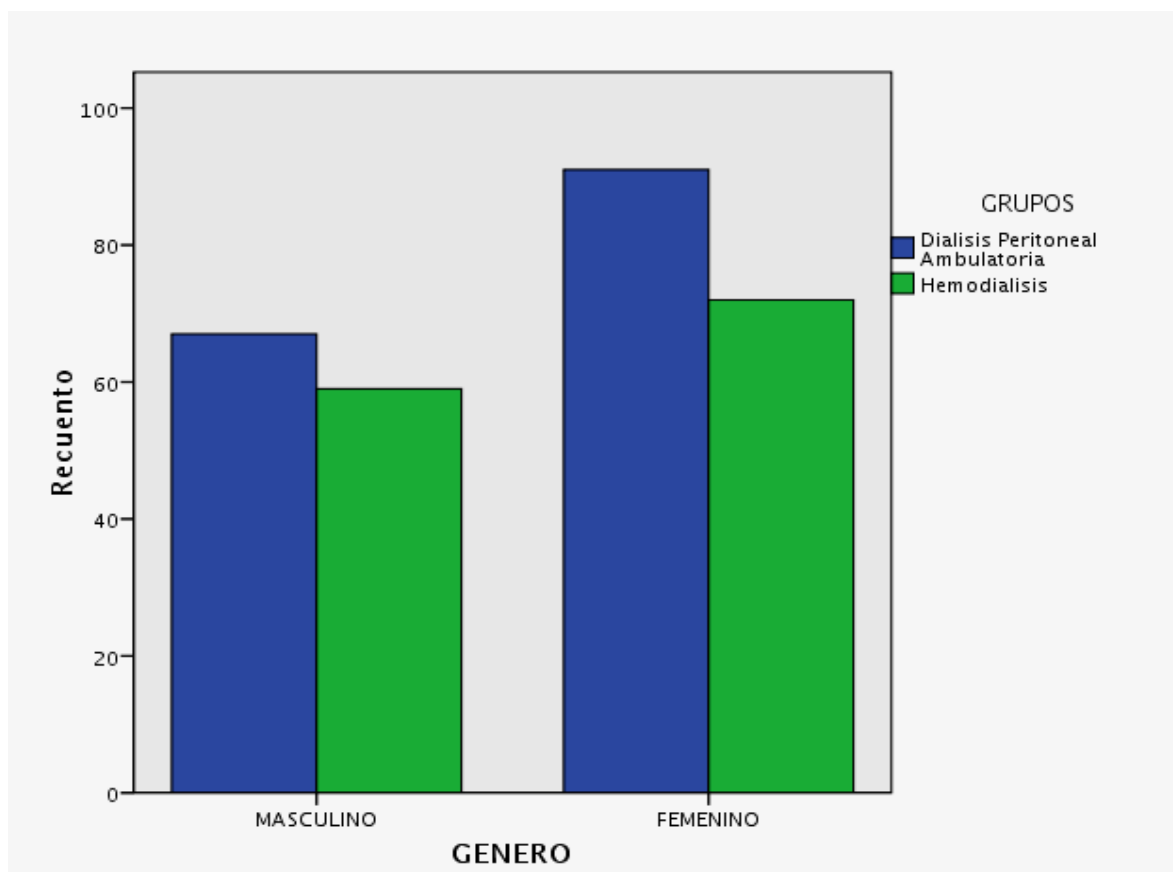
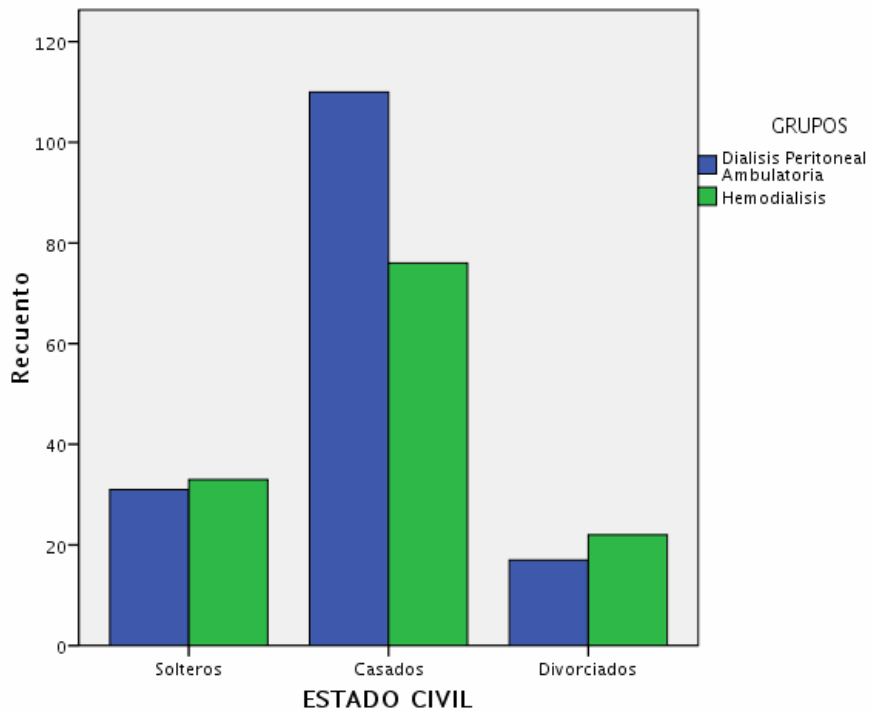


