



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

DIVISION DE ESTUDIOS DE PÓSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADEMICA: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 222  
TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

## FUNCIONALIDAD DE LA PAREJA DE ACUERDO AL GÉNERO, ANTE UN HIJO EN EDAD PEDIÁTRICA CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

### TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

**M.C ZITA MA. DE LOURDES REZA GARAY.**

DIRECTORA DE TESIS:  
DRA. MARÍA ESTHER REYES RUIZ



TOLUCA ESTADO DE MÉXICO

2009.



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.

## DEDICATORA

Me quedare corta en nombrar a las personas que han sido trascendentales que no han bajado la guardia y siempre me han apoyado a lo largo del desarrollo de esta Tesis como a lo largo de mi vida.

Primero, debo dar gracias a Dios por permitirme estar aquí, A mi madre, a aquella incansable mujer quien me demostró que el que persevera alcanza, quien me amo incondicionalmente y quien me hace mucha falta. A mi hijo Felipe a quien extraño como el primer día que decidió irse llevándose sus sueños y parte de los míos. Mi esposo con quien he estado la mitad de mi vida, con el que he compartido cosas buenas y menos buenas acompañándome en los momentos en que más le he necesitado, Por tu apoyo, espera y principalmente por tu amor gracias Jorge, A lo extraordinario que me dio la vida a mis Jorge y Regina, todo mi trabajo va dedicado a ustedes a quien amo profundamente, a Ange quien a cuidado de ellos. a Silvia, Alfonso Carmen, Oralfía ,Claudia y mis sobrinos quienes siempre han estado cerca de mí. A la madre Inmaculada una generosa mujer que en los momentos más difíciles siempre ha estado conmigo.

## AGRADECIMEINTOS

Un reconocimiento especial al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Nacional Autónoma México por permitirnos hacer la especialidad en medicina familiar y quienes me apoyaron en todo el proceso de su realización. Mi agradecimiento a la Dra. Esther Reyes Ruiz quien apostó en mi propuesta de investigación me apoyo y me ayudo a la conclusión de este trabajo, a la Dra Silvia Landgrave Ibáñez por su invaluable y generoso apoyo, desde luego al Dr. Guillermo Espinosa Fuentes por su apoyo personal y sus intervenciones en momentos críticos,

A mis compañeros por el entusiasmo y que a pesar de este camino largo y duro cumplimos nuestras expectativas y objetivos

Finalmente a mis compañeros de trabajo por su colaboración y ayuda incondicional.

## INDICE

	INTRODUCCION	1
1	MARCOTEORICO	2
<b>1.1</b>	<b>INSUFICIENCIA RENAL CRONICA</b>	
1.1	ETIOLOGIA	2
.1		
1.1	FISIOPATOLOGIA	3
.2		
1.1	ESTADIOS EVOLUTIVOS	4
.3		
1.1	ANAMNESIS Y EXPLORACION	5
.4		
1.1	TRATAMIENTO	6
.5		
<b>1.2</b>	<b>FAMILIA</b>	
1.2	DEFINICION DE FAMILIA	9
.1		
1.2	CICLOVITAL DE LA FAMILIA	9
.2		
1.2	EN RELACION A SU ESTRUCTURA	10
.3		
1.2	TIPO DE CRISIS	11
.4		
1.2	CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA COMO SISTEMA	11
.5		
1.2	PROPIEDAD SISTEMICA DE LA FAMILIA	11
.5.		
1		
1.2	EL SUBSISTEMA CONYUGAL	13
.5.		
2		

1.2	FUNCIONES DE LA PAREJA	14
.6		
1.2	PAREJA Y CONFLICTOS	17
.7		
<b>1.3</b>	<b>LA FAMILIA CON INTEGRANTE ENFERMO EN LA ETAPA TERMINAL</b>	
1.3	EN RELACION A LA PAREJA	20
.1.		
1.3	LOS SUBSISTEMAS EN LA FAMILIA TERMINAL	20
.1.		
1		
1.3	SUBSISTEM A PARENTAL	20
.1.		
2		
1.3	SU BSISTEMA CONYUGAL	20
.1.		
3		
1.3	SUBSISTEM A FILIAL	21
.1,		
4		
<b>1.1</b>	<b>INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LA PAREJA</b>	22
.4		
<b>2</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	25
<b>2,1</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	26
<b>2.3</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	27
<b>2.3</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	27
.1		
<b>2.4</b>	<b>MATERIAL Y METODOS</b>	28
<b>2.5</b>	<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	29
<b>2.6</b>	<b>OPERALIZACION DE VARIABLES</b>	30
<b>2.7</b>	<b>ANALISIS ESTADISTICO</b>	31

<b>2.8</b>	<b>PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>32</b>
<b>2.9</b>	<b>CONSIDERACIONES ETICAS</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSION</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>SUGERENCIAS</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>46</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>47</b>

## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

La incidencia, prevalencia y etiología de las nefropatías de naturaleza progresiva tienen gran variabilidad en relación con la distribución geográfica y con las condiciones socioeconómicas de los distintos países, así como por factores de susceptibilidad a ciertas enfermedades renales.

Enfermedad que ninguno de nosotros está exento de presentar en algún momento; o de tener la desgracia que se presente en algún miembro de nuestra familia. Son personas y niños enfermos que prácticamente no viven, que no pueden disfrutar de la vida plenamente, la mayoría poco productivos y que dependen de medicamentos o de aparatos como la máquina de hemodiálisis para mantenerse con vida.

La insuficiencia renal crónica en edad pediátrica presenta una alta morbilidad a nivel mundial, la OMS reporta 625 mil casos al año, En México, cada año se diagnostican alrededor de mil casos nuevos de niños con insuficiencia renal crónica, potencialmente curables con un trasplante renal, sin embargo una parte de ellos, se logra trasplantar en los diferentes centros hospitalarios de tercer nivel a lo largo de toda la República mexicana con riñones donados por algunos de sus padres, hermanos o familiares cercanos.

En todo el país se realizan aproximadamente mil trasplantes renales por año, el resto se coloca ya en la inmensa lista de espera nacional de riñón de cadáver, la mayoría de los cuales nunca serán trasplantados por la falta de donaciones de órganos en nuestro medio.



## 1 MARCO TEORICO

### 1.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. <sup>3</sup>

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtrado glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso años y que puede ser sintomática hasta que el filtrado glomerular se haya reducido al 25% de lo normal.

También podemos definirla como la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas funcionales que lleva a una capacidad renal para realizar las siguientes funciones:

- Depurativa excretora de residuos nitrogenados.
- Reguladora del equilibrio electrolítico.
- Reguladora del equilibrio ácido base.
- Endocrino metabólica.

#### 1.1.1 ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Según el sexo.

- En el varón predominan las glomerulonefritis y las nefropatías vasculares.
- En la mujer predominan las pielonefritis y las nefropatías por fármacos y enfermedades quísticas.

Hasta los 4 – 5 años.

- Las malformaciones urológicas son la causa mas frecuente.
- Otras: hipoplasias, enfermedades vasculares, necrosis cortical, síndrome hemolítico urético, glomerulopatías tumor de Wilms y otros.

A partir de los 15 – 18 años

- glomerulonefritis
- Enfermedad vasculorenal ( incluye la hipertensión arterial)
- Enfermedades metabólicas (diabetes cistinosis, oxalosis, gota, hipercalcemia, enfermedad de Fabry.

- Nefropatías túbulo intersticiales pielonefritis.
- Nefropatías por fármacos o tóxicos.
- Enfermedades quísticas (poliquistosis tipo adulto e infantil), nefronoptosis, enfermedad quística medular.
- Displasia o hipoplasia renal.
- Nefropatías hereditarias
- Enfermedades sistémicas (vasculitis, LES, esclerodermia), enfermedad de Sholein-Henoch, síndrome hemolítico urémico, síndrome y enfermedad de Goodpasture.
- Mieloma múltiple y amiloidosis
- Necrosis tubular y cortical
- Tuberculosis renal
- Traumatismo o exéresis quirúrgica.
- Nefropatías asociadas a VIH.
- No filiadas.

### **1.1.2 FISIOPATOLOGIA**

La lesión primaria causa daño histológico en el parénquima renal y las alteraciones y adaptaciones de las nefronas restantes causan cicatrices y más pérdidas de éstas, lo cual perpetúa el círculo vicioso que con lleva a la insuficiencia renal terminal. Las características genéticas del individuo y la fisiopatología de la entidad modifican la progresión de esta.

El parénquima renal tiene una gran reserva y, una vez que se pierde la actividad de uno de los riñones, el otro aumenta su capacidad de filtración de manera compensadora. A los 2 a 3 meses se ha incrementado el tamaño en la mitad y la y la filtración glomerular residual es un 10 a 20 % más de lo inicial. Para que se produzca IRC se requiere que se pierda más del 50% de las nefronas funcionantes con una lesión asociada en el parénquima. Según el porcentaje de pérdida se presentan las manifestaciones de la IR. Con el 50% se tiene una FG entre 80-100% sin representación clínica, hasta menos del 5% en la cual la FG es <10% con ERET.

Como factores genéticos que incrementan la progresión de lesión en el parénquima se

encuentra el HLA DR3 de los caucásicos que se asocia a mayor esclerosis en el parénquima así como enfermedades sistémicas de base con compromiso renal como Diabetes Mellitus y LES3.

### 1.1.3 ESTADIOS EVOLUTIVOS.

#### MECANISMO DE PROGRESIÓN DE LA IRC.

Una vez que la causa primaria ha ocasionado una destrucción irreversible de un de estas nefronas destruidas, se producirá una hiperfiltración e hipertrofia glomerular. Estos mecanismos perpetuaran el daño irreversible en las neuronas restantes. En cualquier caso, la enfermedad progresara a través de los siguientes estadios

ESTADIO		CUADRO CLINICO
Disminución de reserva Función renal	CCr 120-60 ml/min.	Asintomático
Insuficiencia renal	CCr 59 -30 ml / min.	Poliuria  Nicturia  Anemia leve  Hiperparatiroidismo leve
Insuficiencia renal manifiesta	CCr 29-10 ml./min.	Sintomatología urémica. Acidosis  Osteodistrofia  anemia severa
Uremia	CCr menor de 10ml/min.	Sintomatología urémica  Grave, terapia depurativa

### 1.1.4 ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN <sup>3</sup>

#### Exploración física

PIEL	NERVIOSO Y LOCOMOTOR	DIGESTIVO	CARDIORESPIRATORIO	OSTEOARTICULAR	ENDOCRINO
Palidez anemia.	Insomnio asterixis, somnolencia.	Anorexia hipo, nausea y vómitos uremia elevada	Disnea, edema maleolar, tos insuficiencia cardiaca por retención de líquidos	Dolores óseos fracturas fáciles	Amenorrea, esterilidad abortos precoces (bajos niveles estrógenos)
Equimosis y hematomas alteraciones de la coagulación	Piernas inquietas	Fetor urémico y mal sabor de boca	Hipertensión arteria	Calcificaciones anormales ojos tejido celular subcutáneo	Impotencia bajos niveles de testosterona)
Prurito y excoriaciones, hiperparatiroidismo, depósitos de calcio.	Dolores paroxísticos	Hemorragias digestivas	Dolor precordial	Alteración del crecimiento.	Alteración de la maduración sexual
Piel cerea deposito de urea evaporada por el sudor.	Neuropatía periférica	Ardor, pirósis ulcera gástrica	Insuficiencia cardiaca		Intolerancia a la glucosa y episodios de hipoglucemia en pacientes diabéticos (menor metabolización renal de insulina)
Color amarillento	Perdida de reflejos, debilidad pie caído, parálisis.	Hepatopatía	Perdida de faneras, palidez y cianosis de aportes distales de MI		
Acumulo de urocromos y anemia.	Neuropatía progresiva		Aparición de signos de AVC o CI arterioesclerosis acelerada.		
En diálisis puede aparecer, color bronceado, depósitos de hemosiderina.	Pérdida de masa muscular	Ascitis			
	Balance nitrogenado negativo.	Dolor abdominal			
	Cefaleas	Estreñimiento			
		Diarrea			

## 1.1.5 TRATAMIENTO<sup>4</sup>

### Dieta y electrólitos:

Se administran dietas con 0.8 (adolescentes) a 2 (lactantes) gr. de **proteínas** por Kg y es más efectivo que la administración de suplementos, así se mantiene un adecuado aporte calórico, se limita la ingesta proteica, se previene la depleción del LEC y la acidosis metabólica.

El aporte de **sodio** solo se limita en los pacientes con hipertensión, sobrecarga hídrica y glomerulonefritis. Los lactantes con IRC secundaria a lesión renal estructural son a menudo perdedores de sal y este elemento es necesario para mantener el volumen intravascular. A veces se requiere incrementar el aporte de cloruro de sodio junto con bicarbonato para prevenir la acidosis metabólica. Las necesidades varían entre 1 a 3 meq/kg/día.

La ingesta de **agua** debe ser monitorizada debido a que estos niños son incapaces de concentrar la orina, la administración de grandes volúmenes debe ser por vías especiales como gastrostomía o SNG. al restaurar el volumen plasmático.

Las pérdidas de bicarbonato aumentan, por lo tanto se requiere suplencia adicional. Se inicia con 2 mEq./Kg./día como HCO<sub>3</sub> para mantener niveles de **bicarbonato** sérico mayores de 20.

Los niveles de **calcio** deben mantenerse entre 10-11mg /dl. por lo cual se requiere suplencia frente a las pérdidas por competencia con el fósforo y disminución de absorción por alteración en la síntesis de vitamina D3. Los niveles por encima de 11.5mg/dl se deben evitar puesto que aumentan la excreción urinaria y deteriora la función renal.

La ingesta de **fósforo** debe limitarse; en la mayoría de los casos se requieren quelantes que contengan calcio. No se recomienda la administración continua de quelantes con aluminio por el riesgo de toxicidad caracterizado por encefalopatía progresiva, osteomalacia (niveles >200mg/L) y anemia. Esta es secundaria al deterioro de la función renal (más del 95% es excretado por la orina).

Se suprimen las frutas cítricas, banano, chocolate, tomate y papas. Si persiste la hiperkalemia se administran resinas como Kayexelate, Salbutamol o Glucosa-Insulina-Bicarbonato<sup>5, 8,17</sup>.

**Vitaminas:** Se requiere suplemento de vitaminas hidrosolubles y vitamina D, no de vitaminas liposolubles, teniendo en cuenta el riesgo de hipercalcemia y mayor deterioro de la función renal con estas últimas

*Anemia:* Se acepta como apropiado un hematocrito de 35% y se administra erythropoyetina para lograrlo, bien sea por vía IV, SC o intraperitoneal. La vía SC se usa con más frecuencia por tener una vida media más prolongada disminuyendo su dosis total semanalmente pudiendo aplicarse varias veces por semana hasta 3 veces. Se usa como dosis inicial de 30-300 U/Kg. por semana y mantenimiento 60-600 U/Kg.

## **Antihipertensivos**

Los estudios a largo plazo muestran el beneficio de la reducción de la tensión arterial en la progresión de la insuficiencia renal. Los inhibidores de la ECA son los más efectivos en evitar la progresión, al inhibir la síntesis de algunos de los factores.

## **Diálisis**

La diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable, que mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo, permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializado.

Las sustancias que atraviesan la membrana peritoneal son las de pequeño peso molecular: urea, potasio, cloro, fosfatos, bicarbonato, calcio, magnesio, creatinina, ácido úrico. Las sustancias de peso molecular elevado no consiguen atravesar el peritoneo.

Utilizando estos principios fisiológicos; la diálisis lo que hace, es infundir en la cavidad peritoneal un líquido dializante de composición similar al líquido extracelular, dejándolo un tiempo en el interior del peritoneo; siguiendo el gradiente osmótico, se producirá la difusión y la osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido introducido.

Si se desea eliminar más volumen de agua del paciente, se añade glucosa a la solución de diálisis, y esta diferencia de osmolaridad entre el plasma y el líquido producirá ultrafiltrado en función de las necesidades de cada niño.

La eficacia de este método puede verse afectada cuando existan cambios en la permeabilidad de la membrana peritoneal (Ej.: infección, irritación), o disminución del flujo sanguíneo peritoneal o alteración del flujo sanguíneo capilar (Ej.: vasoconstricción, vasculopatías).

La diálisis peritoneal es más eficaz en niños y lactantes que en los adultos, debido a una serie de características fisiológicas especiales que los diferencian:

- tienen mayor superficie de membrana peritoneal con respecto al peso y al volumen de sangre que los adultos (380cm<sup>2</sup>/Kg. en el lactante y 180 cm<sup>2</sup>/Kg. en el adulto)
- la membrana peritoneal de los niños es más permeable, con lo cual, absorberá la

glucosa más rápidamente y se producirá antes la ultrafiltración. Sin embargo, también perderá más proteínas hacia el líquido de diálisis, principalmente albúmina

- el peritoneo es más efectivo aclarando sustancias, especialmente en los niños más pequeños.

## Hemodiálisis<sup>4</sup>

Es una técnica de depuración extracorpórea que tiene como objetivo la excreción de los productos tóxicos derivados del catabolismo, elimina el líquido retenido y regula el equilibrio ácido base y electrolítico asociado a la insuficiencia renal crónica terminal. En términos estrictos una diálisis adecuada es aquella que elimina las mismas cantidades de sustancias que depuran los riñones manteniendo un estado nutricional, hematológico, óseo, cardiovascular y neurológico que condicionan un bienestar y una buena calidad de vida.

Los mecanismos físicos que regulan la diálisis son la difusión o transporte por convención.

**La difusión.** Es el transporte pasivo de solutos a través de la membrana semipermeable. La cantidad de soluto que atraviesa la membrana depende del coeficiente de transferencia de masas del dializador, de la superficie eficaz del dializador y del gradiente de concentración media de ambos lados de la membrana.

**Transporte de ultrafiltración.** Es el proceso por el cual el plasma y los solutos se separan de la sangre a través de una membrana semipermeable; como consecuencia de una respuesta a un gradiente de presión hidrostática que resulta de la diferencia entre la presión positiva del circuito sanguíneo y la negativa, nula o positiva del dializado más la presión osmótica sanguínea. El ultrafiltrado es el líquido extraído a través de la membrana de diálisis. La adecuación de la diálisis se relaciona fundamentalmente con dos conceptos, la depuración adecuada de las toxinas urémicas y la biocompatibilidad.

El niño con insuficiencia renal crónica está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, escolares y sociales en muchos aspectos de la vida cotidiana, que demanda mayor atención y que opera en relaciones que son muy estrechas con el sistema conyugal, este sistema emocional opera a través de tres áreas donde se expresan los siguientes síntomas<sup>2</sup>

## **1.2. FAMILIA**

### **1.2.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA <sup>6</sup>**

Uno de los problemas a los que se enfrenta el médico familiar en el estudio de la familia es la definición de este grupo de personas.

Lison Tolosona (1976) afirma, que la palabra familia es una compleja unidad, tan pronto como se pronuncia, se presentan una serie de problemas lingüísticos, la complejidad de la institución familiar con sus múltiples dimensiones de análisis refuerza esa ambigüedad e imprecisión, una confusión de significados e interpretaciones tan profundamente espesa, que desanima de cualquier pretensión de descubrir convergencias o posibles afinidades en la definición entre tanta multiplicidad y diversidad.

Cuando se afirma que la familia constituye el núcleo básico de la sociedad, a la cual da cohesión y estabilidad, es una realidad positiva que se inscribe en el curso de la historia y se modifica con el paso del tiempo a través de su entorno social y su representación, los límites demográficos, las condiciones de la producción, las condiciones de alianza y el marco político son en grados diversos lo que determinan su naturaleza, su lugar y su importancia, es el conjunto de procesos sociales.

A partir de estos principios, se puede entrar a revisar las distintas concepciones de familia.

Se puede ver que la familia no es solamente una conformación de padres e hijos sino que va más allá, siendo ésta una estructura con propiedades.

Como último concepto se propone el de Parada (2002) en el cual la familia es el conjunto de personas que establecen pautas de relación, construyendo una realidad en donde cada miembro interpreta y crea significados partiendo de esa realidad.

No es un sistema aislado, sino conectado e inmerso en una cultura específica.

### **1.2.2. CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

Cada una de las etapas del ciclo vital de la familia implica determinadas fases o etapas y crisis de desarrollo. Así como ciertos riesgos y determinadas tareas en cada uno de los campos: Biológico, psicológico y social.

- FASE 1 Integración consolidación noviazgo y matrimonio o unión sin hijos
- FASE 2 Expansión: llega el primer hijo.



- FASE 3 Expansión: nace el último de los hijos
- FASE 4 Dispersión: contracción. se van los hijos
- FASE 5 Nido vacío: quedan los conyugues solos nuevamente
- FASE FINAL O DISOLUCIÓN muere uno de los miembros de la pareja

### 1.2.3 EN RELACIÓN A SU ESTRUCTURA<sup>7</sup>

La estructura y funciones de la familia, han sufrido importantes cambios a lo largo de la historia, las principales estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones económicas o de otro tipo podrían resumirse de la siguiente manera:

- Familia nuclear: padre o madre e hijos viviendo juntos en una sola unidad familiar. Puede trabajar solo el marido solo la mujer, ambos, tener trabajos esporádicos o estar cesantes.
- Familia compuesta solo por la pareja: viven juntos, no tienen hijos o ya no viven con ellos.
- Familia uniparental: divorcio, abandono o separación acordada con hijos en edad preescolar y escolar, El progenitor trabaja o es mantenido por la pareja ausente.
- Personas que viven solas o allegadas pero sin participar en la familia.
- Familias de tres generaciones (diferentes posibilidades de cohabitación en una sola unidad familiar
- Matrimonio mayor, padre proveedor, hijos universitarios o casados, o que ya trabajan.
- Familias extensas compuestas por familias nucleares o pariente solteros que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios.
- Familias reconstituidas luego de que uno o los dos conyugues han tenido matrimonios anteriores. Pueden tener consigo a los hijos anteriores, a los hijos que nacen de la nueva relación, etc.
- Parejas que conviven sin casarse y que puedan tener hijos propios.
- Parientes que se hacen cargo en forma más o menos permanente de nietos sobrinos, allegados etc.
- Grupos de personas, familiares o no que viven bajo un mismo techo por problemas económicos.