Tabla No. 2 Tabla de contingencia entre estado civil y tratamiento dialítico

Estado civil	GRUPOS		Total
	Diálisis peritoneal ambulatoria	Hemodiálisis	
Soltero	31	33	64
	10.7%	11.4%	22.1 %
Casados	110	76	186
	38.1%	26.3 %	64.4%
Divorciados	17	22	39
	5.9%	7.6%	13.5%
Total	158	131	289
	54.7%	45.3%	100%

Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA

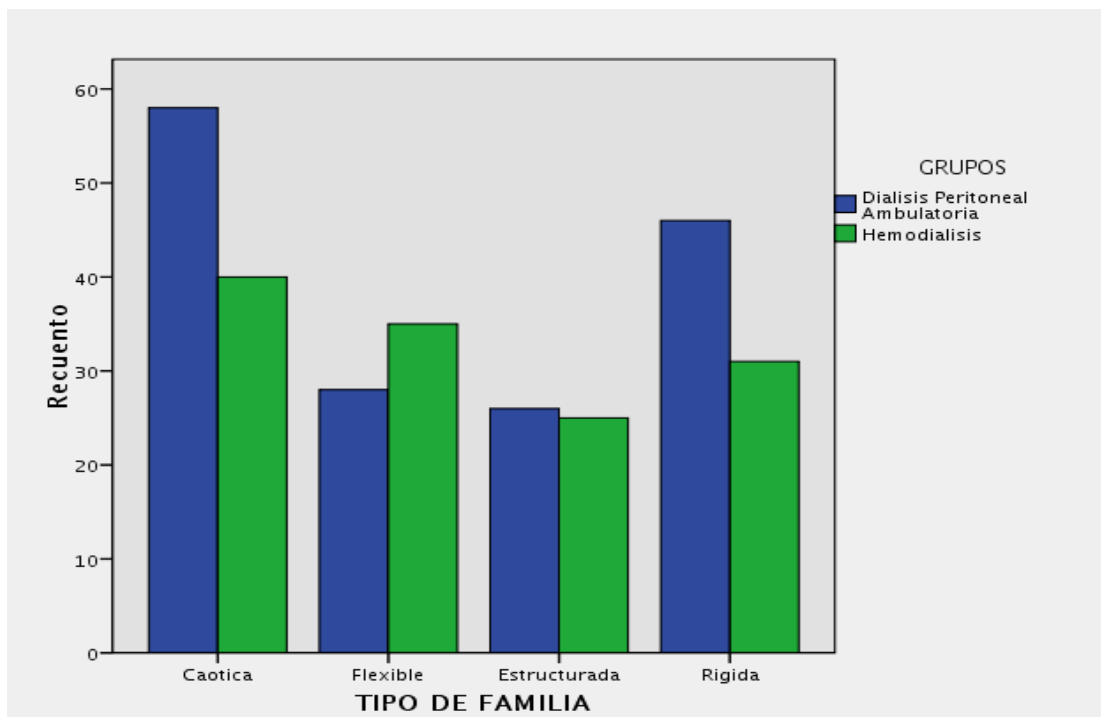


En lo que se refiere a la Adaptabilidad nos da los siguientes tipos de familia, en los que predomina en ambos grupos la familia caótica, aunque es mayor en el grupo de Diálisis Peritoneal Ambulatoria. (Tabla 3)

Tabla No. 3 Tabla de contingencia entre tipo de familia y tratamiento dialítico

Adaptabilidad	GRUPOS		Total
	Diálisis peritoneal ambulatoria	Hemodiálisis	
Caótica	58	40	98
	20.1%	13.8%	33.9%
Flexible	28	35	63
	9.7%	12.1%	21.8%
Estructurada	26	25	51
	9.0%	8.7%	17.6%
Rígida	46	31	77
	15.9	10.7%	26.6%
Total	158	131	289
	54.7%	45.3%	100%

Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA



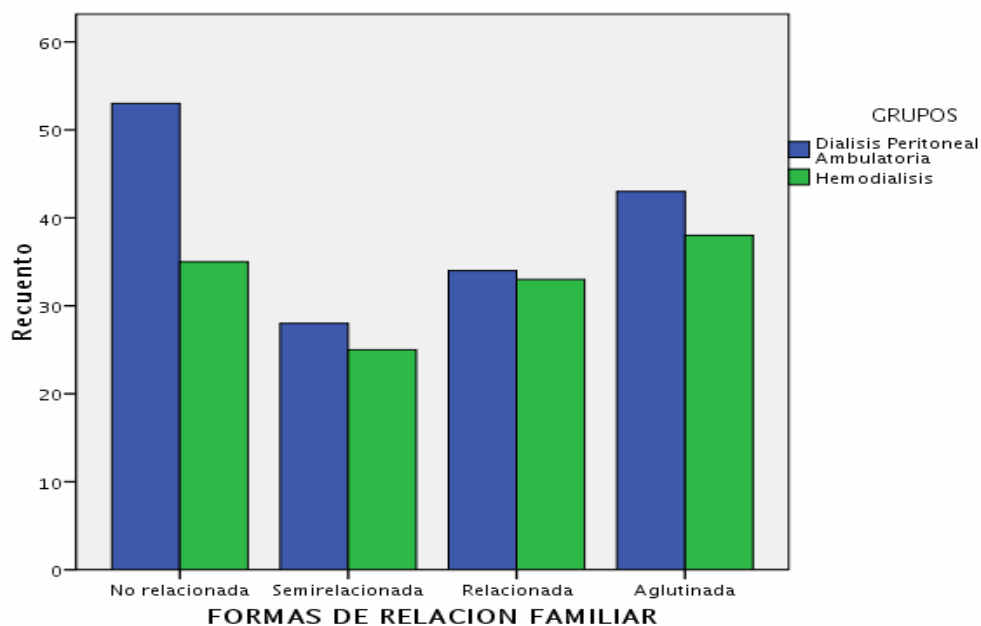
De acuerdo a la Cohesión que nos permite identificar el tipo de relación familiar, la familia no-relacionada predomina en ambos grupos y nuevamente se observa mayor incidencia de este fenómeno en el grupo de DPCA, tabla 4.

Tabla No. 4

Tabla de contingencia entre formas de relación y tipo de tratamiento dialítico

Cohesión	GRUPOS		Total
	Diálisis peritoneal ambulatoria	Hemodiálisis	
No-Relacionada	53	35	88
	18.3%	12.1%	30.4%
Semi-relacionada	28	25	53
	9.7%	8.7%	18.3%
Relacionada	34	33	67
	11.8%	11.4%	23.2%
Aglutinada	43	38	81
	14.9%	13.1%	28.0%
Total	158	131	289
	54.7%	45.3%	100%

Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA



El las tablas 5 y 5-A se presentan los datos del análisis estadístico relacionado con la prueba de Chi-cuadrado, buscando asociación significativa entre dos o más viables. Para el caso de familias que participan en el programa de Hemodiálisis,

Tabla 5.

Asociación entre Adaptabilidad y Cohesión en familias con paciente en Hemodiálisis.

Adaptabilidad	Cohesión				Total
	No relacionada	Semi-relacionada	Relacionada	Aglutinada	
Caótica	25	5	5	5	40
	19.1%	3.8%	3.8%	3.8	30.5%
Flexible	3	6	14	12	35
	2.3%	4.6%	10.7%	9.2%	26.7%
Estructurada	4	9	3	9	25
	3.1%	6.9%	2.3%	6.9%	19.1%
Rígida	3	5	11	12	31
	2.3%	3.8%	8.4%	9.2%	23.7%
Total	35	25	33	38	131
	26.7%	19.1%	25.2%	29.0%	100%

FUENTE: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DP

Se encontró significancia estadística para $p < 0.05$.

Tabla 5-A.

Significancia estadística de las variables: tipo de familia Adaptabilidad y Cohesión que nos da la relación familiar en familias incluidas en hemodiálisis

Pruebas de chi-cuadrado^b

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46.951 ^a	9	.000
Razón de verosimilitudes	45.132	9	.000
Asociación lineal por lineal	17.604	1	.000
N de casos válidos	131		

a. 1 casillas (6.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.77.

b. GRUPOS = Hemodialisis

Asociación entre Adaptabilidad y Cohesión en familias con paciente en Hemodiálisis.

Las tablas 6 y 6-A presentan los datos que buscan relacionar Adaptabilidad y Cohesión de las familias que participan en el programa de DPCA

Tabla 6.

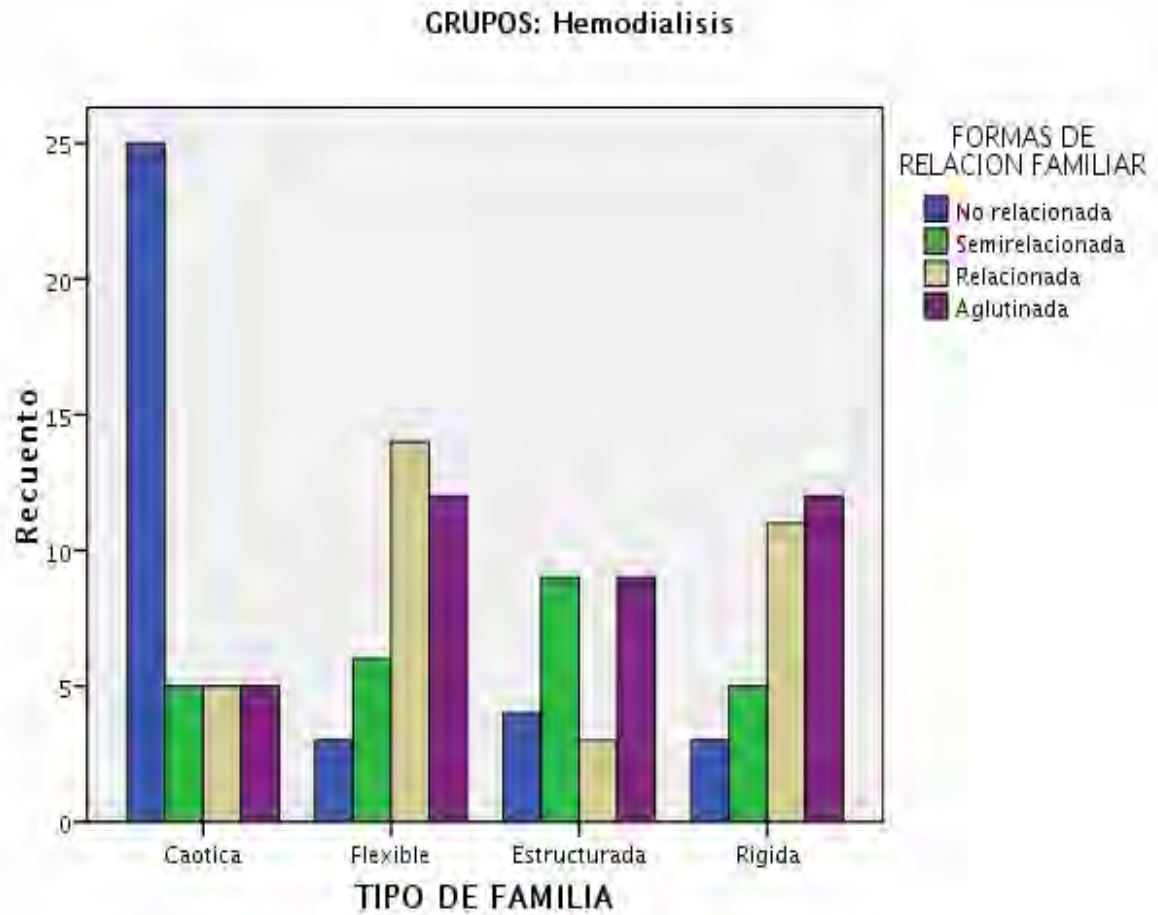
Asociación entre Adaptabilidad y Cohesión en familias con paciente en Diálisis Ambulatoria

Adaptabilidad	Cohesión				Total
	No relacionada	Semi-relacionada	Relacionada	Aglutinada	
Caótica	19	8	12	19	58
	12.0%	5.5%	7.6%	12.0%	36.7%
Flexible	9	6	7	6	28
	5.7%	3.8%	4.4%	3.8%	17.7%
Estructurada	6	7	8	5	26
	3.8%	4.4%	5.1%	3.2%	16.5%
Rígida	19	7	7	13	46
	12.0%	4.4%	4.4%	8.2%	29.1%
Total	53	28	34	43	158
	33.5%	17.7%	21.5%	27.2%	100%

Fuente: Tomados del HR T.1 Departamentos de HD y DPA

No se encontró significancia estadística para $p > 0.05$

Tabla 6-A. significancia estadística de las variables: tipo de familia y relación familiar en familias incluidas en hemodiálisis



Adaptabilidad y Cohesión de las familias que participan en el programa de DPCA

6.- DISCUSION

La población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentra siendo atendida en los programas de DPCA y Hemodiálisis es resultado de un largo proceso de atención médica en el Sistema Médico-Familiar. Podemos afirmar que en la Historia Natural de la Insuficiencia Renal Crónica, las medidas preventivas y educativas propias del primer nivel de atención siguen siendo insuficientes para modificar los factores de riesgo. De la misma forma, el diagnóstico y el tratamiento específico a las enfermedades que condicionan el problema, para evitar, retardar o modificar el daño renal.