Como se pudo ver la estructura de la familia puede ser extensa o nuclear, pero además de esto tiene características, las cuales fueron propuestas por Minuchin y Fishman (1985) y son algunos de los aspectos que pueden dar luz de una familia saludable:

- Se forma en el momento en que dos personas se comprometen a contraer matrimonio o para convivir estable y fielmente.
- Convivencia y matrimonio: deben estar basados en el amor de pareja para convertirse en uno solo y buscar mejoras personales, y la felicidad. La pareja

- busca la trascendencia, a través de tener hijos del vientre materno.
- El amor debe ser incondicional, formativo y respetuoso, sin límites.
- Luchar en el sufrimiento y la alegría, compartir las circunstancias inevitables.
- Desarrollar normas y principios necesarios para la buena comunión.

#### **1.2.4 TIPO DE CRISIS<sup>18</sup>**

A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintos tipos de crisis que según las características de las mismas las podemos clasificar en crisis evolutivas o inesperadas.

Llamamos crisis evolutivas a aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal.

A diferencia de las anteriores llamamos crisis inesperadas a aquellas que sobrevienen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual (muerte temprana de un padre, pérdida del empleo, exilio forzoso, etc.)

Tanto las crisis evolutivas como las crisis inesperadas pueden ser atravesadas por las personas/familias de distintas maneras dependiendo de los recursos psíquicos que tengan y de las experiencias previas (adaptación a crisis anteriores). Teniendo en cuenta esto, habrá familias que puedan pasar por estos períodos de cambios con mayor facilidad y capacidad de adaptación y otras donde la rigidez de las estructuras dificultará tal pasaje.

#### **1.2.5 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA COMO SISTEMA**

El concepto de sistema surge en la década de los cuarenta como una reacción al reduccionismo extremo de las ciencias naturales. Un sistema puede ser definido como un conjunto de elementos dinámicamente estructurados cuya totalidad genera propiedades que en parte son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado, importan no solo sus elementos y propiedades, sino también las interacciones y las relaciones que resultan de su totalidad.

##### **1.2.5.1 PROPIEDAD SISTÉMICA DE LA FAMILIA<sup>7</sup>**

La aproximación sistémica del estudio de la familia, implica considerarla como un sistema abierto, que por tanto exhibe las mismas características que cualquier organismo vivo.

Desde esa perspectiva, son conceptos tomados del Modelo sistémico y aplicables a la familia, los siguientes:

**SUPRASISTEMA:** Medio en donde el sistema se desarrolla en el medio sociocultural.

**SUBSISTEMA:** Componentes del sistema holones

**SISTEMA CERRADO:** Sistema cuyos componentes no intercambian información, materia o energía con el medio (Una piedra, un cristal, etc. No aplicable a la familia.

**SISTEMA ABIERTO:** Sus componentes intercambian información, con el medio y nuestra capacidad de adaptación a él (la familia como sistema abierto. conjunto de individuos dinámicamente estructurados cuya totalidad genera normas de funcionamiento en parte independientes de las que rigen el comportamiento individual). La conceptualización de la familia como un sistema abierto supone atribuible sus características. El miembro de la familia que presenta el síntoma se considera como la expresión de una disfunción y la resolución del problema depende de algún cambio de la estructura familiar.

**AUTORREGULACIÓN:** Los sistemas se irregulan a través del mecanismo de feedback (retroalimentación) y antero regulación para mantener sus parámetros básicos de funcionamiento.

**TOTALIDAD:** El cambio en un miembro afecta a los otros (interdependencia) Un cambio en un miembro de la familia repercute en todo le sistema modificándolo.

**LIMITES:** El sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites con una permeabilidad de grado variable, Difuso, claro y rígido.

**JERARQUÍA:** Los subsistemas se organizan en orden jerárquico que determina sus interacciones.

**RETROALIMENTACIÓN:** La conducta de cada miembro influye en la de los demás en la forma de feedback positivo (favorecedor) o negativo (corrector).

**EQUIFINALIDAD:** El estado final es independiente del estado inicial. No hay causalidad lineal, un mismo estado final puede alcanzarse por diferentes medios.

Es importante definir el concepto de familia y pareja, articulando dicha concepción desde el enfoque sistémico. Como definiciones de sistema podemos resumir las siguientes:

- Un sistema: El humano es un conjunto de personas interdependientes y auto-organizadas, con una identidad colectiva y una clara diferenciación del medio social circundante.
- Un sistema es autónomo y autopoietico, es decir, tiene la capacidad para desarrollar y mantener su propia organización.
- Un sistema necesita asimilar la incertidumbre, el eco dependencia y el cambio permanente de la evolución para persistir: Esta propiedad es llamada resiliencia.
- Un sistema es una red de relaciones que se construyen en el lenguaje y la comunicación, a partir de acuerdos explícitos o tácitos que definen su forma de

organizarse: estructura y funcionamiento, patrones de interacción, límites, reglas, control y jerarquías.

- Un sistema tiene una relación interdependiente con su medio ambiente, constitutiva del sistema mismo.

### **1.2.5.2 EL SUBSISTEMA CONYUGAL<sup>9,10</sup>**

Se constituye cuando dos personas se unen con la intención de construir una familia, la pareja puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y es la base para el contacto con otros sistemas sociales, además debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, en particular, cuando la pareja tiene hijos, los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio

Lo más importante es la promoción de la relación conyugal de forma que se disponga de tiempo y actividades que compartan como pareja esto es fundamental en todas y cada una de las etapas del ciclo de vida familiar, particularmente al inicio de la familia y en las dos últimas etapas del ciclo vital (independencia, retiro y muerte).

Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Tanto la esposa como el esposo deben ceder parte de su individualidad para lograr el sentido de pertenencia.

El subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los conyugues viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de los integrantes del grupo, por lo que este funcionamiento de pareja es en realidad estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos confirmando que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso en la familia.

Existen diversos factores para realizar una elección de pareja, según Luís Leñero, referido por Velasco y cols.<sup>10</sup> señala cuando menos tres factores que influyen en el proceso de la elección de pareja son:

1. Residencia de una determinada comunidad.
2. Pertenencia a una determinada clase social.
3. Involucración en un determinado círculo social

Además identifica otros requisitos de la pareja para poder constituirse:

- Haber alcanzado un grado de madures física, psicológica y social.
- Reconocer creencias afines.
- Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- Contemplar expectativas económicas semejantes.

- Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.

Los acuerdos e intereses que la pareja debe conciliar para poderse incorporar como una familia en su ámbito social son considerados como bases universales para establecer un núcleo familiar:

1. Una casa.
2. Un sistema de captación y distribución de dinero.
3. Un sistema de patrones de responsabilidad.
4. Mutua satisfacción en las relaciones sexuales.
5. Un sistema adecuado de comunicación.
6. Interacción con amigos, asociaciones y clubes.
7. Relaciones de trabajo de ambos.
8. Un concepto filosófico de la vida como pareja.
9. Continuación de la educación en ambos.

Un aspecto fundamental en el inicio de la vida conyugal es la lucha por el poder en todo sentido de la palabra, lucha que está presente en la pareja desde el inicio de la interacción y tiene mucho que ver con la manera en que se ha relacionado en sus familias de origen, ya sea una relación de dependencia o igualdad y que se manifiesta principalmente en la toma de decisiones y en el tipo de actividad hogareña o laboral desarrollada.

#### **1.2.6. FUNCIONES DE LA PAREJA.**

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

Las principales funciones del subsistema conyugal y familia a considerar para su evaluación son:

1.- Comunicación: esta función es primordial, ya que gracias a ella todas las demás funciones pueden cumplirse. La pareja utiliza muy variados mensajes verbales y paraverbales para transmitir afecto, ayuda, autoridad, comprensión junto a un lenguaje común, expresión de las características étnicas y socioculturales de la comunidad a la que pertenece. La comunicación debe evaluarse a través de pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja y cuyas características pueden ser:

- a) Clara: es decir, que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con significado contrario a lo que se dice
- b) Directa: que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia, lo que es la patología comunicacional se conoce como triangular.
- c) Congruente: lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a

nivel corporal o lenguaje analógico.

2.- Adjudicación o Asunción de roles: todos los componentes de la familia necesitan un cierto grado de independencia que les facilite su crecimiento y madurez y así la pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asumen estos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad, así también se establecen reglas y normas de comportamiento que permiten mantener en orden y armonía a sus miembros, cada pareja tiene sus propios roles, reglas no escritas, pero establecidas que solo ellos reconocen e identifican.

3.- Afecto. Es la relación de cariño o amor entre los miembros de la familia, supone una función básica a partir de la cual se trasmite parte del apoyo necesario en momentos de crisis cubrir la necesidades afectivas de los miembros de la familia es lo más importante, pero la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar. Para evaluar esta función a través de manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores indirectos para evaluar esta función como:

- a) Manifestaciones físicas, como 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 conyugues del tiempo que pasan juntos.
- c) Reciprocidad: lo cual implica que cada uno de los conyugues esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno de afecto, la recreación, la individualidad y actividades extrahogar.

4.- Apoyo: la familia proporciona apoyo a los miembros que la necesitan. Esta ayuda puede ser económica, afectiva financiera etc., gracias a esto se pueden resolver situaciones conflictivas a abortar momentos de crisis individuales o familiares. Los recursos los establecen, organizan y distribuyen distintos miembros de la familia de acuerdo con los papeles previamente establecidos. El apoyo nace del sentimiento de pertenencia de la pareja.

5.- Adaptabilidad: La familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que lo conforman, y externas con su entorno social, educacional y laboral, todas ellas la exponen a cambios necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder adecuadamente a una gama variada de estímulos .

6.- Autonomía: todos los componentes de la familia necesitan cierto grado de independencia que les facilita su crecimiento y maduración. El ejercer satisfactoriamente esta función permite mantener la integridad de cada individuo, es un equilibrio entre lo permitido y lo prohibido, lo aceptado y rechazado, entre dependencia e independencia.

7.- Reglas y normas: la adjudicación y asunción de roles que se refiere a que la pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia, como satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

8.- Toma de decisiones: es importante investigar cómo se da este proceso, ya que produce en cada uno de los conyugues la sensación de participación en las decisiones trascendentales, los sitios más frecuente son

- a) Toma de decisiones conjunta, en la que ambos conyugues 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 conyugues tiene la facultad de tomar decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro conyugue, esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.

9.- Sexualidad: además del amor, la buena comunicación y el manejo adecuado del dinero, el sexo es considerado uno de los pilares que sostienen una relación afectiva estable en la pareja.

En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explica la trascendencia que para cada uno de sus conyugues tienen. A la pareja recién formada puede llevarle de seis a nueve meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria. En este rubro la información y orientación de las parejas resulta siempre tranquilizante para ambos, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los conyugues.