Lo anterior se pone de manifiesto en el hecho de que la IRC se presente con mayor frecuencia y a menor edad. Es de llamar la atención que más del 50% de los pacientes con IRC sean menores de 50 años de edad, situación que indica en alguna forma la importancia de mejorar la calidad de atención a estos pacientes. Sobre este punto se han publicado varios estudios que concluyen en lo mismo: es urgente mejorar la prevención del daño renal secundario a enfermedad crónica. ^(69, 70, 71)

Otro punto de análisis es el estado civil de los pacientes con IRC, como puede verse en las tablas y gráficas; más de la tercera parte de la muestra estudiada conforman una familia desde la soltería o el divorcio. Aunque no fue un objetivo del trabajo, en la entrevista con los pacientes se pudo ver que la razón principal para mantener esta condición familiar fue la patología renal. En este sentido, se puede proponer la hipótesis de que uno de los efectos de la IRCT sobre la familia es la desintegración de la misma. A este respecto se han referido otros estudios sobre el impacto de la enfermedad crónica en la familia.

(34)

De acuerdo con el Modelo Circunflejo aplicado a estas familias, se detecta una prevalencia de familias caóticas y rígidas, (tabla 3). Ambos tipos de familia reflejan dificultad en la morfostasis. Puede coludirse que esta desorganización es resultado de la demanda de cuidado primario por parte del paciente. Es decir, la familia se ocupa principalmente del paciente y descuida el resto de sus funciones. Otra forma de ver el problema, es pensar que la IRCT dificulta la emergencia de roles secundarios para redistribuir las funciones familiares.

Un escrutinio más detallado de las familias afectadas con la insuficiencia renal se muestra en la tabla 4, donde los modos de aglutinación y no-relación condicionan extremos polarizantes del funcionamiento familiar. El 58.4 % de las familias en este estudio presentan una disfunción extrema, situación que ha sido comentada como conclusión en otros estudios. ⁽²³⁾

La asociación entre el tipo de familia y las formas del funcionamiento familiar caracterizadas por la no-relación y la aglutinación, resultó significativa en el grupo de familias con Hemodiálisis, fenómeno que no ocurre con el grupo de DPAC. Una explicación posible es que la Hemodiálisis exige mayor atención familiar hacia el enfermo, aunque paradójicamente este exceso de atención no indica mejor funcionamiento de la familia. Esta hipótesis habría que corroborarla en estudios posteriores.

7.- CONCLUSIONES

1.- El objetivo general en este estudio fue determinar el grado de adaptabilidad y cohesión Familiar; en pacientes con IRCT en Terapia sustitutiva de Diálisis Peritoneal Ambulatoria y Hemodiálisis. Los resultados obtenidos evidencian que estos procesos familiares se encuentran alterados, aunque de manera distinta en cada uno de los grupos.

2.- Como se señala en muchas de las referencias consultadas en este estudio, el impacto epidemiológico de la Insuficiencia Renal secundaria a enfermedad crónica sigue siendo de una gran trascendencia, pues involucra la eficiencia de los sistemas de salud e incluye impactos sociales y económicos. Es necesario mejorar la atención primaria a la Diabetes y a la Hipertensión Arterial para incidir en la IRCT.

3.- La IRCT condiciona disfunción familiar severa. La forma de este trastorno es que la familia se aglutina sobre el enfermo y descuida el sistema familiar integral. Orta forma de desorganización familiar es pérdida de vínculos significativos que permitan mantener cohesivo al grupo dentro de límites satisfactorios a la totalidad del grupo.

8.- RECOMENDACIONES

- 1.- Es indispensable que en el sector salud se refuercen las estrategias de atención primaria a las enfermedades crónicas que condicionan insuficiencia renal crónica terminal. En especial a la Diabetes Mellitus.
- 2.- El Médico Familiar debe explorar el contexto familiar del paciente con insuficiencia renal crónica terminal y con base en ello definir un plan de intervención para que de manera oportuna apoye a la familia que ingresa a los programas de terapia dialítica.
- 3.- La familia es un recurso terapéutico importante, pero requiere de que sea el médico quien lo incorpore como elemento de apoyo en el sistema.
- 4.- Es necesario continuar estudiando a estas familias, especialmente en aquellos puntos donde este estudio no ha podido ser conclusivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Harrison. Principios de Medicina Interna 15ª Ed. México McGraw-Hill; 2002: Vol II.

² Darnell TA. Exploración y orientación diagnóstica del enfermo renal. En: Medicina Interna de Farreras., 14ª ed. Barcelona 2006.

³ Leyva JR, Álvarez AC, López MMG. Función renal en diabéticos tipo 2, determinada por fórmula de Cockcroft-Gault y depuración de creatinina. Rev Med IMSS 2004; 42 (1): 5-10

⁴ Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. España. 2003. <http://www.friat.es/>.(Consultada el 22 de mayo del 2007)

⁵ Anderson Robert N, Ph.D., Division of Vital Statistics ,CDC

⁶ National Vital Statistics report. Deaths: Leading Causes for 2000; 50: Number 16 September 16, 2002

⁷ Duque VA. Enfermedades nefro-urológicas: Insuficiencia renal crónica. ¿Qué se puede hacer desde la Atención Primaria? El Médico interactivo:diarioelectónico,http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre_2_05/temas/tema19-20/ifr.htm (consultado 28 mayo 2008)

⁸ Estadística de egresos hospitalarios del sector público del Sistema Nacional de Salud, 2000 salud pública de México 2002,1.44,.2

⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Finanzas Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007.

¹⁰ Nissenson AR, Prichard SS, Cheng IK, Gokal R, Kubota M, Maiorca R, et al.

Non-medical factors that impact on ESRD modality selection. *Kidney Int Suppl* 1993; 40:S120-127.

¹¹ Su-Hernández L, Abascal-Macias A, Méndez-Bueno FJ, Paniagua R, Amato D. Epidemiologic and demographic aspects of peritoneal dialysis in Mexico *Perit Dial Int* 1996; 16(4):362-5.

¹² Jerónimo-Morales M. Diálisis peritoneal ambulatoria características epidemiológicas. *Rev. Med IMSS* 1999; 37(4): 289-296.

¹³ Criterios Técnicos Médicos para tratamiento dialítico del paciente con Insuficiencia Renal. Crónica en etapa avanzada. Dirección de prestaciones Médicas del IMSS. Pág. 9 fecha de actualización Feb. 1996.

¹⁴ Ramos A. Opciones en terapia renal. En: *Avances en diálisis peritoneal*. Distrito Federal, México; 1997. p.53-54.

¹⁵ Rodríguez JC *Manual de Nefrología* 1ª ed. Mac Graw- Hill México 2006

¹⁶ Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal, *Rev. NEFROLOGIA*, 1999; XIX. Suplemento 1.

¹⁷ Ortega F, Gómez E, Baltar J, Rebollo P. Controversias en nefrología Diálisis en el anciano. *Nefrología* 2001; 22: 332-3.

¹⁸ García-Pérez R. Pacientes geriátricos en hemodiálisis. *Diálisis del anciano*. *Rev. de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* 2001; 15: 64-73.

¹⁹ Boeschoten E, Boen F. Peritonitis en DPCA. *Nefrología Mexicana* 1991; 12: 59-67.

²⁰ Programa para la Detección y Tratamiento Temprano del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Atención Médica. 2002

²¹ Velasco, ML 1980 Valoración de la rehabilitación psicológica y social del niño con insuficiencia renal crónica. Boletín del Hospital Infantil de México 37:51-63

²² Velasco ML. Julián Sinibaldi J.F. Manejo del Enfermo Crónico. ED. El Manual Moderno México 2002. Pp 221-240.

²³ F. Álvarez-Ude, M. J. Fernández-Reyes, Vázquez A, Mon C, Sánchez R y Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. Rev. NEFROLOGÍA; XXI. Número 2. 2001(<http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=354> consultada el 23 mayo 2008)

²⁴ Reyes Saborit A, Castañeda Márquez V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(4).<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san05406.htm> (consulta 21 de enero del 2008).

²⁵ Rodríguez Abrego G, Rodríguez Abrego I. Red familiar de apoyo al paciente con insuficiencia renal crónica. Aten Primaria 2002, 29(5): 123-25.

²⁶ Alarcon Prada A . Depression in the Renal Patient. rev.colomb.psiquiater.; 2004, 33, no.3, p.298-320. ISSN 0034-7450.

²⁷ Santacruz, VJ La familia como unidad de análisis. Rev, IMSS,1983;21:348-357

²⁸ Ackerman N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Paidós, Barcelona 2004.