Las relaciones sexuales en la pareja deben ser mutuamente satisfactorias. La sexualidad, está condicionada por factores biológicos, anatómicos fisiológicos, por los condicionamientos sociales como los sistemas de educación, valores éticos, religiosos, lineamientos culturales por el tipo de personalidad y constituye el conjunto de los fenómenos de comportamientos determinados por la idiosincrasia y la cultura, a través de los cuales se satisface el impulso sexual en cada sujeto.

La sexualidad dentro de la pareja tiene varias finalidades entre ellas: la reproductiva y la de placer, y se caracteriza por la complejidad propia de la conducta humana y por estar determinada por una serie de factores que interaccionan en cada individuo hasta formar dinamismos y pautas particulares de conducta con preferencias, fantasías y frecuencia deseada de las relaciones en el subsistema conyugal. Muchas veces la falta de deseo se debe a que no conocen las necesidades del otro y puede ser causa de conflictos en la pareja y si se tienen estos se debe hablar directa y claramente, sin pudores sobre sus inquietudes, dudas, etc. Pero para ello es indispensable una adecuada comunicación y confianza en la pareja.

## 1. 2. 7 PAREJA Y CONFLICTOS.<sup>7</sup>

Tanto las fuentes y clases de conflictos, como la forma de solucionarlos, la intensidad y duración de los mismos, el nivel de involucramiento de cada uno, la frecuencia, los montos de violencia y agresividad que se ponen en juego, etc. No son los mismos para todas las parejas, y no es posible generalizar. Depende básicamente de las características individuales de los miembros de la pareja, de las características propias de la relación y del momento del ciclo vital familiar e individual en que se produzcan. Los problemas de las primeras etapas del ciclo de la familia, no son los mismos que los del final. Sin embargo, hay algunas fuentes de conflictos, más o menos comunes y son, entre otros, los que se derivan de las diferencias de género. Hay diferencias entre hombres y mujeres más allá de los estereotipos que la definen a ella como sentimental e intuitiva y a él como racional y lógico. Ambos responden a diferentes formas de comprender la realidad y de afrontar los conflictos, lo que puede afectar la relación de pareja en general, y en especial la comunicación y la vida sexual.

La inclusión de la mujer en la vida laboral y la duplicación de roles con la consiguiente ambigüedad de los mismos, es sin duda otra fuente de conflictos, muy relacionado con esto, se encuentra la forma de manejar y conceptualizar el dinero, lo que se vincula a patrones aprendidos en la familia de origen y puede tener los mas diferentes significados dentro de la relación.

Las lealtades con la familia de origen, en la medida que tienen distinto significado (incluso contradictorio) para el hombre y para la mujer, pueden empujar hacia diferentes direcciones a los miembros de la pareja poniéndoles en la encrucijada de ser fiel a la propia familia, a la familia de origen, a la familia del otro.

La intimidad puede entenderse en sentido del uso del espacio físico, del tiempo del pensamiento, de la emoción de la identidad. Dificultades en determinar los límites para la intimidad personal de la de la pareja, la de la pareja frente a los hijos, la familia frente a los demás, etc. Puede ser una fuente permanente de conflictos. La mutua dependencia que implica la relación de pareja, exige que cada miembro sea capaz de influir y también de dejarse influir por el otro. La falta de acuerdo sobre el manejo de poder, es una importante fuente de conflictos en la relación, el poder ha sido definitivo desde diversos ámbitos pero desde la psicología sistémica, se distribuye a todo el sistema, incluso en los miembros que aparentemente mas débiles a través del llanto, la enfermedad el alcohol, el alejamiento sexual, la cupabilización del otro, etc. Básicamente el otorgar el poder y autorizar al otro para ejercerlo dentro de los acuerdos internos de la pareja.

Los problemas originados en deficiencias en la comunicación, pueden ser de tal magnitud y trascendencia que pueden poner en peligro toda la estructura del sistema pareja, “si se ama y se actúa de acuerdo al lenguaje que se tiene, queda clara la importancia de la comunicación en la vida de la pareja, en especial si se considera a la pareja como un sistema generados de significados” (Sarquis, 1984).



Existen en la pareja algunos aspectos que ocasionan estrés dentro de su convivencia, tales como:

- Instalación del hogar
- Adopción de un estilo de vida, rutinas de convivencia.
- Reparación de roles (conciliación de sistema de valores)
- Planificación del futuro (conciliación de valores y deseo de ambos)
- Iniciación o consolidación de la vida sexual
- Establecimiento en lo concreto y cotidiano de los límites con las familias de origen.

Existen ocho vínculos básicos de la pareja:

- Comunicación racional y solución conjunta de problemas.
- Colaboración para tareas en equipo.
- Dar y recibir afecto.
- Relaciones sexuales mutuamente satisfactoria.
- Divertirse juntos.
- Dar protección afectiva y material al otro.
- Recibir protección afectiva y material al otro
- Compartir valores y norma respetando las ajenas.

Para tratar de llevar una adecuada convivencia, deben darse algunos ajustes, lo que puede ocasionar conflictos dentro del subsistema conyugal, que afectan a todos los componentes que se han listado dentro de la estructura de la pareja, como ejemplo se menciona la lucha por el poder teniendo en cuenta las responsabilidades. Quien se encarga de hacer las cosas y quien decide lo que hay que hacer. Estas decisiones abarcan aspectos fundamentales como. Las finanzas, el cuidado de los hijos, las relaciones sociales etc.

Otro ajuste dentro de la convivencia en la pareja se da en la intimidad, lo que se construye con una separación de la familia de origen, dando prioridad a lo otro en el autorevelación y en la toma de decisiones. Por eso uno de los temas más conflictivos se da en las relaciones con la familia de origen.

### **Desencadenantes de los conflictos:** <sup>11</sup>

- A menudo el primer peligro para la paz del matrimonio llega con el primer hijo en la mujer (y a veces también en el marido) pone en el niño todo su interés, ignorando al otro conyugue. Con la llegada de los hijos el peligro lo corre sobre todo la mujer, por el riesgo de convertirse exclusivamente en madre. Por su parte, el padre podría pensar más en como aumentar los ingresos mensuales que en cultivar la relación de la pareja.
- Expectativas exageradas. A veces se espera demasiado de la pareja.
- Falta de dialogo. A veces el dialogo cesa por miedo a herir o a ser heridos.
- Deseo de cambiar al otro. la mayor parte de los casados empiezan hacerlo al

poco tiempo de casarse y se empeñan en modelar a la pareja según sus categorías.

- Falta de muestras de amor. Descuidar las pequeñas atenciones cotidianas una vez casados, cosas que durante el noviazgo eran la regla. Detalles, palabras dulces, muestras concretas de afecto, mimos, caricias. Etc. El amor erótico sexual se basa exclusivamente en la ternura. En caso contrario llegan las neurosis sexuales.
- Falta de tiempo de la pareja para estar juntos. Los matrimonios entran en crisis porque no tienen tiempo para estar juntos, para hablarse para salir juntos ellos solos etc.
- Existe limitación a existir uno junto al otro. Cada uno siente una enorme soledad que lleva a la idea de la incompatibilidad y de que no vale la pena hacer nada para superar esa crisis y cada cual empieza a irse por su cuenta. Comunicando poco; aislándose de la pareja.

Los conflictos enferman tanto mental (depresión, trastorno bipolar) como físicamente (corazón, cáncer, enfermedades inmunológicas, dolor crónico). Los conflictos en la pareja generan también problemas en los hijos (problemas de conducta, depresión y problemas para alcanzar la intimidad en el futuro).

La mayoría de las parejas enfrentan los mismos conflictos durante la convivencia diaria, los principales síntomas dañinos se deben a falta de comunicación y se presentan cuando ambos o alguno de los dos:

- No saben escuchar.
- No le informan al otro sus necesidades.
- No se interesan en lo que dice la pareja.
- Reclaman errores del pasado.
- Generalizar al hacer juicios.
- Hacen reproches constantes y hablan y piensan por otra persona.

## 1.2 Conflicto conyugal:

Es cuando un miembro de la pareja pierde su diferenciación y se vuelve más dependiente del otro.

### **La disfunción de un conyugue:**

Se puede entender cuando un miembro de la pareja sufre un trastorno físico o emocional, el otro en tanto gana fuerza en este intercambio emocional. Finalmente ocurre que la diferenciación puede orientarse hacia alguno de los hijos

### **Proyección sobre uno o más hijos:**

Es cuando los padres se sirven para proyectar parte de su inmadurez sobre uno o más hijos.

### **1.3.- LA FAMILIA CON UN INTEGRANTE ENFERMO EN ETAPA TERMINAL<sup>13</sup>**

#### **1.3.1 EN RELACIÓN A LA PAREJA**

##### **1.3.1.1 Lo subsistemas en la familia Terminal:**

Toda familia, aunque en apariencia caótica, tiene una compleja estructura de funcionamiento y convivencia. Cada familia es un sistema compuesto de subsistemas funcionalmente definidos, que mantienen límites dinámicos y se relacionan unos con otros según una estructura jerárquica establecida a lo largo de su formación.

##### **1.3.1.2 Subsistema parental**

La enfermedad crónica en si es causa de gran angustia para los padres que cuidan de un hijo que afronta una enfermedad Terminal.

La pareja de padres vivencian preocupaciones económicas que los pueden llevar a restringir las actividades que realizaban en conjunto, ya fueran placenteras o no; para dedicarse a labores productivas únicamente en relación a su hijo. Esto hace que se disminuya la disponibilidad de atención que la pareja se dedica el uno al otro, llegando ambos a una sensación de soledad o pérdida, además de un aumento en la tensión de las estrategias de afrontamiento individuales. En caso de hospitalización por exacerbación de la enfermedad, la relación parental sufre una carga adicional, las madres suelen permanecer al lado del hijo muchas horas, mientras que la presencia del padre es más reducida, si esta situación se prolonga y la coalición entre madre e hijo es intensa, el funcionamiento conyugal puede sufrir un colapso, llegando a sobrecargar este subsistema, haciendo que la madre reprenda al padre por ser muy estricto o este a la madre por sobre protectora.

##### **1.3.1.3 Subsistema conyugal**

Los cónyuges suelen estar profundamente involucrados y viven la totalidad de la experiencia del paciente con gran intensidad, suelen convertirse en el cuidador primario.

La relación previa al diagnóstico y progresión de la enfermedad juega un papel básico en el tipo de cuidado que se derivara posteriormente, dentro de este marco tener en cuenta:

Si el paciente era el miembro más activo y proveedor de apoyo, el cónyuge debe llevar la

carga extra de renunciar al papel de dependiente y funcionar como cuidador (desplazamiento de roles). Si la relación era conflictiva y ambivalente, entonces se generaran sentimientos de culpa y distanciamiento intensos.

El grado de intimidad previo:

#### **A.-Sentimientos vivenciados por el conyugue**

- Ansiedad
- Depresión
- Fenómenos de agresividad
- Fenómenos de negación
- Fenómenos de desplazamiento
- Sentimientos de culpa
- Proyección sobre el paciente de los deseos no reconocidos.
- Intensificación de los mecanismos de defensa
- Compasión y dolor secundarios a su identificación empática con el enfermo

#### **B.- Respuesta a las vivencias:**

- Descenso dramático en la capacidad de afrontamiento (incluso ante situaciones poco estresantes)
- Rechazo ante hablar con el paciente sobre la muerte (aun cuando el paciente lo desee)
- Vigilancia constante e insistencia en mantener la conspiración del silencio en relación a la enfermedad Terminal
- Necesidad de estar acompañando al paciente constantemente (aunque el paciente refiera que no necesita tanta intimidad)
- Agresividad desplazada hacia otros cuidadores (personal asistencial, otros familiares, amigos,

#### **1.3.1.4 Subsistema filial**

Estas son algunas de las respuestas encontradas en hijos de enfermos terminales:

- Sentimientos de culpa asociados a posible participación causal en la enfermedad (pensamiento mágico)
- Congoja por la pérdida de ambos padres (uno por la enfermedad, el otro por dedicarse a cuidar del enfermo)
- Desplazamiento
- Ansiedad de separación
- Rabia, temor y resentimiento por ser abandonados o "dejados a un lado"
- Hostilidad ante una situación incomprensible

Explicarle en términos simples la razón por la cual los adultos se están comportando de manera tan extraña es útil y libera al niño del pensamiento de que la actitud de rechazo se debe a algo que ellos hicieron

Se debe permitir el acceso al proceso de ir muriéndose y a la muerte en si ligado a alguien efectivamente unido al niño o adolescente y que lo guíe ante el cuerpo enfermo o fallecido de su familiar.

#### **1.1.4.-INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA**

En nuestro medio contamos con instrumentos de medición que evalúan la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal.

Entre los más usados está, el instrumento para evaluar subsistema conyugal aplicado en el IMSS desde hace 10 años para la aplicación única y exclusiva de la pareja.

Para este trabajo de investigación utilizaremos un instrumento con base en el modelo hipológico de Caryl Rusbult (1982).

Cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades.

En una amplia variedad de contextos, existe la creencia de que el sentimiento de amor es lo que une a las parejas, y el sentimiento de desamor es el que las desune, se puede observar que un gran número de matrimonios pueden continuar juntos sin que la pareja perciba ese sentimiento de amor, o incluso puede haberse unido sin que haya existido este componente subjetivo que se llama amor.

Por lo que es necesario conocer, como un sujeto percibe a su pareja, como se percibe frente a ella y como percibe la relación entre ellos. Esta percepción dará por resultado una serie de comportamientos que puedan derivar de una separación, en una relación poco satisfactoria o en una de mayor crecimiento; por lo que es importante observar el tipo de respuesta que una muestra de la población mexicana tiene ante la percepción de conflicto o dificultades con su pareja, y si estas respuestas llevan al sujeto al mantenimiento satisfactorio o insatisfactorio de la relación o propician su ruptura.

Por lo que se construyo un instrumento con base en el modelo hipológico de Caryl Rusbult (1982), el cual considera que la lealtad, es la voz o expresión, ante la indiferencia y salida de la relación sin alternativas de respuesta ante la percepción de conflictos en una relación de pareja.

En el análisis de una escala multidimensional, Rusbult (1982) identifico cuatro tipos principales de respuesta ante la percepción de insatisfacción en la relación íntima:

**1.- Respuesta de salida.** Es la separación formal o la salida de un miembro de la

pareja, como una solución activa y destructiva.

2.- **Respuesta de voz y expresión.** Es una manera activa y constructiva de resolver el conflicto sin separarse por ejemplo, discutir los problemas, buscar soluciones a las situaciones y buscar ayuda externa.

3.- **Respuesta de lealtad.** Es una solución constructiva, aunque pasiva (paciencia y esperanza de que las cosas mejoren, y seguir teniendo fe en la relación).

4.- **Respuesta de indiferencia.** Es una solución pasiva y destructiva que implica ignorar a la pareja o pasar menos tiempo junto y/o “desentenderse de ella”.

Cualquier respuesta ante la insatisfacción puede ser ubicada en un espacio bidimensional, definido por los ejes activo - pasivo y constructivo – destructivo. Rusbult desarrollo un modelo de Compromiso para explicar que las causas que llevan a cada uno de los miembros de la pareja a comprometerse en la relación son las siguientes:

- A. Alta satisfacción.
- B. Nivel alto de involucramiento.
- C. Pocas alternativas de calidad fuera de la relación.

Estos tres determinantes del compromiso interactúan de manera aditiva para generar cuatro grandes tipo de respuesta ante la insatisfacción a saber:

- a. **Salida**, caracterizada por baja satisfacción, bajo compromiso y altas alternativas de calidad fuera de la relación.
- b. **Voz**, caracterizada por alta satisfacción, alto compromiso y altas alternativas de calidad fuera de la relación.
- c. **Lealtad**, caracterizada por alta satisfacción, alto compromiso y pocas alternativas de calidad fuera de la relación.
- d. **Indiferencia**, caracterizada por baja satisfacción, bajo compromiso y pocas alternativas de calidad fuera de la relación.

Finalmente, Rusbult propone la secuencia siguiente como la más común en la disolución de relaciones:

- a. El conocimiento del problema lleva a la lealtad.
- b. Si el problema continúa, la lealtad llevara a la voz.
- c. Si la voz no tiene éxito, lo siguiente será la indiferencia,
- d. Si el problema es percibido como irreparable, uno o ambos integrantes de la pareja podrán elegir terminar la relación.

La investigación empírica de Rusbult también proporciona sugerencias adicionales relacionadas con factores individuales.

- a. Es más probable que la gente madura responda en forma pasiva a la insatisfacción, ya sea con lealtad o indiferencia.
- b. En individuos con grandes ingresos es menos probable que adopten cualquiera de las cuatro respuestas descritas.
- c. Mayor educación promueve ligeramente mayor actividad en las respuestas
- d. Las relaciones laxas y con mayor duración probablemente generen mas respuestas pasivas
- e. Las personas casadas tienden a utilizar la lealtad o la indiferencia (respuesta pasivas) y finalmente la salida.
- f. Hay una tendencia ligeramente más alta en las mujeres hacia las respuestas constructivas.
- g. Los sujetos con baja autoestima tienden a reaccionar con la respuesta de salida.

#### **1.4.1 FORMA DE CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE EL TIPO DE RESPUESTA QUE DA UNA PAREJA ANTE SUS DIFICULTADES:**

Para obtener la calificación es necesario:

- a. Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor
- b. Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 y 5) dados por el sujeto.
- c. El puntaje obtenido es la calificación para hacer factor.
- d. Comparar el puntaje con 3 el punto medio o con el punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se pueda obtener así como el mínimo. Para saber si las respuestas a cada factor tienden a definir dicho factor, ha de obtenerse el punto medio de la calificación, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor.

Para obtener este punto de corte o punto medio, multiplicamos el número total de reactivos de cada factor por 3.

Para obtener el puntaje máximo, se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala de Likert es el puntaje más alto, y para obtener el puntaje mínimo, se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado.

Se debe sacar el porcentaje de puntaje obtenido en cada factor (mediante la regla de tres) y colocar en el cuadro final.

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La funcionalidad de la pareja, ante un hijo en edad pediátrica, con insuficiencia renal crónica; repercute directamente en su equilibrio para mantener su intimidad y su autonomía; la cual puede derivar en una relación satisfactoria o insatisfactoria o bien llegar a la ruptura del vínculo intrafamiliar, quien está regulado por los límites emocionales, creencias religiosas, valores y principios.

Ante una enfermedad altamente demandante como la insuficiencia renal crónica, se requiere de adaptaciones tanto sociales, psicológicas y económicas, para poder mantener la homeostasis en la pareja y por ende en el núcleo familiar.

La disfunción de un conyugue: se puede entender cuando alguno de ellos sufre un trastorno físico o emocional, el otro en tanto gana fuerza en este intercambio emocional.

Finalmente ocurre que la diferenciación puede orientarse hacia alguno de los hijos

Por lo tanto, la pregunta de investigación es:

¿Cómo funciona la pareja de acuerdo al género, ante un hijo en edad pediátrica con insuficiencia renal crónica en la Unidad de medicina Familiar No. 235, en Atlacomulco, Estado de México?



## 2.1 JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica en edad pediátrica presenta una alta morbilidad, a nivel mundial, la OMS reporta 625 mil casos al año.

En nuestro país se reportan alrededor de mil casos nuevos al año. Dentro del IMSS se reporta como la quinta causa de consulta a nivel hospitalario y en la Unidad de Medicina familiar No. 235 en Atlacomulco Estado de México, se presenta con una prevalencia del 15.23% de pacientes, siendo la más alta en la Delegación Estado de México Poniente. Lo que repercute en los costos de atención, en los casos que requieren tratamiento con diálisis peritoneal, por ejemplo el costo es de 127 mil pesos, mientras que en la hemodiálisis se eleva a 234 mil y en relación al trasplante renal alcanza los 230 mil pesos.

La responsabilidad del cuidado integral en esta etapa, recae directamente en las redes de apoyo principalmente en la madre en un 95%, el padre en el 3%, y en el 2% en los hermanos o tías. Luego entonces, la familia requiere ajustes de fondo en la estructura y dinámica conyugal como respuesta ante un hijo con insuficiencia renal crónica para mantener su homeostasis.

Al conocer el tipo de respuesta que presenta la pareja ante un hijo con insuficiencia renal crónica, le permite al médico familiar establecer alternativas de tratamiento psicoterapéutico a la pareja, promoviendo redes de apoyo que tiendan a mejorar la dinámica conyugal y con ello afrontar las vicisitudes desde un enfoque biopsicosocial para mejorar la calidad de vida de un hijo con insuficiencia renal crónica.

## **2.3- OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la respuesta de la pareja de acuerdo a su género, ante un hijo en edad pediátrica con insuficiencia renal crónica en la Unidad de Medicina Familiar No. 235

### **2.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el estado civil de los padres de hijos con insuficiencia renal crónica en edad pediátrica.
- Identificar la frecuencia según el tipo de tratamiento con diálisis de los hijos en edad pediátrica con insuficiencia renal crónica.
- Establecer la frecuencia de la respuesta del factor salida activa o destructiva, de la pareja con hijos con insuficiencia renal crónica
- Determinar la frecuencia de la respuesta del factor voz o expresión activa y constructiva de la pareja con hijos con insuficiencia renal crónica
- Identificar la frecuencia de la respuesta de lealtad, como una solución constructiva aunque pasiva de la pareja con hijos con insuficiencia renal crónica.
- Determinar la frecuencia de la respuesta de indiferencia como una solución pasiva y destructiva, de la pareja con hijos con insuficiencia renal crónica.
- Establecer la frecuencia del tipo de respuesta que tiene la pareja según género.

## **2.4. Material y Métodos**

### **2.4.1 Tipo de estudio:**

- Estudio descriptivo, trasversal y prospectivo.

### **2.4.2 Población, Lugar y Tiempo:**

- Se realizo en la Unidad de Medicina Familiar No. 235, IMSS Delegación 16, en Atlacomulco Estado de México

### **2.4.3 Tipo de muestreo:**

- No probabilística por cuotas.

### **2.4 .5 Tamaño de la muestra.**

- Se tomo como base una población de 4754 niños de 6 a 19 años de los cuales solo 75 niños, tuvieron diagnóstico de IRC, con vigencia de derechos en la UMF 235 en Atlacomulco Estado de México.

## **2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Parejas de hijos con insuficiencia renal crónica.
- Con hijos en edad de 6 a 19 años.
- Que se encuentren adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 235.
- Que las parejas vivan juntas.

### **2.5.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.**

- Parejas con hijos en edad pediátrica con IRC con trasplante renal.
- Que no acepte participar en el estudio.

### **2.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Muerte del paciente durante el estudio.
- Cuestionarios incompletos.

## 2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Definición conceptual y operativa de las variables del estudio: Respuesta de la pareja. Hijo en edad pediátrica. Insuficiencia renal crónica.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años vividos	Estratificación de la edad de los padres por decenio	Ordinal 20 A 29 30 A 39 40 A 49 50 Y MAS	cuantitativa
Sexo	Distinción biológica que clasifica a las personas	se preguntara según el sexo de la pareja	Nominal Mujer Hombre	cualitativa
Escolaridad	Periodo de tiempo en el cual se asiste a la escuela	Se preguntara Corresponde al los años completos de grado académico terminado	Ordinal Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	Cuantitativa
Estado civil	Estado civil es la situación social de las personas	A través de una pregunta se investigará el estado civil: Situación de convivencia al momento del estudio Soltero, casado, divorciado, unión libre	Nominal	cualitativa
Tipo de respuesta	Es la reacción de un ser vivo ante cierto estímulo	Se evaluara de a través de un instrumento Calificación Obtenida con el Instrumento de medición Salida Voz Lealtad indiferencia	nominal	cualitativa

## **2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

### **2.7.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:**

Para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión, variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

### **2.7.2 ESTADÍSTICA INFERENCIAL**

Para analizar la relación de la variable, tipo de respuesta de la pareja y enfermedad crónica; se hizo mediante la prueba Chi cuadrada.

Para la presentación de los resultados, se utilizaron gráficas de barra, gráficas de pastel y finalmente, cuadro de frecuencias.

## **2.8.2 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

Se realizó el presente trabajo de investigación, con previa autorización del Director de la Unidad de Medicina Familiar 235, en Atlacomulco Estado de México.

La población de referencia fue solicitada en el sistema de SIMO donde se obtuvo el total de población de 4,754 pacientes adscritos a la unidad con una edad de 6 a 19 años, de los cuales 75 pacientes tuvieron diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

Con dicho censo, se solicitó al servicio de Afiliación y Vigencia, la dirección y el teléfono de la familia. Se localizó a los padres de los pacientes mediante el apoyo de trabajo social, quienes dieron cita con el investigador. Una vez localizado los padres. A quienes se les informó el propósito de la investigación y se les preguntó si deseaban participar de forma voluntaria, firmando el consentimiento informado correspondiente (anexo no.).

A los padres que aceptaron contestar el cuestionario se les aplicó en un consultorio en forma privada o en un lugar apartado para que sus respuestas no fueran escuchadas por terceras personas derivado de ser preguntas de índole personal

Para obtener el tipo de respuesta de salida que tiene una pareja ante sus dificultades, se aplicó un cuestionario a través de una entrevista directa con la pareja y el entrevistador

Una vez contestado el instrumento se procedió a calificar las respuestas según el

autor de este instrumento.

Para obtener la calificación es necesario:

- Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3,4 y 5) dados por el sujeto.
- El puntaje obtenido es la calificación para hacer factor.
- Comparar el puntaje con 3 el punto medio o con el punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se pueda obtener así como el mínimo.

## **2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este estudio se apega a las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en la Declaración de Helsinki según modificaciones establecidas:

- a. 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
- b. 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
- c. 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong kong, septiembre 1989
- d. 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
- e. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.

Se apega a las normas institucionales establecidas por la Secretaría de Salud publicadas en el Diario oficial de la Federación el martes 26 de enero de 1982, páginas 16 y 17.

De acuerdo al Título segundo Capítulo 1 Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, este trabajo se considera grado uno ya que no genera lesión al individuo en el área biopsicosocial, y los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales, previa autorización con el consentimiento informado.

### 3.- RESULTADOS

#### 3.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El universo de trabajo se constituyo por 75 parejas con hijos con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, de las cuales 53 cumplieron con los criterios de selección. De los que quedaron fuera: 6 fueron hijos de madres solteras, 4 recibieron trasplante de riñón, 4 fallecieron, 3 parejas tienen a dos de sus hijos con insuficiencia renal crónica y 5 fueron dados de baja y no se localizaron.

En relación al género por tratarse de parejas integradas al núcleo familiar, se identifico el 50% para femenino y 50% para masculino.

El nivel de escolaridad que predominó fue el de primaria y secundaria para ambos sexos, con un 38.7% cada uno, en relación al grado de licenciatura se encontró una mujer que corresponde al .9%. Cuadro y gráfica 1

Respecto al estado civil la categoría más frecuente fue la de casado con una frecuencia de 40 (75.5%), y unión libre 13 (24.5%) gráfica 2

Según la edad para el género femenino se obtuvo una mínima de 23 años, una máxima de 59 años y una media de 41años, en relación para el género masculino quienes obtuvieron una mínima de 25 años, una máxima de 60 años y una media de 42.5años . Cuadro 2, gráfica 3 y 4

Según los años de matrimonio de las parejas la mínima fue de 8 años la máxima de 40 años y una media de 17años. Siendo la frecuencia más alta de 10 a 19 años de matrimonio con un porcentaje de 54.7%. Cuadro 3 y gráfica 5.

En relación al tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades, según genero, en ambos géneros predomino el factor lealtad, en mujeres correspondió el 33.90% y en los hombres un 33.26%. Con un tipo de respuesta constructiva y una actitud activa de las mujeres de 30.5% y de los hombres del 29.30. Con una respuesta constructiva pero una actitud pasiva de las mujeres de 33.90% y de los hombres del 29.30%. Con respecto a una respuesta destructiva pero actitud activa de las mujeres fue de 15.60% y de los hombres del 15.80% y una respuesta destructiva y una actitud pasiva para las mujeres del 19.86% y de los hombres fue del 22.36. Cuadro 4 gráfica 6

Con respecto a la tendencia del tipo de respuesta por género, se obtuvo que en el sexo femenino predominó el factor lealtad con una media de 55 puntos (punto corte 39), voz con 49 puntos (punto de corte 45), indiferencia 31 puntos (punto corte 39) y salida 25 puntos (punto corte 27). En el hombre predomino el factor lealtad con una media de 51 puntos (punto corte 39), voz con 45 puntos (punto de corte 45), indiferencia 35 puntos (punto corte 39) y salida 23 puntos (punto corte 27). Cuadro 5 y gráfica 7

Con respecto al tipo de respuesta según estado civil de la pareja encontramos que el



porcentaje más alto con 15.3% fue el tipo de respuesta destructiva y actitud activa en las parejas que viven en unión libre y el mas bajo con 5.8% con una respuesta destructiva y actitud pasiva. Así como el porcentaje más alto en las parejas casadas con el 23.6% fue con el de respuesta constructiva y actitud activa y el más bajo fue el de respuesta destructiva y actitud pasiva. Cuadro 6 y gráfica 8

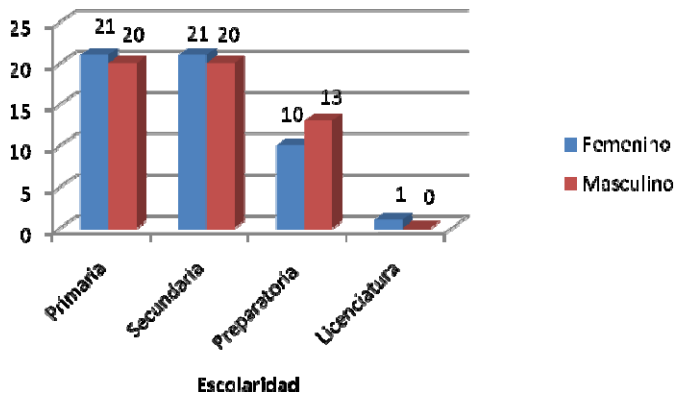
Se realizó chi cuadrada para determinar si las diferencias encontradas entre hombre y mujer fueron significativas cuando presentaban un evento, como la presencia de un hijo con una enfermedad crónica discapacitante. El resultado fue que no hubo diferencias significativas ya que las p de cada miembro de la pareja en los diferentes rubros que se investigó fueron las siguientes: P= 0.05 salida 0.525, voz 0.133, lealtad 0.315, indiferencia 0.676

**CUADRO 1**  
**FRECUENCIA DEL GRADO DE ESCOLARIDAD SEGÚN GÉNERO DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

	<b>GENERO</b>		<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
	<b>Femenino n</b>	<b>Masculino n</b>		
<b>Primaria</b>	21	20	41	38.7
<b>Secundaria</b>	21	20	41	38.7
<b>Preparatoria</b>	10	13	23	21.7
<b>Licenciatura</b>	1		1	.9
<b>Total</b>	53	53	106	100%

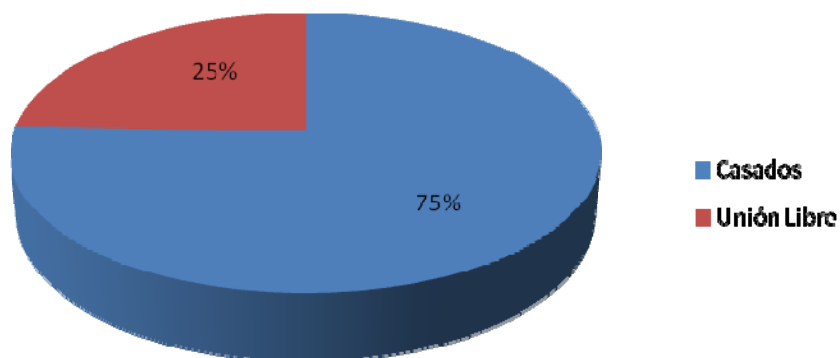
Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja ante sus dificultades

**GRAFICA 1**  
**FRECUENCIA DEL GRADO DE ESCOLARIDAD SEGÚN GÉNERO DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

**GRAFICA 2**  
**FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**



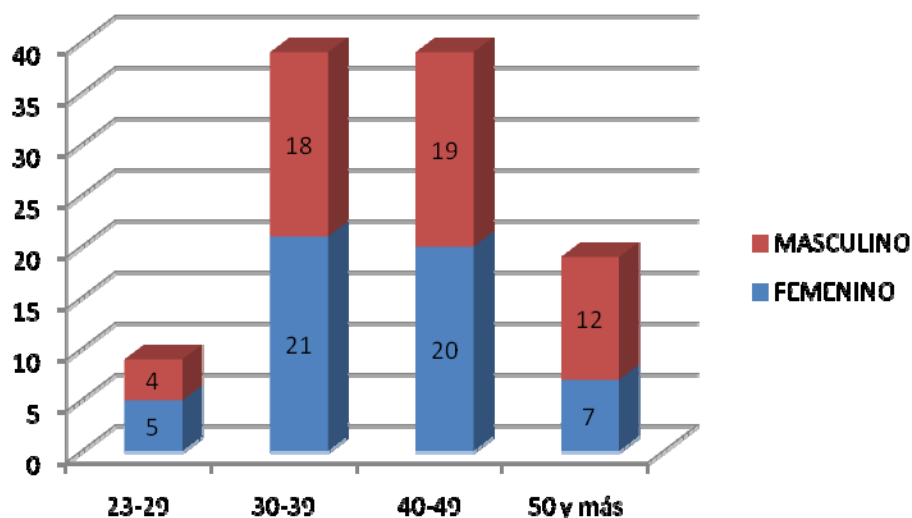
Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

**CUADRO 2**  
**FRECUENCIA DE LA EDAD EN CUANTO GÉNERO DE LA PAREJA CON HIJOS CON**  
**INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

EDAD	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	FEMENINO N	MASCULINO N	FEMENINO %	MASCULINO %
23-29	5	4	9.4	7.6
30-39	21	18	39.6	34
40-49	20	19	37.7	35.8
50 y mas	7	12	13.3	22.6
<b>Total</b>	53	53	100	100

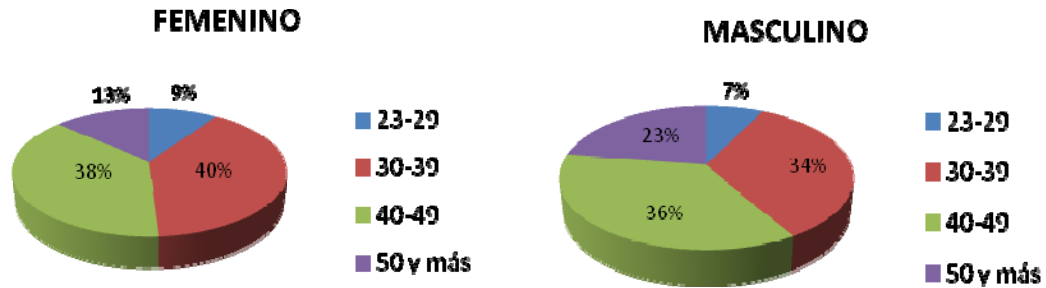
Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

**GRAFICA 3**  
**FRECUENCIA DE LA EDAD EN CUANTO GÉNERO DE LA PAREJA CON HIJOS CON**  
**INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

**GRAFICA 4**  
**PORCENTAJE DE LA EDAD EN CUANTO GÉNERO DE LA PAREJA CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**



Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

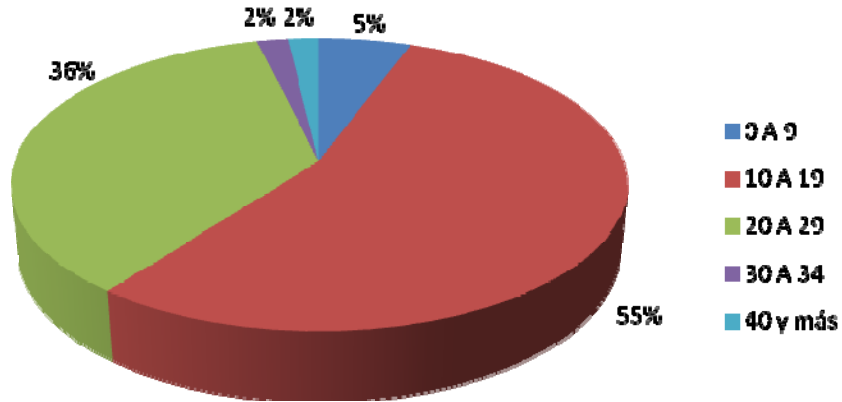
**CUADRO 3**  
**PROPORCIÓN DE LOS AÑOS DE MATRIMONIO DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

<b>AÑOS DE MATRIMONIO</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
0 A 9	3	5.7
10 A 19	29	54.7
20 A 29	19	35.8
30 A 34	1	1.9
40 y mas	1	1.9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

**GRAFICA 5**

PROPORCIÓN DE LOS AÑOS DE MATRIMONIO DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA



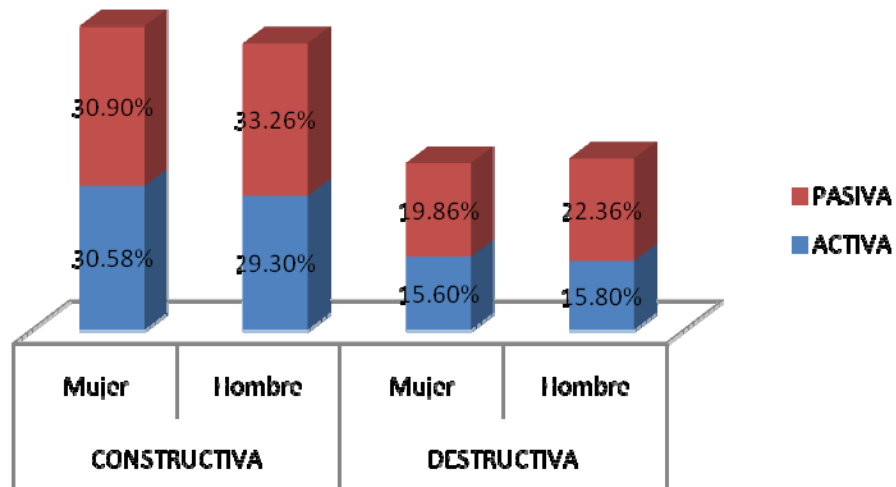
Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

CUADRO 4  
PROPORCIÓN DE ACTITUDES SEGÚN TIPO DE RESPUESTA DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL.

ACTITUD	TIPO DE RESPUESTA			
	CONSTRUCTIVA		DESTRUCTIVA	
	MUJER %	HOMBRE %	MUJER %	HOMBRE %
ACTIVA	30.58	29.30	15.60	15.80
PASIVA	33.90	33.26	19.86	22.36

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

**GRAFICA 6**  
**PROPORCIÓN DE ACTITUDES SEGÚN TIPO DE RESPUESTA DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL.**



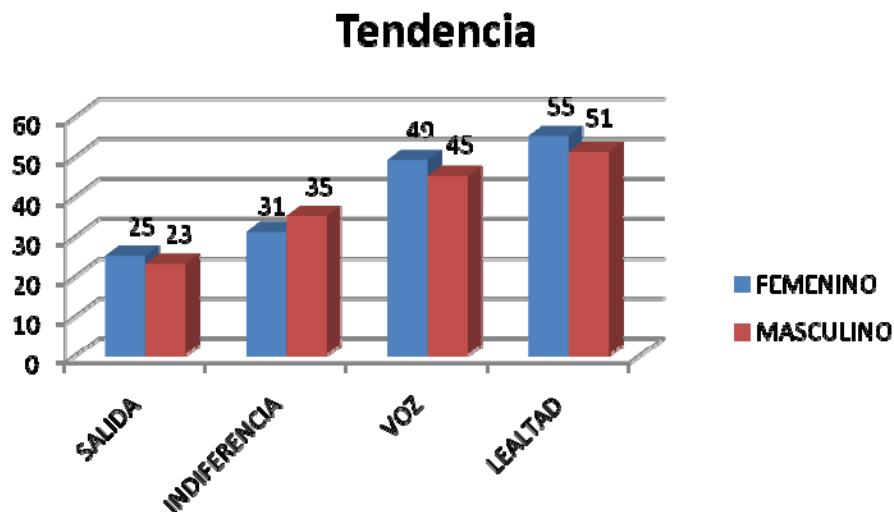
**CUADRO 5**

**TENDENCIA DEL TIPO DE RESPUESTA POR GÉNERO DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL.**

FACTOR RESPUESTA	TENDENCIA		PUNTO DE CORTE	PUNTO DE CORTE
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
SALIDA	25	23	27	27
INDIFERENCIA	31	35	39	39
VOZ	49	45	45	45
LEALTAD	55	51	39	39

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

GRAFICA 7  
TENDENCIA DEL TIPO DE RESPUESTA POR GÉNERO DE LAS PAREJAS CON HIJOS CON INSUFICIENCIA RENAL.



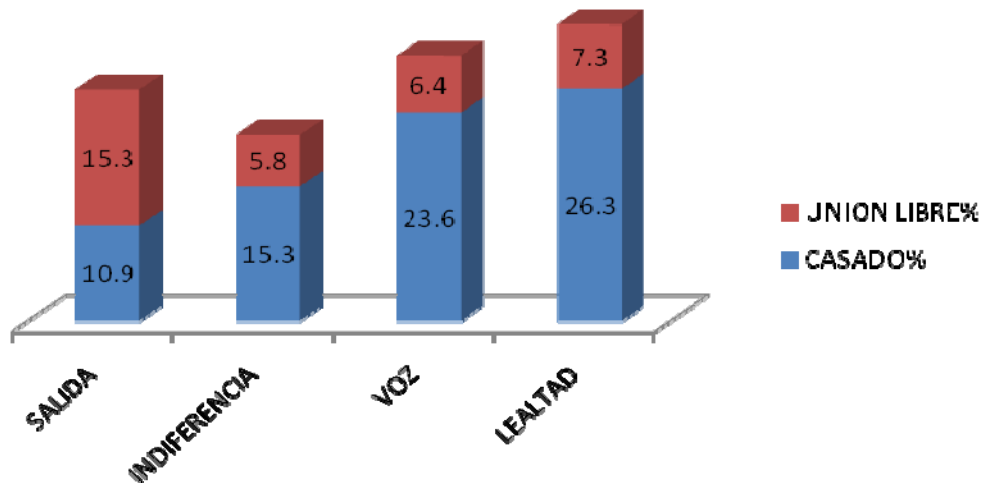
Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

CUADRO 6  
PROPORCIÓN DE RESPUESTA DE UNA PAREJA ANTE SUS DIFICULTADES SEGÚN ESTADO CIVIL

FACTOR DE RESPUESTA	CASADO %	UNION LIBRE%
SALIDA	10.9	15.3
INDIFERENCIA	15.3	5.8
VOZ	23.6	6.4
LEALTAD	26.3	7.3
TOTAL	76.1	23.9

Fuente cuestionario sobre el tipo de respuesta que da una pareja antes sus dificultades

GRAFICA 8  
PROPORCIÓN DE RESPUESTA DE UNA PAREJA ANTE SUS DIFICULTADES SEGÚN  
ESTADO CIVIL





### 3.2 DISCUSIÓN

En el presente estudio, predominó el nivel escolar básico (primaria), con una población, predominantemente suburbana y rural. No se encontraron publicaciones relacionadas con las variables de estudio que permitan establecer una discusión. Consideramos que el predominio encontrado en el tipo de respuesta de lealtad y voz con respuesta activa y pasiva pero constructiva ante las dificultades, es acorde con las características socio-culturales de la población mexicana, que a pesar de la importación de modelos de vida de los norteamericanos, aún persiste el deseo de mantener unida a la familia, principalmente cuando es un hijo(a) el integrante que padece una enfermedad incapacitante y con alto índice de mortalidad como la Insuficiencia Renal. En otras publicaciones al respecto, han encontrado que inclusive puede ser un factor que fortalezca el vínculo afectivo entre la pareja, así como el intercambio de roles entre los integrantes de la familia

### 3.3 CONCLUSIONES

En el siguiente estudio se pueden enumerar las siguientes conclusiones

- 1.- hay una respuesta ligeramente más alta en la mujer, es la solución activa constructiva que es la respuesta de voz y expresión, en el que la intención es resolver sin separarse.
- 2.- también hay una respuesta ligeramente más alta en las soluciones positivas constructivas de la respuesta lealtad con la esperanza y la paciencia que la relación mejore y seguir con ella.
- 3.- sin embargo en los hombres hay una respuesta más alta en una solución pasiva y destructiva con una respuesta de indiferencia que implica ignorar a la pareja o estar menos tiempo junto o desentenderse de ella.
- 4.- una respuesta de salida es ligeramente más alta en los hombres con una solución de actitud activa y destructiva que implica una separación formal de un miembro de la pareja.
- 5.- la respuesta de lealtad es muy alta en las parejas casadas que las que viven en unión libre.
- 6.- la respuesta de voz también es muy alta en las parejas casadas en comparación de quienes viven en unión libre.
- 7.- la respuesta de salida en parejas que viven en unión libre fue el más alta.

### **3.4 SUGERENCIAS**

Se cumplió con los objetivos propuestos en este trabajo, se pudo observar que la relación de la pareja se modifica con la presencia de un evento estresante no previsto (crisis no normativas), y algunas de las parejas que se estudiaron no pudieron resolver o afrontar el evento con actitud positiva, no recurrían con el especialista (terapeuta familiar) para resolver esta situación, como médico de primer nivel es necesario canalizar a las parejas que tienen mayor problema para enfrentar estos eventos con el profesional adecuado, es responsabilidad del médico familiar orientar a la familia.

Realizar un estudio familiar a profundidad y derivar a las parejas con el terapeuta familiar.

Se propone desarrollar, programar, ejecutar y evaluar un programa de orientación familiar orientado para el equipo de salud.

Llevar a cabo un seguimiento de las parejas para valorar en forma constante su nivel de adaptación a través de grupos en situaciones similares, ya que la socialización de experiencias, interdependencia y la dimensión de otras situaciones, así como retroalimentación positiva sobre conductas específicas

## BIBLIOGRAFÍA

1. [Http://www. mí pediatria/infantil.donar-organos .htm](http://www.mípediatria/infantil.donar-organos.htm)
2. Vargas FJJ,Ibanez REJ, Jimenez RD.Redes de apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. vol.6 (2): junio de 2003.
3. Gastelbondo AR, Mesa MP. Etiología y estado actual de insuficiencia renal crónica en pediatría. Revista colombiana de pediatría 2004; 35(4) noviembre 2004
4. De la Varela LL, Ruado RA, Efectividad y seguridad de los diferentes variantes de hemodiálisis. Santiago de Compostela marzo 2005; 12- 28.
5. Engels Federico “El origen de la familia, la propiedad privada y el estado”.editorial progreso,2006
6. Gracia fuster, Enrique-Musito Ochoa Gonzalo. psicología social de la familia, universidad de Chile, editorial paidós; 2007.
7. Ps. María Elena Gorostegui, Pareja, familia y ciclo vital desde la Psicología Familiar Sistémica, med.u chile, 12; 213-238
8. Garza et. Al. Trabajo con familias, edit Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 1994; 164.
9. Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar, 7 edición editorial Medicina Familiar Mexicana. México 2000; 1 -25.
- 10.Velasco O, Chávez a. disfunciones familiares del subsistema conyugal, criterios para su evaluación, Rev. Med. IMSS 1994; 32-43.
- 11.De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar, Doyma, España.1964; 130-143.
- 12.Salinas JL. Pérez MP. Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar. Rev Inv Clin 1992; 44.169-186.
- 13.[www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/100/1/La-familia-y-la-enfermedad-en-fase-terminal.html](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/100/1/La-familia-y-la-enfermedad-en-fase-terminal.html)
- 14.Helena forero, Oscar Agudelo, Alejandra Vargas, Jhoana López; crisis de la pareja el contexto, estrategias de afrontamiento y bienestar marital universidad de la sabana.Chía, Mayo del 2005
- 15.Hernández, A. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Bogotá, Ed, el buho1997
- 16.Borrero de Muller María del Carmen. Análisis de los factores. sistémicos y psicosisistémicos que influyen en la separación y ruptura conyugal. Rev Univ Azuau año; 35(num):paginas
- 17.Hernández Sampieri, R. et. al. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México, 2000.
- 18.Eia Asen, Peter Tomson, intervención Familiar, Guía práctica para los profesionales de la salud- editorial Paidós, 1997.
- 19.Gordillo G. Insuficiencia Renal Crónica. En: Gordillo G. editor. Nefrología Pediátrica. Madrid: Mosby- Doyma: 1996.p. 374- 400

## ANEXO 1

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de Investigación titulado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es: \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: \_\_\_\_\_

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: \_\_\_\_\_

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Paciente

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

## ANEXO2

### TITULO

No. Progresivo:\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_

Estado civil: Matrimonio      Unión libre      Separación      Divorcio

Tiempo en la relación: \_\_\_\_\_ años

Escolaridad: Primaria      Secundaria      Preparatoria      Licenciatura

A continuación encontrara aseveraciones que sirven para describir situaciones que posiblemente se han presentado en su relación de pareja. Por favor, de una sola respuesta a cada aseveración, poniendo una X en el espacio que corresponda a su respuesta: que corresponda a su respuesta:

Totalmente de acuerdo (5)

Parcialmente de acuerdo (4)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

Parcialmente en desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo (1)

1.- hemos pensando en el divorcio al percibir que hemos perdido la comprensión	1	2	3	4	5
2.- Busco hablar con mi pareja acerca del conflicto	1	2	3	4	5
3.- Aunque existan conflictos con mi pareja, siempre tengo la esperanza de que van a solucionarse	1	2	3	4	5
4.- No escucho a mi pareja cuando me pide	1	2	3	4	5

que hablemos					
5.- Generalmente pido a mi pareja que hablemos acerca de nuestros conflictos	1	2	3	4	5
6.- Me es indiferente ver enojada a mi pareja	1	2	3	4	5
7.- Hemos considerado el divorcio al percibir que hemos perdido el amor	1	2	3	4	5
8.- Pienso que es más importante nuestra relación	1	2	3	4	5
9.- ambos proponemos soluciones a nuestros conflictos	1	2	3	4	5
10.-cuando tenemos conflictos, los hablamos tranquilamente y damos nuestros puntos de vista	1	2	3	4	5
11.- no me preocupan los motivos por los cuales se molesta mi pareja	1	2	3	4	5
12.- he pensado en el divorcio como última alternativa a nuestros problemas	1	2	3	4	5
13.- pienso que me sería difícil vivir sin mi pareja, por lo que siempre trato de evitar problemas con ella	1	2	3	4	5
14.- confié en que todo se solucione cuando surjan conflictos entre mi pareja y yo	1	2	3	4	5
15.- como nunca llego a un acuerdo con mi pareja, he pensado en separarme	1	2	3	4	5
16.- cuando tenemos dudas, hablamos y las aclaramos	1	2	3	4	5
17.- si no sabemos qué hacer con nuestros conflictos, buscamos ayuda de otros	1	2	3	4	5
18.- he pensado separarme al darme cuenta de que hemos	1	2	3	4	5

perdido lo que nos unió					
19.- pienso, medito y analizo la situación del conflicto antes de platicarlo con mi pareja	1	2	3	4	5
20.- considero que, hablando con tranquilidad, resolveríamos nuestros conflictos de pareja	1	2	3	4	5
21.- finjo cansancio para no hablar del conflicto	1	2	3	4	5
22.- generalmente, me acerco a mi pareja para hablar de nuestros conflictos	1	2	3	4	5
23.- procuro que mi pareja olvide su enojo como una manera de mantenernos juntos.	1	2	3	4	5
24.- como no discuto con mi pareja frente a frente, no me doy cuenta de sus expresiones.	1	2	3	4	5
25.- si mi pareja está enojada, deseo contentarla para mantenernos juntos	1	2	3	4	5
26.- cuando tratamos un conflicto, parece que escucho aunque no presto atención	1	2	3	4	5
27.- siempre platico con mi pareja ante cualquier situación de conflicto	1	2	3	4	5
28.- al no haber solución a nuestros conflictos, he pensado en la separación como una alternativa	1	2	3	4	5
29.- aunque existan conflictos con mi pareja, pienso que si estamos juntos será más fácil resolverlos	1	2	3	4	5
30.- hemos solicitado ayuda profesional cuando nos damos cuenta de que la necesitamos	1	2	3	4	5
31.- si hay enojo en mi	1	2	3	4	5



pareja, no le pregunto qué le pasa					
32.-frecuentemente buscamos alternativas de solución a nuestros conflictos	1	2	3	4	5
33.-trato de mantener la calma para poder tomar la mejor solución ante un conflicto marital	1	2	3	4	5
34.-no me interesa cuando mi pareja se enoja	1	2	3	4	5
35.- cuando analizamos el conflicto como pareja logramos acuerdos que nos complacen a los dos	1	2	3	4	5
36.- pienso que es mejor la separación que llevar una vida de infelicidad	1	2	3	4	5
37.-no pongo atención a lo que dice mi pareja a la brevedad y en un ambiente propicio	1	2	3	4	5
38.- invento un dolor de cabeza para evitar conversar con mi pareja	1	2	3	4	5
39.- a pesar de que tenemos conflictos, siempre hago lo posible por que nos mantengamos juntos	1	2	3	4	5
40.- ante una posible separación, hemos discutido abiertamente para evitarla	1	2	3	4	5
41.- el divorcio será la solución para terminar con los problemas	1	2	3	4	5
42.- ante situaciones de conflicto, platico con mi pareja a la brevedad y en un ambiente propicio	1	2	3	4	5
43.-prefiero distraerme con mis amistades en vez de estar con mi pareja	1	2	3	4	5
44.- pienso que deberíamos alcanzar acuerdos para mantener nuestra relación	1	2	3	4	5

45.- cuando mi pareja quiere hablar acerca de un conflicto, busco pretextos para evitar hablar de ellos	1	2	3	4	5
46.-me gusta acudir a platicas de orientación para parejas	1	2	3	4	5
47.- si tengo conflictos con mi pareja, pienso que si estamos juntos será más fácil resolverlos	1	2	3	4	5
48.-aunque me es difícil, platico con mi pareja acerca de los problemas que tenemos	1	2	3	4	5
49.- he pensado en el divorcio al percibir que ya no hay respeto mutuo	1	2	3	4	5
50.-cuando hay conflictos con mi pareja, los elevo pensando: "al rato se me olvida"	1	2	3	4	5