²⁹ Minuchin S. técnicas en terapia familias. Barcelona: Paidós,1984; 1-24

³⁰ Irigoyen – Coria AE Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar 3ª. Ed. México 2006 Medicina Familiar Mexicana.:1:15

³¹ Huerta JL. Estudio de salud familiar. En: Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar, Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Ínter sistemas Editores, México 2005, Págs. 2-73

³² Emma Espejel y Cols. Manual para la Escala del Funcionamiento Familiar, Instituto de la familia AC, departamento de educación especializada, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Págs. 49-51

³³ De la Revilla AL La disfunción familiar. Atn. Prim,1992;10(2);582-583

³⁴ De la Revilla, AL Conceptos e Instrumentos de la atención familiar. 1ª Edición ED. Doyma Barcelona 1994;Pp 1-133

³⁵ Saucedo JM, Maldonado JM. La familia, su dinámica y tratamiento. OPS IMSS 2003.

³⁶ Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión del Consenso Académico de Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud 1ª ed. Medicina Familiar Mexicana,2005

³⁷ Herrera, SPM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. La Habana: Rev. Cubana Med. Integral,1997;13(6):591-595

³⁸ Estrada Inda L; El Ciclo vital de la familia; 3a. ed., Ed. Posada, México, 1989.

³⁹ González I. Las crisis familiares. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16 (3):239-42.

⁴⁰ Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas; México: Fondo de Cultura Económica, 1995;Pp 1- 29

⁴¹ Robles FT, Fernández CM El enfermo Crónico y su Familia Ed. Paidós Barcelona 2004

⁴² Pérez CC, Rodríguez HF: Diagnostico Oncológico: reacción emocional y comportamiento familiar asumido *Psicología para América Latina es una publicación de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (ULAPSI)*, <http://www.psicolatina.org/Cinco/diagnostico.html> Consultada el 28 de mayo 2008

⁴³ Florenzano UR. La Familia como Factor de Riesgo, Adolescentes y Familia en Chile. *Creces* 1992;7: 24-340

⁴⁴ Muñoz CF, Espinoza AJM, Portillo SJ, Rodríguez GMG. La Familia en la Enfermedad terminal. *Medicina de Familia*, 2003, 3(3):190-199

⁴⁵ Programa académico: Curso de especialización en Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar. México. 1990.

⁴⁶ Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER. Selección y Análisis de Instrumentos para la Evaluación Familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1 (2):45-57.

⁴⁷ II Coloquio Nacional de Profesores-Investigadores en Medicina Familiar. Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar AC Documentos de Trabajo CNPI/002. México. 2002; 22-24.

⁴⁸ Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria AE Faces III: Alcances y limitaciones. *Aten. Fa.* 2005;(1): 10 - 11

⁴⁹ Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud, *Rev. Cubana de Salud Pública* 2003; 29 (1):48 – 51.

-
- ⁵⁰ Olson DH, Sprenkle DH Russell CS. Circumflex Model of Marital and Family Systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Proc* 1979; 18:3-28.
- ⁵¹ Olson DH. Circumplex Model VII: Validation studies and FACES III. *Fam Proc* 1986;25:337-351
- ⁵² Olson DH. Circumplex Model Of Family systems VIII Family assessment and intervention. In Olson DH. Russel CS a Sprenkle DH (eds) *Circumplex Model. Systematic assessment and treatment of Families* .NY: Haworth Press, 1989.
- ⁵³ Gren RG ,Harris RN, Forte JA, Robinson M. Evaluating FACES III and the Circumplex Model:2440 families. *Fam. Proc* 1991;30:55-73.
- ⁵⁴ Olson DH, Portner J, Bell R. FACES III: Family adaptability and cohesion evaluation scales. Department of Family Social Science, University of Minnesota, 1985.
- ⁵⁵ Olson DH, Porther J, Lavee y.FACES III. Department of Family Social Science, Univerty of Minnesota. 1985.
- ⁵⁶ Olson DH. Curvilinearity Survives: The World is not Flat. *Fam Proc* 1994; 33:471-478
- ⁵⁷ Olson DH Circumflex Model Of Marital and Family Systems. Assessing Family Functioning In Walsh F *Normal Family Processes*. The Guilford Press, NY/London 1993. 62-74.
- ⁵⁸ Ingaroca C. Funcionamiento Familiar y Situaciones de Crisis, en *Adolescentes Infractores*. UNMSM ; 2001 p 169-174
- ⁵⁹ Gómez FJ. Diagnóstico de salud familiar, en Irigoyen A, Gómez FJ. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 5a. ed. México. Medicina Familiar Mexicana.1998.pp.101-140.

⁶⁰ Aquilino Polaina. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia. Ed. Rialp España. 14 Pp; 238 – 248.

http://books.google.com.mx/books?id=mHfevHTMkGUC&dq=tipologia+familiar+Faces+III&source=gbs_summary_s&cad=0 consultado el 03 de Eneo 2008)

⁶¹ Ponce R. ER, Gómez CFJ, Irigoyen CAE, Terán TM, Landgrave IS, Hernández GA, et al. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). Aten Primaria 1999; 23:479-84.

⁶² Casares de Castro G Ayudando al a Familia Cuando una Enfermedad Amenaza la Vida. Psicoterapia y Familia 5 1-5 1990

⁶³ Membrillo LA, Fernández OMA, Quiroz PJR, Rodríguez LJL. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. Colegio Mexicano de Medicina Familiar, www.etmsa.com.mx, México 2008

⁶⁴ Kuthy, MI El paciente terminal y su familia. Revista del Residente de psiquiatría Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993;4(2):22-25

⁶⁵ De la Serna PI. Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal. Revista de la Sociedad de psiquiatría de la Comunidad Valencia. Colaboración No. 28 España 2001. Disponible en URL;http://red-farmammedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm. (fecha de consulta 07 de enero del 2008)

⁶⁶ Alonso A. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en pacientes con insuficiencia renal. An Med Asoc Med Hosp ABC 2003; 48 (2): 107-113

⁶⁷ Secretaria de Salud. Principales causas de egresos hospitalarios, 2005 Estados Unidos Mexicanos. Dirección General de Estadística. http://sinais.salud.gob.mx/egresoshosp/tabs/eh_morbsec_001.xls . (Consultado el 16 de junio 2008)

⁶⁸ Secretaria de Salud. Encuesta Nacional 2005 Enfermedades Crónicas 2005
119- 124

⁶⁹ Enrique Sabag-Ruiz E, Álvarez-Félix A, Celiz-Zepeda S, Gómez-Alcalá AV.
Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de
medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 415-421

⁷⁰ Barnett AH. Pathogenesis of diabetic microangiopathy. Am J Med
1991;90(Suppl 6A):675- 679.

⁷¹ Manaviat MR, Afkhami M, Shoja MR. Retinopathy and microalbuminuria in
type II diabetic patients. BMC Ophthalmol 2004;4(1):9-11.

10.- ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ reconozco que me ha proporcionado información amplia y precisa sobre el estudio al que se me pide participar por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

- 1.- Se me informó sobre el estudio de investigación que se pretende realizar.
- 2.- Que seré sometida a un instrumento de evaluación para valorar la ADAPTABILIDAD y COHESION de mi familia.
- 3.- Que la información obtenida de los datos que yo proporcione se manejará de manera confidencial y no se harán públicos de ninguna forma escrita, verbal o electrónica.
- 4.- Que no sufriremos ningún tipo de consecuencia por participar en el estudio.
- 5.- Que me comprometo a contestar el instrumento de la manera mas veraz y de acuerdo a las indicaciones que reciba.

Por lo anterior, manifiesto, que es mi decisión libre y consciente de participar en el estudio que se me solicita

Firmo este consentimiento informado por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha

Aceptante

Nombre y firma

NSS

Unidad medica de Adscripción.
Testigo

Nombre y firma

Unidad donde se otorgó consentimiento

personal responsable

HOPITAL REGIONAL T-1
MORELIA, MICHOACAN

DRA. TERESITA DE JESUS GUZMAN L.

Anexo 2. Instrumento de Evaluación.

FACES III

DESCRIBE A TU FAMILIA

1.- ¿Los miembros de la familia se dan apoyo entre si?

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

11.- Nos sentimos muy unidos.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

13.- Cuando se toma una decisión importante, que toda la familia está presente

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

14.- En nuestra familia las reglas cambian.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

17.- Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

19.-La unión familiar es muy importante.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

- a) Nunca b) Casi nunca c) algunas veces d) casi siempre e) Siempre

CALIFICACION DEL LA COHESION**ANEXO 3**

COHESION	AMPLITUD DE CLASE
NO RELACIONADA	10-34
SEMIRRELACIONADA	35-40
RELACIONADA	41-45
AGLUTINADA	46-50

CALIFICACION PARA LA ADAPTABILIDAD**ANEXO 4**

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
RIGIDA	10-19
ESTRUCTURADA	20-24
FLEXIBLE	25-28
CAOTICA	29-50

CRONOGRAMA

1 NOVIEMBRE 05	31 OCTUBRE 05	REVISION LITERATURA
1 NOVIEMBRE 05	28 FEBRERO 06	ELABORACION PROTOCOLO
1 ENERO 06	30 AGOSTO 06	RECOLECCION DE DATOS
1 SEPTIEMBRE 06	31 OCTUBRE 06	ANALISIS DE DATOS Y REVISION GENERAL
1 NOVIEMBRE 06	28 FEBRERO 07	REVISION GENERAL
1 MARZO 07	30 SEPTIEMBRE 07	RESULTADOS ANALISIS ESTADISTICO Y CONCLUSIONES
8 OCTUBRE 2007		ENVIO DE INFORME FINAL A LA FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR