



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



GUERRERO
NOS NECESITA A TODOS
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. RAYMUNDO ABARCA
ALARCÓN” DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO DEL
2017.**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES ARROYO BELTRÁN

ASESOR

DR. OMAR VIVEROS ISLAS
Asesor de Tesis

SEMIS 23131016

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. RAYMUNDO ABARCA
ALARCÓN “DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO DEL
2017.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES ARROYO BELTRÁN

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. MARIA PATRICIA ALVAREZ GONZALEZ
PROFESORA TITULAR

DR. OMAR VIVEROS ISLAS
ASESOR DE TESIS

DRA. MONICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. RUBI ALVAREZ NAVA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD Y FORMACIÓN DE
RECURSOS HUMANOS

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACION EN SALUD

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

**DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL “DR. RAYMUNDO ABARCA
ALARCÓN “DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO DEL
2017.**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES ARROYO BELTRÁN

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION EN
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

RESUMEN:

Objetivos: Evaluar disfunción familiar en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, atendidos en la consulta externa de nefrología del Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón.

Material y Métodos: Estudio observacional de corte transversal, Muestra no probabilística de 91 Pacientes con enfermedad renal crónica que acudieron a consulta externa del servicio de Nefrología, que se encuentran en tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis, en donde se les aplico previo consentimiento informado, un cuestionario mediante una hoja de recolección de datos y aplicación de Test de APGAR familiar, para valorar funcionalidad familiar.

Resultados: el 50.5% son familias funcionales, el 36.3% se consideran disfuncionales leve y solo el 5.5% disfuncionales severas. Esto se contrapone con lo reportado en la literatura la cual muestra que los pacientes con enfermedad renal crónica cursan con altos grados de disfunción. De las cuales el 81.3% se considera como una familia nuclear según su composición, en cuanto a su ciclo de vida familiar el 49.5% se reporta en fase de independencia y el 50% en fase de dispersión, según ciclo de vida familiar de Geyman.

Conclusión: la funcionalidad familiar es el eslabón más importante para el paciente con enfermedad renal crónica como estímulo, apoyo, para el apego y adherencia a su tratamiento, mejorando así su calidad de vida. Se sugiere instaurar el servicio de apoyo psicológico y terapéutico dirigido a este tipo de pacientes y sobretodo con capacidad de atención para la familia.

Palabras clave: familia, disfunción, enfermedad renal crónica.

SUMMARY:

Objective: To evaluate family dysfunction in patients with Chronic Kidney Disease, attended in the nephrology outpatient clinic of the Dr. Raymundo Abarca Alarcón General Hospital.

Material and Methods: cross-sectional observational study, non-probabilistic sample of 91 patients with chronic kidney disease who attended the outpatient service of Nephrology, who are undergoing renal replacement therapy with hemodialysis, where they were given prior consent informed, a questionnaire through a data collection sheet and application of the APGAR Family Test, to assess family functionality.

Results: it is observed that 50.5% are functional families and 36.3% are considered mild dysfunctional and only 5.5% are severe. Of which 81.3% is considered as a nuclear family according to its composition, in terms of its family life cycle, 49.5% is reported in the independence phase and 50% in the dispersion phase, according to the Geyman family life cycle.

Conclusion: Family functionality is the most important link for the patient with chronic kidney disease as a stimulus, support, for attachment and adherence to their treatment, thus improving their quality of life. It is suggested to establish a psychological and therapeutic support service aimed at this type of patients and above all with the ability to care for the family.

Key words: family, dysfunction, renal chronic insufficiency

ÍNDICE GENERAL

1 .-MARCOTEÓRICO.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
3. JUSTIFICACIÓN.....	16
4. OBJETIVOS.....	17
-General	
- Específicos	
5. HIPÓTESIS.....	18
6. METODOLOGÍA.....	18
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar.....	19
- Método o procedimiento para captar la información.....	22
- Consideraciones éticas.....	23
7. RESULTADOS	24
- Descripción de los resultados	
- Tablas y gráficas	
8. DISCUSIÓN.....	37
9.- CONCLUSIONES.....	40
10.- REFERENCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS	

1. MARCO TEÓRICO.

En décadas recientes, el mundo ha experimentado profundas transformaciones demográficas y epidemiológicas que han condicionado un enorme aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La enfermedad renal crónica terminal, y sus principales factores de riesgo la diabetes y la hipertensión arterial, que son parte del grupo de enfermedades crónicas, han aumentado su prevalencia e incidencia, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias, médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.¹

La epidemia de enfermedades crónicas amenaza el desarrollo social y económico, la vida y la salud de millones de personas.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema creciente a nivel mundial, con una prevalencia estimada que se aproxima al 10%.¹

En la actualidad la ERC se considera una pandemia que afecta, aproximadamente al 10 % de la población adulta en diferentes partes del mundo.²

La enfermedad renal crónica es un importante problema de salud pública, según datos del estudio de epidemiología de la insuficiencia renal crónica en España. Se propone incorporar la prevención de la enfermedad renal crónica a los programas de prevención del primer nivel de atención.

En España se realizó un estudio para conocer la prevalencia de la enfermedad renal crónica, promovido por la sociedad española de nefrología con el apoyo del ministerio de sanidad y consumo, en el cual encontraron que el 9.24% de la población adulta sufre algún grado de enfermedad renal crónica.³

El 6.83% de la población presenta una disminución del filtrado glomerular por debajo de 60ml/min/1.73m², siendo este porcentaje del 20.6% en mayores de 64 años. La enfermedad renal crónica es un importante problema de salud pública que puede afectar en sus diferentes estadios, a cerca del 10% de la población española y que

supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al sistema nacional de salud.

La prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta por el envejecimiento de la población, el incremento de la prevalencia de sus factores de riesgo, como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la hipertensión arterial o la obesidad.³

En México, como en la mayor parte del mundo, se ha observado un incremento importante en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica.

De acuerdo con la última estadística establecida por el IMSS, la incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica es de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142. En la actualidad existen alrededor de 52,000 pacientes en terapias sustitutivas, de los que 80% se atienden en el IMSS.²

Las personas con enfermedades crónicas tienen que lidiar de forma permanente con ellas en las áreas física, psíquica y simbólica de la individualidad. Lendón y Ilanes en su artículo de enfermedades crónicas y vida cotidiana mencionan que "el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes y espacios de la vida cotidiana, por lo que está obligado a trascender dicha individualidad en aras del mantenimiento de las relaciones interpersonales, espejo fundamental desde el cual los sujetos reconstruyen su imagen social y personal"⁴.

Las ocupaciones, remuneradas o no, pueden verse limitadas y reestructuradas a partir de la necesidad de los cuidados sistemáticos de la salud, lo que puede producir inestabilidades económicas con resonancias en la estructura y dinámica familiar.⁴

La familia es una de las fuentes de apoyo por excelencia, constituye uno de los espacios de vida más impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud.

Las personas con enfermedades crónicas suelen estar imbuidas de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y de consecuentes sentimientos de culpa a partir de construirse a sí mismos/as en términos de "carga" familiar. Este sentido de

"carga" se relaciona con la necesidad de cuidados, apoyos, reestructuración de funciones y ocupaciones, estas últimas muchas veces relacionadas con las limitaciones ocupacionales y con el aumento de los gastos de salud.

Ellos hacen parte de los retos que la familia enfrenta ante la realidad de una enfermedad crónica, lo cual se pudiera constituir en una demanda excesiva sobre su capacidad de adaptación, y tener efectos sobre el curso de la enfermedad y la estabilidad familiar.

La familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, es frecuente encontrar que sea en su seno donde tradicionalmente se sufraguen las grandes demandas generadas por los estados de dependencia consecuentes de la enfermedad renal crónica.

Es importante explorar las dinámicas de vida de personas con enfermedades crónicas en sus diferentes áreas de expresión, y comprender cómo sus actores participan en sus procesos de salud, como vía para potenciar el bienestar, la salud y la calidad de vida.⁴

Marco Referencial (antecedentes)

En un estudio realizado en Cuba en pacientes en hemodiálisis se encontró una asociación significativa entre apoyo social recibido y funcionamiento familiar.

En dicho estudio fue sobre el funcionamiento familiar de 74 pacientes con enfermedad renal crónica terminal tratados con hemodiálisis y encontraron que la mayoría (57%) convivía en familias que estaban atravesando por crisis no transitorias, dadas fundamentalmente por desmembramiento (debido a hospitalización prolongada) y problemas de salud (descontrol de enfermedad crónica y diagnóstico de enfermedad con peligro para la vida).

Ello provocaba dificultades en las relaciones familiares: desunión, peleas, atribución de culpas y sobrecarga de la labor de cuidador primario sobre algún miembro de la familia, especialmente sobre las mujeres.

No obstante, el 81 % de los pacientes refirió una adecuada entereza familiar ante la enfermedad y atributos positivos de su funcionamiento (armonía, cohesión, afectividad, comunicación, roles funcionales, adaptabilidad). Lo cual incidió en sus propias formas de asumir la enfermedad y en los estilos de afrontamiento. Un aspecto especialmente positivo que ofrece la familia es que es en su seno donde se materializa la integración socio-sanitaria al confluir las acciones de los profesionales de la salud, con las acciones de salud de los sujetos y de sus familiares.⁴

En el Hospital Regional Isidoro Ayora se realizó un estudio para determinar trastornos emocionales en pacientes terminales con enfermedad renal crónica atendidos en el servicio de hemodiálisis durante el periodo junio – noviembre 2011.

Dicho estudio fue de tipo descriptivo y transversal. Para detectar la presencia de trastornos de ansiedad y depresión se aplicó un Test de Goldberg el cual presenta una sensibilidad de 83,1% y una especificidad del 81,8% y está diseñado para que la administre el profesional de enfermería lo aplique en una entrevista sencilla y breve.⁵

En este estudio se encontró que los trastornos emocionales más frecuentes son depresión y ansiedad; debido a que estos tienen que dejar a su familia desamparada en muchos casos, o la tristeza de dejarlos definitivamente.⁵

Se realizó un estudio en el Hospital General de Zona 53, Instituto Mexicano del Seguro Social con el objetivo de evaluar la presencia de disfunción familiar y su efecto en la asistencia del paciente con insuficiencia renal crónica. En este estudio se incluyeron pacientes con Enfermedad Renal Crónica que cumplieron con los siguientes criterios:

“Edad superior a 15 años”

“En protocolo de diálisis peritoneal continua ambulatoria.”

“No estar incluido en otro programa de diálisis.”

“No estar en periodo crítico.”

Fue un estudio transversal descriptivo de autopercepción de disfunción familiar en pacientes con ERC. El universo de estudio estuvo integrado por población mayor de 15 años residente en el Estado de México, con características sociales de

marginalidad. A todos los pacientes seleccionados se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado para participar en el estudio, solicitando a los familiares permitieran el interrogatorio en privado. Posterior a la entrevista, a todos se les otorgó orientación familiar con la trabajadora social. Como instrumento de recolección se utilizó un cuestionario estructurado validado. Las fuentes de información fueron la entrevista directa, el expediente clínico y la cédula de trabajo social.⁶

Para la medición de la variable funcionalidad de la familia se utilizó el *test* de Holmes el cual mide situaciones de estrés familiar y explora 43 eventos familiares, cada uno con una puntuación ya establecida.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

1. Asistencia al enfermo.
2. Disfunción de la familia.
3. Variables socioeconómicas: (sexo, estado civil, edad, escolaridad).
- 4.- Variables familiares: estructura familiar (nuclear, en expansión, extensa, reconstruida).
5. Variables relacionadas con la funcionalidad: participación del paciente en la problemática familiar, capacidad para compartir problemas, capacidad resolutive de la familia, apoyo mutuo, compañerismo y búsqueda de ayuda.

Se obtuvieron los siguientes resultados: 52 % fueron hombres y 48 % mujeres, solo 51 % de las familias participó en la asistencia de los pacientes. El 41 % pertenecía a familia disfuncional. Dicho estudio concluye que la funcionalidad de la familia es un factor que influye en la asistencia del enfermo. Son variables facilitadoras el afecto, el apoyo mutuo y la participación que otorga la red familiar.⁶

En la provincia de Jaén en España se realizó un estudio para comparar la capacidad predictiva de los síntomas somáticos y el estado anímico (depresión y ansiedad) sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con enfermedad renal crónica de los centros de diálisis. En 52 pacientes en tratamiento de hemodiálisis se evaluaron:

- a) la escala de funcionamiento y calidad de vida (SF-36)

- b) la escala de síntomas somáticos revisada (ESS-R)
- c) la escala de ansiedad y depresión en hospital (HAD).

Se obtuvieron los siguientes resultados: los pacientes mostraron niveles de calidad de vida relacionada con la salud inferior a los valores normativos del instrumento, así como un 36.5% de prevalencia de ansiedad y un 27% de depresión. El estado anímico fue el predictor más significativo de la CVRS, tanto en su componente físico (beta = -0,624) como mental (beta= -0,709). Los síntomas somáticos predijeron, con menor fuerza asociativa, el componente de salud física (beta= -0,270).

Se encontró que el *estado* anímico es un mejor predictor de los componentes físico y mental de la CVRS que el número e intensidad de los síntomas físicos informados por los pacientes.

Estos resultados señalan la importancia de evaluar e intervenir sobre los estados emocionales negativos (depresión y ansiedad) en los pacientes renales.⁷

Marco conceptual.

La enfermedad renal crónica es la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular menor de 60 ml/min/1.73 m² SC o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones de las pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos tres meses.⁸

La Kidney Disease Improvin Global Outcome (KDGO) señala que la enfermedad renal crónica se define como alteraciones de la estructura o de la función del riñón que duren al menos 3 meses y que tengan implicaciones en la salud y estadifica las etapas de la enfermedad renal crónica por grado de filtrado glomerular GFR y grado de albuminuria para predecir el grado de progresión de la enfermedad renal.⁹

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria category

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories		
				Description and range	A1	A2
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90	Normal to mildly increased <30 mg/g <3 mg/mmol	Moderately increased 30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	Severely increased >300 mg/g >30 mg/mmol
	G2	Mildly decreased	60-89	Green	Yellow	Orange
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59	Yellow	Orange	Red
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44	Orange	Red	Red
	G4	Severely decreased	15-29	Red	Red	Red
	G5	Kidney failure	<15	Red	Red	Red

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

La familia ha sido motivo de estudio de las más diversas disciplinas; sin embargo hasta épocas recientes la medicina se ha propuesto estudiarla sistemática y científicamente, lo cual se debe en gran parte al enfoque ecológico con el que se ha visto el proceso salud-enfermedad, en el que el individuo deja de ser analizado como un ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. De ahí que, desde la perspectiva de una sociedad en funcionamiento, Fromm llama sana a una persona cuando es capaz de cumplir con sus roles sociales. Martínez cortes señala que no debemos considerar a la enfermedad únicamente como una alteración biológica, sino, como una experiencia llena de significados que vive tanto el enfermo como quienes lo rodean.¹⁰

En consecuencia, es importante darse cuenta de que la salud no puede ser entendida dentro de los limitados confines de la experiencia individual, y de que una visión más amplia de este proceso debe comprender también la dinámica del grupo familiar. Mediante el conocimiento de los psicodinamismos de la familia en relación con el proceso salud-enfermedad es posible, para los profesionales de la salud, alcanzar una comprensión ideal de los aspectos saludables y patológicos, tanto del paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar con su entorno.¹⁰

Según la clasificación internacional de la OMS, los problemas de salud pueden ser agrupados de la siguiente manera:

A) Problemas de salud física que afectan fundamentalmente al individuo.

B) Problemas de salud física individual, que, por sus características, pueden alterar el funcionamiento del grupo familiar (enfermedades crónicas).

C) Problemas de salud mental que afectan al individuo pero que repercuten en la familia.

D) Problemas de salud familiar que son propiamente del grupo y que, según la clasificación Triaxial de la familia, pueden ser subdivididos en: a) Aspectos del desarrollo familiar, b) Disfunción de los subsistemas familiares) Dimensión global de la disfunción familiar.

La salud familiar, al estar condicionada por variantes socioeconómicas y culturales, debe entenderse como un proceso dinámico, susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital de la familia. La familia no sólo es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, sino también es un excelente recurso para mantener y preservar ese derecho esencial del hombre y la sociedad que es la salud.¹⁰

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece desde que reconoce una enfermedad hasta que se cura o desaparece, en caso de las enfermedades crónicas se adapta, está influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar. Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones, y es por tanto normofuncional.¹¹

El Apgar-familiar es un instrumento útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o por el contrario influirá empeorando la situación. Es una técnica rápida para explorar la función familiar, que fue desarrollada por Smilkstein en 1978. Presenta una Fiabilidad: test-retest es superior a 0.75 y tiene una buena consistencia interna: (alfa de Cronbach 0.84).

Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución. Estos cinco componentes se evalúan a través de

un cuestionario que consta de cinco ítems independientes para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar.¹¹

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar.

Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuales el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud-enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general.¹²

Los instrumentos que el médico familiar tiene a su disposición son amplios, debiendo ser usados según la necesidad del paciente y el ambiente que el especialista detecte en la consulta cotidiana. Dentro de los instrumentos más usado tenemos: APGAR familiar, Genograma, Ecomapa y la Ficha familiar.¹²

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta.

Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión. Con este instrumento los integrantes del equipo atención primaria de la salud pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas

familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación.

El médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias ocasionando una patología. Ej.: la cefalea.¹²

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación del pagar familiar fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cob Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.¹²

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) la cual se atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.

La dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos

desarrollarse como individuo y le infunde, además, el sentimiento de no estar aislado.¹⁰

Una familia disfuncional es aquella que no cumple adecuadamente con sus funciones. Para determinar el grado de funcionalidad de una familiar, Satir emplea los siguientes criterios:

Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.

Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcionales respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

Reacción a los eventos críticos: una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeóstasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas.

En cambio, en una disfuncional, la rigidez, y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan rompen el equilibrio.¹⁰

Ciclo Vital Familiar (modelo de Geyman)

Entendemos como ciclo vital familiar o ciclo evolutivo familiar, a la secuencia de estadios por los que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar, además, las características sociales y económicas varían desde su formación hasta su disolución.

La familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles, por atenderse a normas conductuales y sociales preestablecidas. Cuando el ciclo vital de la familia se disloca o interrumpe, o

cuando la familia tiene dificultades para cumplir las tareas específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran la homeostasis familiar y que, si no se resuelven de forma satisfactoria, desembocaran en una crisis del sistema.

En las familias de tres o cuatro generaciones deben de acomodarse simultáneamente a las transiciones de ciclo vital familiar, ya que lo que ocurre en una de ellas tiene efecto en las relaciones y conductas de las otras.

Mientras que, por ejemplo, una pareja atraviesa por diferentes estadios, los abuelos, tíos, hijos y nietos también siguen distintas secuencias evolutivas, unidas todas ellas por nexo común de las relaciones. Atendiendo a este criterio, podemos conceptualizar el ciclo familiar como una espiral en la que tienen lugar, al mismo tiempo, acontecimientos que afectan a distintas generaciones.

De esta manera, mientras algunos miembros de la familia entran en la espiral, otros llevan cierto trecho recorrido y algunos están cada vez más cerca de la salida. Se han propuesto diferentes modelos de ciclo vital familiar atendiendo a distintos criterios y utilizando distintos referentes para señalar el inicio de cada etapa.¹³

Modelo de Geyman: Es un modelo que reconoce cinco etapas que se inicia con el matrimonio, progresa a las siguientes fases según avanza el primer hijo, hasta que todos los hijos maduren o la pareja quede sola nuevamente y termina al producirse la disolución.¹³

CILO VITAL FAMILIAR DE GEYMAN.

Fase de matrimonio	Se inicia con el matrimonio, concluyendo este ciclo con la llegada del 1er. hijo.
Fase de expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.
Fase de dispersión	Corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en hijos.
Fase de independencia	Etapa en la que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.
Fase de retiro y muerte	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

Marco legal

El presente estudio tiene su sustento legal en los siguientes documentos normativos: La constitución política de los estados unidos mexicanos en el artículo 4to. Que menciona que el varón y la mujer son iguales ante la ley y se protegerá la organización y el desarrollo de la familia. También se especifica que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.¹⁴

La ley general de salud menciona en sus disposiciones generales, titulo primero, capitulo único, artículo 1o. reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

También en el artículo 2 se estipula sobre el derecho a la protección de la salud, la cual tiene las siguientes finalidades: El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana y la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

En el artículo 3ro. de esta ley, se menciona que la atención médica, debe beneficiar preferentemente a grupos vulnerables.¹⁵

La Ley número 1212 de Salud del Estado de Guerrero en el capítulo II, en el apartado de atención médica en el artículo 49, señala que en la atención médica tendrá como objetivo dar una respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, en donde se consideren todos los riesgos y enfermedades pertinentes, a través del conjunto de servicios que se proporcionan al individuo y a la colectividad, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

En el artículo 5, menciona para la prestación del servicio, la Secretaría de Salud, establecerá los mecanismos que permitan la comunicación e interrelación entre cada individuo, su familia y el prestador del servicio de salud estableciendo, además, una

corresponsabilidad entre estos, que permita proporcionar la atención acorde a las necesidades de cada persona.¹⁶

La Guía Práctica Clínica 335 (IMSS), señala la importancia de motivar y apoyar el autocuidado de los pacientes ya que este es un componente clave que permite mejorar los resultados de salud, incluyendo calidad de vida, adherencia al tratamiento y control metabólico.

Se debe incorporar a los pacientes con ERC dentro de los programas educativos y grupos de autoayuda, cuyos objetivos son fomentar el autocuidado, lograr el empoderamiento del paciente y modificar conductas de riesgo asociadas con progresión del daño renal.

Este abordaje debe considerar la participación de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, nutriólogas, trabajadoras sociales, psicólogos) centrado en los cuidados del paciente.

Los malos hábitos dietarios y el estilo de vida son factores negativos para el desarrollo y progresión de daño renal, por lo que en todos los pacientes con riesgo de Enfermedad Renal Crónica debe promoverse una dieta saludable mantener peso adecuado, realizar ejercicio y evitar el uso de tabaco o alcohol.⁸

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) es el funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses o la alteración estructural de los mismos. Es una enfermedad prevalente (17 % de los individuos mayores de 20 años a nivel mundial) y frecuentemente no reconocida por el equipo de salud ni por los pacientes que la padecen ya que permanece asintomática hasta estadios avanzados. La mayoría de los pacientes son reconocidos en los estadios terminales de la enfermedad que requieren terapias sustitutivas como diálisis o trasplante renal. La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

La OMS declara que en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con diabetes las cuales si no reciben un estricto cuidado de su padecimiento serán las que estarán llenando las unidades nefrológicas las cuales ya resultan insuficientes para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica.

Según los datos de la Sociedad Latinoamericana de nefrología e Hipertensión, en América Latina unos promedios de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso en 2011 a algunas de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función renal (diálisis o hemodiálisis). Sin embargo, la distribución de estos servicios es inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200.

En México la enfermedad renal crónica es una de las principales causas de atención y hospitalización en los servicios de urgencias. Está considerada como una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, los altos costos de inversión; recursos de infraestructura y humanos limitados. De acuerdo a las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón existen actualmente en México 8.3 millones de personas con enfermedad renal crónica en sus estadios tempranos, 102,000 personas con enfermedad renal crónica (estadio V) y cerca de 60,000 personas con tratamiento sustitutivo de la función renal (ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis).

La OMS señala que por familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grafo determinado por sangre, adopción y matrimonio. La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utiliza para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

La disfunción familiar se conceptúa como el mantenimiento de un deficiente funcionamiento en la familia a través del tiempo, un quebrantamiento de las funciones culturalmente establecidas, el desempeño de roles complementarios anómalos, una carencia, alteraciones. 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. La familia es la primera red de apoyo de los pacientes con enfermedades crónicas por lo que es necesario conocer el grado de disfunción que produce la enfermedad renal dentro de la familia.

En el hospital se ha registrado una alta incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica en los que la mayoría de los pacientes presenta disfunción en sus familias, por lo que pretendemos saber cuál es el grado de disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica, con la siguiente pregunta.

¿Cuál es el grado de disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en la consulta externa de nefrología del Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo de enero a junio del 2017?

3. JUSTIFICACIÓN

La presencia de disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica genera mayor progresión de la enfermedad; la cual se ha vuelto una epidemia a nivel mundial y nacional. Al conocer el grado de disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) podremos realizar intervenciones médicas oportunas (terapia familiar) para mejorar la funcionalidad familiar y con esto mejorar el estado de salud de los enfermos renales. La finalidad de conocer la disfunción familiar en enfermos renales; es poder mejorar su dinámica familiar. Este estudio permitirá describir las características de la familia del paciente con enfermedad renal crónica y hacer una reflexión acerca de su patología social. Dado que es difícil determinar si la disfunción familiar puede ser causa o efecto de la no asistencia del paciente, solo podemos considerar que la presión ejercida por el padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras de la función familiar.

Se requiere conocer el grado de disfunción familiar en los pacientes con enfermedad renal crónica; de esta manera se podrán establecer las bases para proporcionar a los

pacientes y a sus familias apoyo terapéutico especializado para ayudar a mejorar la dinámica familiar y de esta manera contribuir a la mejorar funcionalidad de la familias de los pacientes; de no realizarse esta intervención las familias se continuara con el deficiente conocimiento de los factores sociales y culturales que afectan tanto a los individuos que sufren esta enfermedad, como a sus familias, que continuamente pueden presentar crisis y cierto grado de disfunción familiar.

En base a lo antes mencionado, el presente estudio es trascendente porque permitirá conocer el grado de disfuncionalidad que presentan las familias de los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta de nefrología del hospital general Dr. Raymundo Abarca Alarcón y de esta manera poder planear llevar a cabo intervenciones como terapias familiares para mejorar la funcionalidad de estas familias.

4. OBJETIVOS

General:

Identificar cual es el grado de disfunción Familiar en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en atendidos en la consulta externa de nefrología del Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo comprendido de enero a junio del 2017.

Específicos:

Investigar las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta externa de nefrología del hospital general Dr. Raymundo Abarca Alarcón, durante el periodo de enero a junio del 2017.

Describir la tipología familiar de los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta externa de nefrología en el hospital Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo de enero a junio del 2017.

Identificar la etapa del ciclo vital de la familia de los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta externa de nefrología en el hospital Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo de enero a junio del 2017.

Conocer el grado de disfunción familiar en base a la escala de Apgar, en los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta externa de nefrología del hospital general Dr. Raymundo Abarca Alarcón, durante el periodo de enero a junio del 2017.

5. HIPÓTESIS

En pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta externa de nefrología del hospital Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo de enero a junio del 2017, el grado de disfunción familiar es grave.

6. METODOLOGÍA.

Tipo de estudio: Observacional de corte transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio: Pacientes con enfermedad renal crónica estadio G5 que acuden a consulta externa del hospital Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo de enero a junio del 2017.

Tipo de muestra y tamaño de muestra: Muestra no probabilística de 91 Pacientes con enfermedad renal crónica que acudieron a consulta externa. El tamaño de muestra se calculó con el paquete pwr del lenguaje estadístico R, con un tamaño de efecto de 0.3, nivel de confianza del 95% y poder del estudio de 81%.

Criterios de inclusión:

Se incluirán pacientes con enfermedad renal crónica que vivan dentro de un núcleo familiar que acudan a consulta externa de nefrología en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo enero a junio del 2017 con previo consentimiento informado.

Pacientes mayores de 18 a 70 años de edad.

Pacientes con enfermedad renal crónica estadio G5 que acudan a la consulta externa de nefrología del hospital general “Dr. Raymundo Abarca Alarcón “durante el periodo enero a junio del 2017.

Pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con Diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis (con al menos 2 sesiones a la semana) que

acudan a consulta de nefrología del hospital general “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” durante el periodo enero a junio del 2017.

Pacientes que cuenten con función renal residual.

Pacientes diabéticos y no diabéticos.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Paciente sin enfermedad renal crónica.

Pacientes que padezcan alguna discapacidad física o mental que les impida realizar el cuestionario.

Pacientes con enfermedad renal crónica que no vivan dentro de un núcleo familiar.

Pacientes menores de 18 años o mayores de 70 años.

Pacientes con enfermedad renal crónica que tengan un índice de filtrado glomerular > 15ml/min/1.73m².

Pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con Diálisis peritoneal ambulatoria y hemodiálisis (con menos de 2 sesiones a la semana)

Pacientes sin función renal residual.

Criterios de eliminación:

Pacientes que no contesten completamente el cuestionario.

Pacientes que abandonan la entrevista

Información a recolectar: Variables dependientes:

Funcionalidad familiar.

Tipología familiar

Variables independientes:

Edad

Género

Ocupación

Escolaridad

Tiempo de evolución de la enfermedad.

Tratamiento

Comorbilidades.

Tabla de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEMS
Edad	Cuantitativa	Tiempo que una persona ha vivido	Número de años vividos hasta el momento del registro	30-39 40-49 50-59 60 y +	1
Género	Cualitativa	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Identidad, género registrado en el expediente en el momento del estudio	Femenino Masculino	2
Estado civil	Cualitativa	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Condición que guarda un individuo de acuerdo al código civil del estado, reportado al momento de la entrevista	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	4
Ocupación	Cualitativa	Actividad a la que se dedica una persona	Rama de actividad referida en el momento de la entrevista	Ama de casa Obrero Campesino Empleado de comercio Empleado de gobierno	3
Escolaridad	cualitativa	Conjunto de nivel educativo de una persona	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento de la entrevista	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Preparatoria o carrera técnica profesional	5

Nivel socio económico	cualitativa	Nivel que ocupa una familia con base a sus ingresos	Nivel de la familia en la escala social según el método familiar	Alto Medio bajo	6
Tipología de la familia: composición	cualitativa	Es la clasificación de familia con base a su composición	Es el tipo de familia que tenga el paciente al momento del registro	Nuclear Extensa Compuesta Otras	10
Tiempo de evolución de ERC	cuantitativa	Años transcurridos a partir de que se le diagnosticó la enfermedad	Años transcurrido a partir de que se le efectuó el diagnóstico	Número de años	7
Etapas del Ciclo vital familiar en que se encuentra	Cualitativa	Son las fases de las etapas correspondiente a la historia natural de la familia desde su formación hasta su evolución	Fases de las etapas del ciclo vital familiar que se obtenga al momento de la encuesta	Fase de matrimonio Fase de expansión Fase de dispersión Fase de independencia Fase de retiro o muerte	11
Funcionalidad familiar	cualitativa	Capacidad de la familia para modificar sus niveles de adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, efectividad y resolución ante una crisis normativa o no normativa	El puntaje alcanzado en la encuesta Apgar familiar	Funcionamiento familiar adecuado Disfunción familiar moderada Disfunción familiar grave	12 y Apgar familiar

Método o procedimiento para captar la información:

El universo de estudio estuvo integrado por pacientes con enfermedad renal crónica que cumplieron con los criterios de selección y que acudieron a la consulta externa de nefrología en el hospital general Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo de enero a junio del 2017.

Se realizaron encuestas directas para evaluar la funcionalidad familiar, mediante revisión de expedientes clínicos, cuestionario estructurado y mediante la encuesta de APGAR familiar, a los pacientes que acudieron a la consulta externa de nefrología del hospital general Dr. Raymundo Abarca Alarcón a las 10:00 de la mañana los días miércoles y jueves en el consultorio 4 durante el periodo de enero a junio del 2017. Una vez seleccionados los pacientes se les invito a participar en el estudio, previo consentimiento informado. La información se recolectó en los formatos establecidos, por personal contratado para dicho fin, previa capacitación sobre los formatos y el objetivo de la investigación.

El APGAR familiar es un cuestionario de 5 preguntas mediante el cual se evaluó cinco funciones básicas de la familia (adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos), cuestionario estructurado y expedientes clínicos.

Técnica e instrumento:

Se realizó una entrevista directa a los pacientes seleccionados con enfermedad renal crónica que acudieron a la consulta externa de nefrología de Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón, durante el periodo de enero a junio del 2017. El instrumento fue un cuestionario estructurado diseñado para la investigación (ver anexo 1), el cual incluye el test de APGAR (anexo 2) y tiene una escala de medición tipo Likert.

Análisis estadístico: Se realizaron análisis descriptivos univariado y bivariados, obteniendo estadísticas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desviación estándar y varianza), así como la elaboración de tablas de doble entrada para disgregar la información por categorías de las variables de interés. Se realizó

una base de datos utilizando Microsoft Excel y se utilizaron los softwares estadísticos R versión 2.12.11 y SPSS versión 19.

Consideraciones éticas:

El estudio se realizó de acuerdo con los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki, en base al código de ética de Núremberg y con fundamento en el reglamento interno de la Ley General De Salud en materia de investigación Artículo 17-7, la presente investigación no incluye acciones que representen riesgo alguno para la seguridad e integridad de los pacientes solo se tomaron datos escritos de los expedientes clínicos y se realizaron encuestas para evaluar la funcionalidad familiar (Apgar familiar) y cuestionarios en pacientes con enfermedad renal crónica del área de consulta externa del hospital Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo comprendido de enero a junio del 2017.

La información será resguardada con base en el apartado 5.7 de la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que menciona que en los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como, las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones.

Se contó con el consentimiento informado (anexo 3) y carta de consentimiento informado (anexo 4) por escrito de los pacientes que participaron en esta investigación, así como también el paciente pudo desistir de participar en el momento que lo deseo sin que esto le ocasiona represalias.

7. RESULTADOS.

Análisis univariado

De los 91 pacientes el 52% (47/91) fueron mujeres, obteniendo una razón mujer/hombre de 1.1. (Gráfico 1)

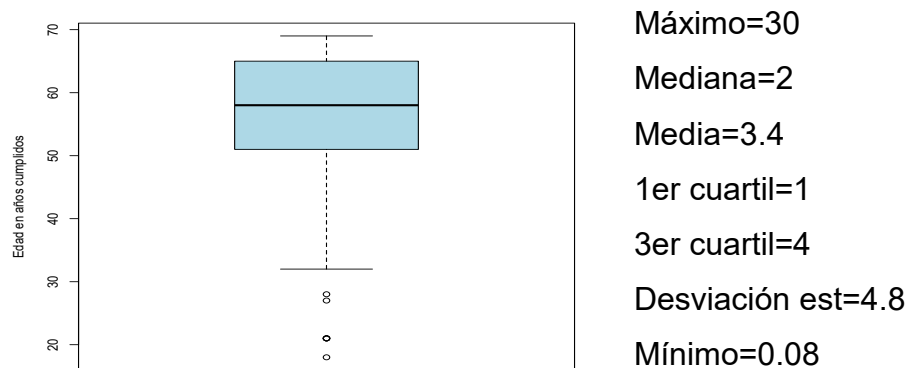
Gráfico 1. Género.



Fuente: Cédula de recolección de datos

La edad promedio de los pacientes fue de 55 años, con una desviación estándar de ± 13.3 años. El sujeto más joven mostró una edad de 18 años y la persona de mayor tiene 69 años, se observó que siete de los pacientes más jóvenes muestran edades de 18 a 28 años. El 75% de los pacientes tienen una edad mayor a los 51 años. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Edad

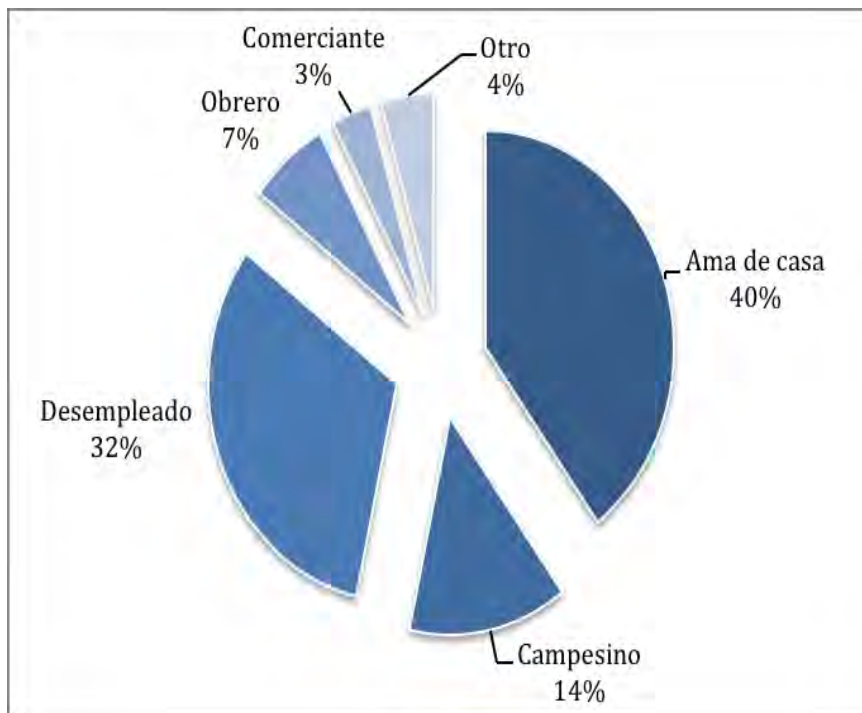


Fuente: Cédula de recolección de datos

N=91

En el gráfico 3, se observa que las tres ocupaciones que se reportan con mayor frecuencia son: labores del hogar 39.8% (35/88), desempleado 31.8% (28/88) y campesino 13.6% (12/88). Tres pacientes no proporcionaron información de la actividad que realizan.

Gráfico 3. Ocupación

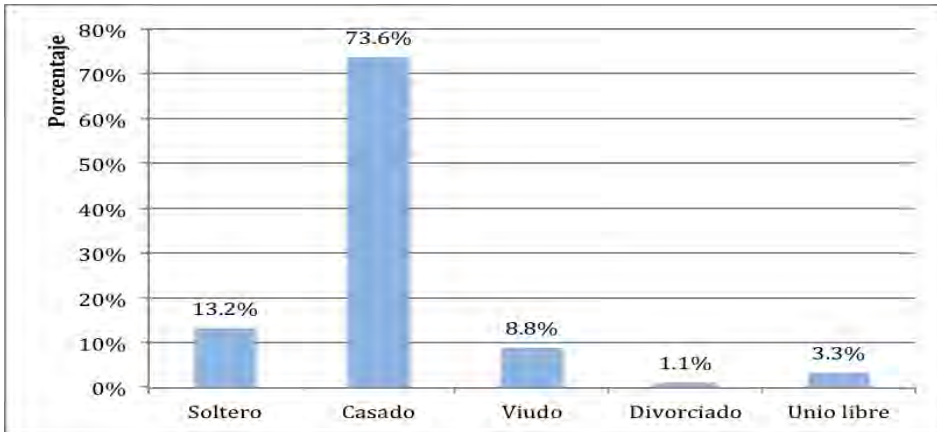


Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

El 73.6% (67/91) de los pacientes son casado y el 13.2% (12/91) son solteros, tres de los Pacientes reportan vivir en unión libre. (Gráfico 4).

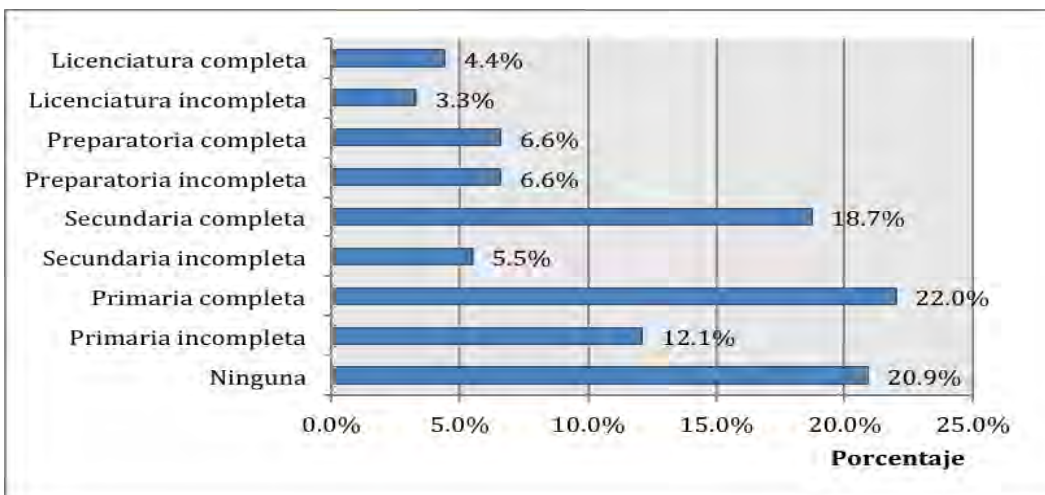
Gráfico 4. Estado civil.



Fuente: Cédula de recolección de datos. N=91

En el gráfico 5 se observan los grados de escolaridad, alrededor del 22% (20/91) de los pacientes cuentan con educación básica. Tan sólo el 4.4% (4/91) reportaron haber obtenido una licenciatura y el 20.9% (19/91) informaron no contar con alguna instrucción académica. El 33% tienen baja escolaridad (primaria incompleta o ninguna).

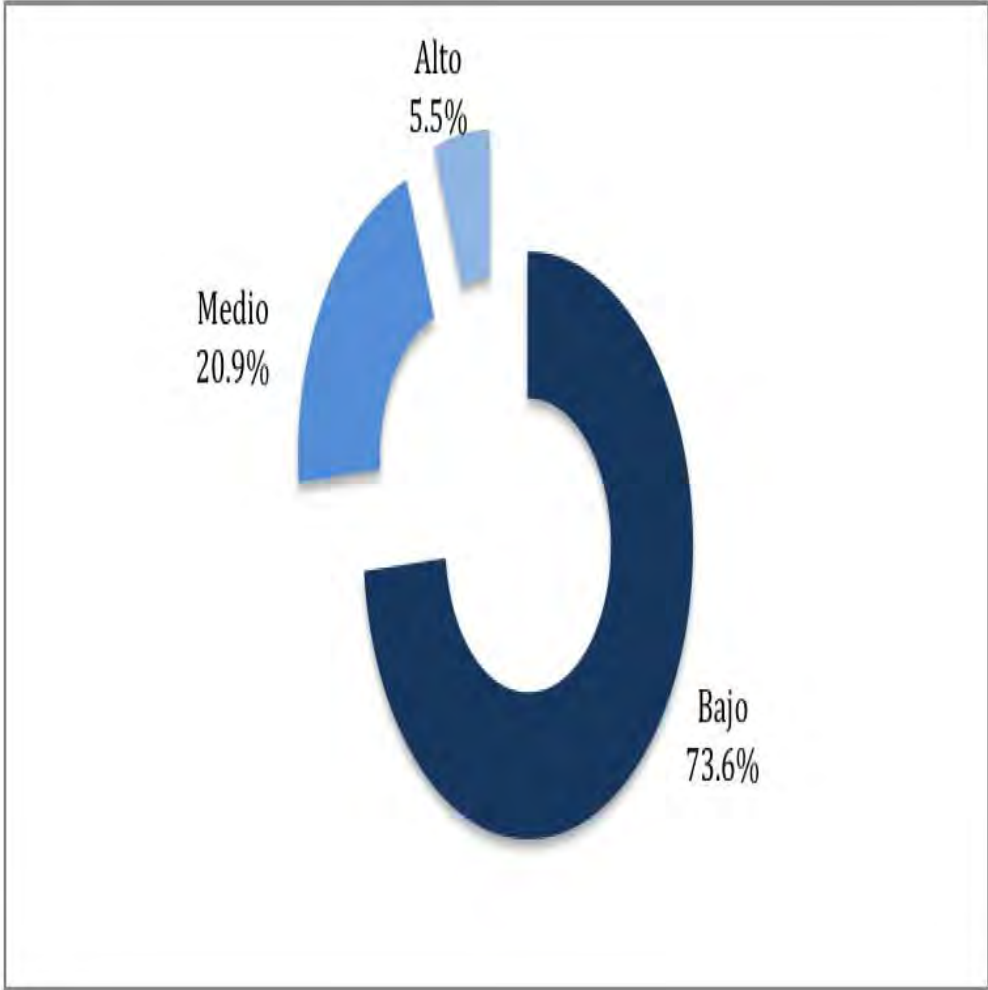
Gráfico 5. Escolaridad



Fuente: Cédula de recolección de datos. N=91

El 73.6% (67/91) de los individuos calificaron con un nivel socioeconómico bajo y tan sólo el 5.5% (5/91) calificaron con un nivel alto. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Nivel Socioeconómico.

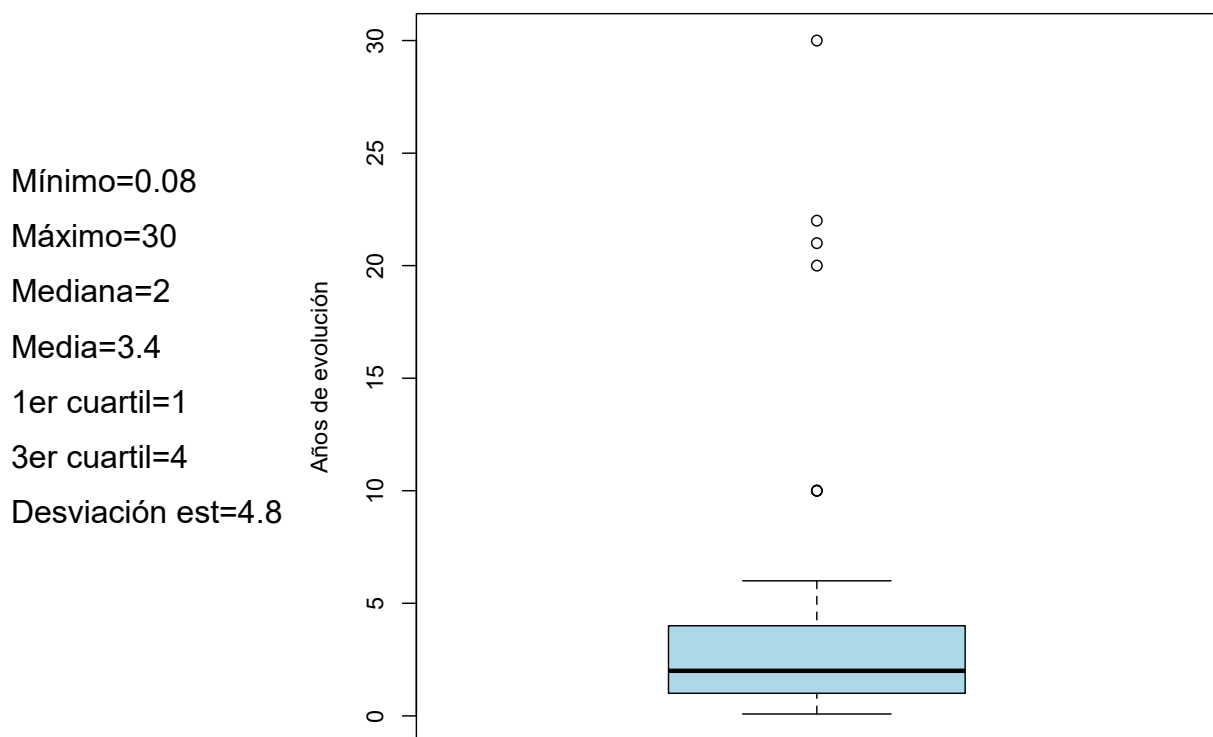


Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

El tiempo promedio de evolución de la enfermedad renal crónica fue de 3.4 años, con una desviación estándar de ± 4.8 años. Sólo un paciente reporta la evolución de la enfermedad de un mes; el tiempo mayor de evolución de la enfermedad observado es de 30 años. El 75% de los pacientes reportaron tener un tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica menor de 4 años. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Tiempo de evolución de la ERC.

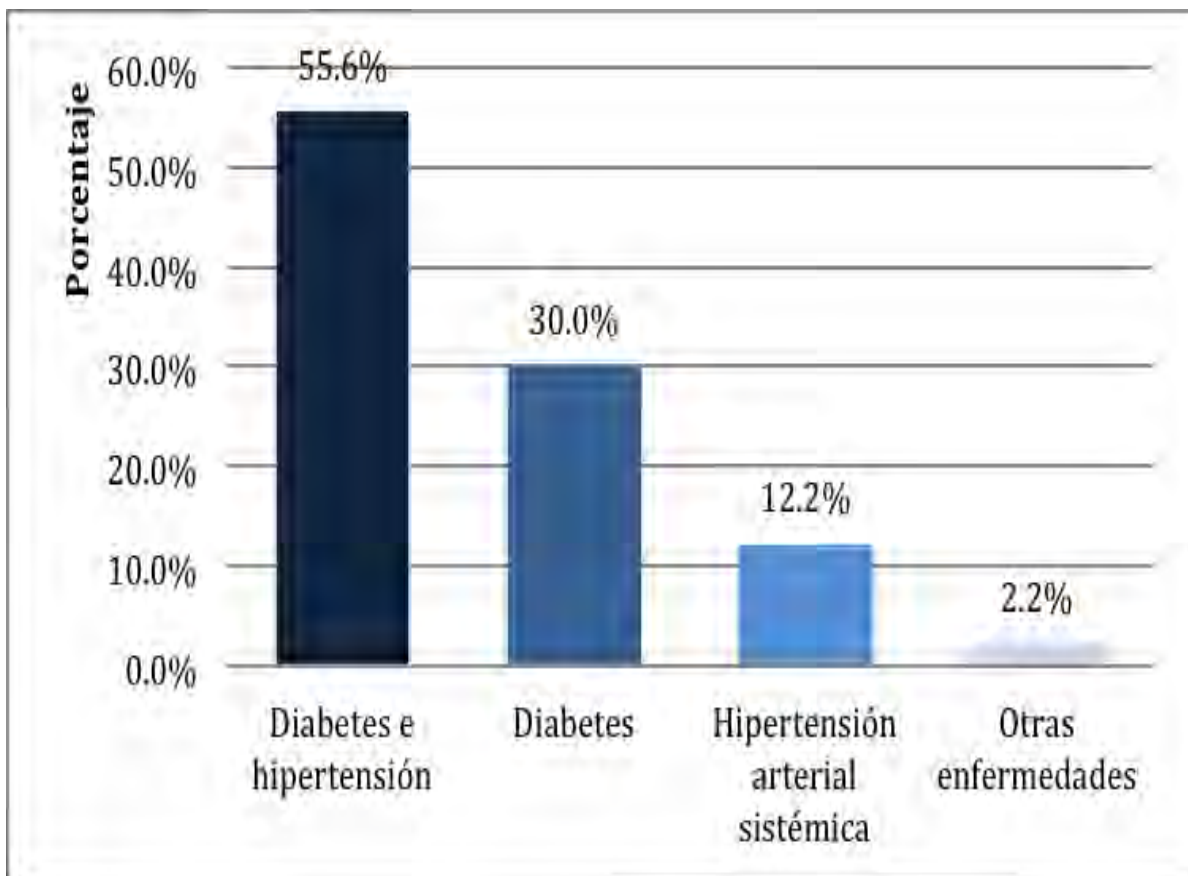


Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

El gráfico 8 muestra la distribución de otras enfermedades, 90 pacientes declararon padecer otra enfermedad a parte de la ERC; hubo una persona, de las noventa y uno, que informó que sólo padece la enfermedad renal crónica. El 55.5% (50/90) de los pacientes reportan padecer diabetes e hipertensión arterial sistémica y 30% tenían diabetes.

Gráfico 8. Otras enfermedades.



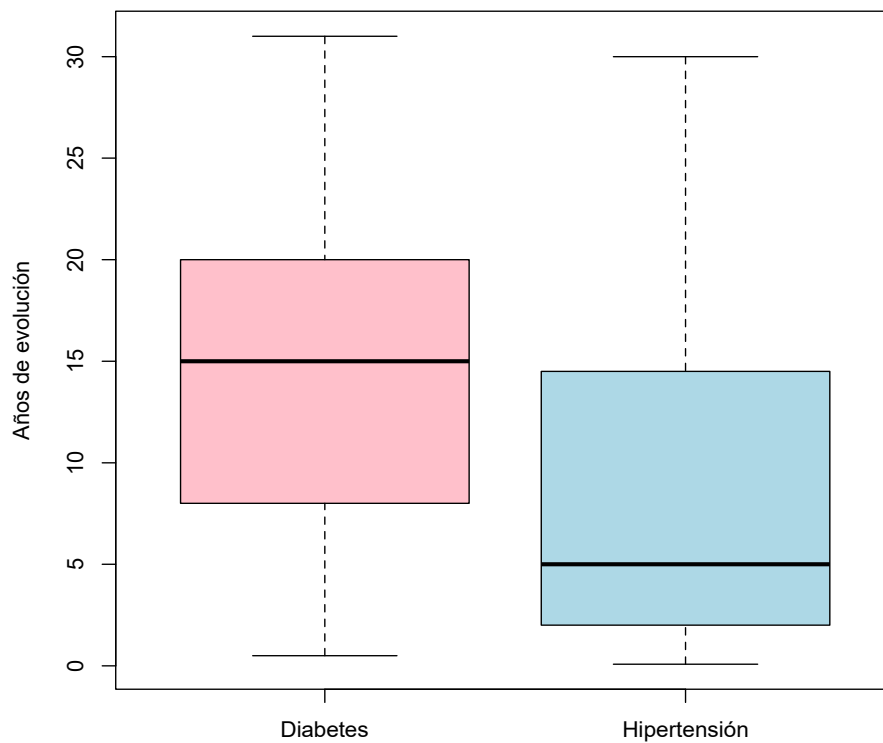
Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

El tiempo de evolución promedio de la diabetes en los pacientes que informaron tener esta enfermedad, es de 14.2 años con una desviación estándar de ± 8.7 años; se observó que el tiempo mínimo de padecer esta enfermedad es de 6 meses y el máximo de 31 años.

En cuanto a la hipertensión arterial, el tiempo promedio fue de 8.4 años con una desviación estándar de 8.2 años; el tiempo mínimo fue de 1 mes y el máximo de 30 años. Gráfico (9)

Gráfico 9. Tiempo de evolución De Diabetes e Hipertensión Arterial.

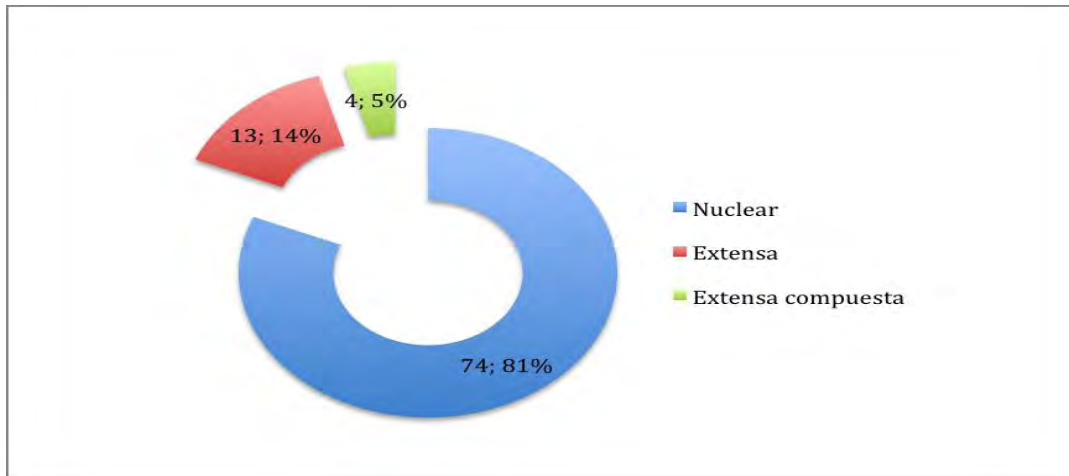


Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

En el gráfico 10 se observa que la tipología que más predominó en los individuos del estudio fue la nuclear (esposo, esposa, con o sin hijos) con un 81.3% (74/91), seguida por la extensa y solamente observamos que en el 4.5% una familia extensa compuesta.

Gráfico 10.-Tipología familiar según su composición.

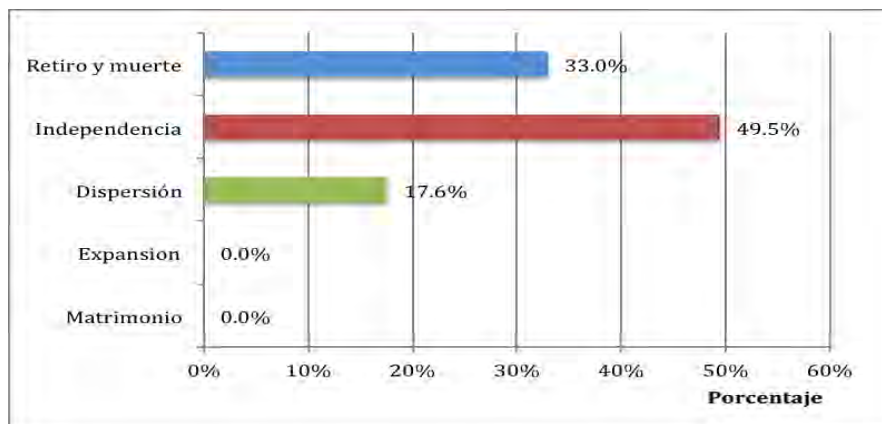


Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

Desde la perspectiva de Geyman, la etapa del ciclo vital que mayor frecuencia se observó en los pacientes fue la de independencia con un 49.5% (45/91), seguida por la etapa de retiro y muerte observado en el 33.0%. Se identifica apenas un 17.6% de familias en etapa de dispersión. Gráfico 11.

Gráfico 11. Etapa de ciclo de vida familiar según Geyman.

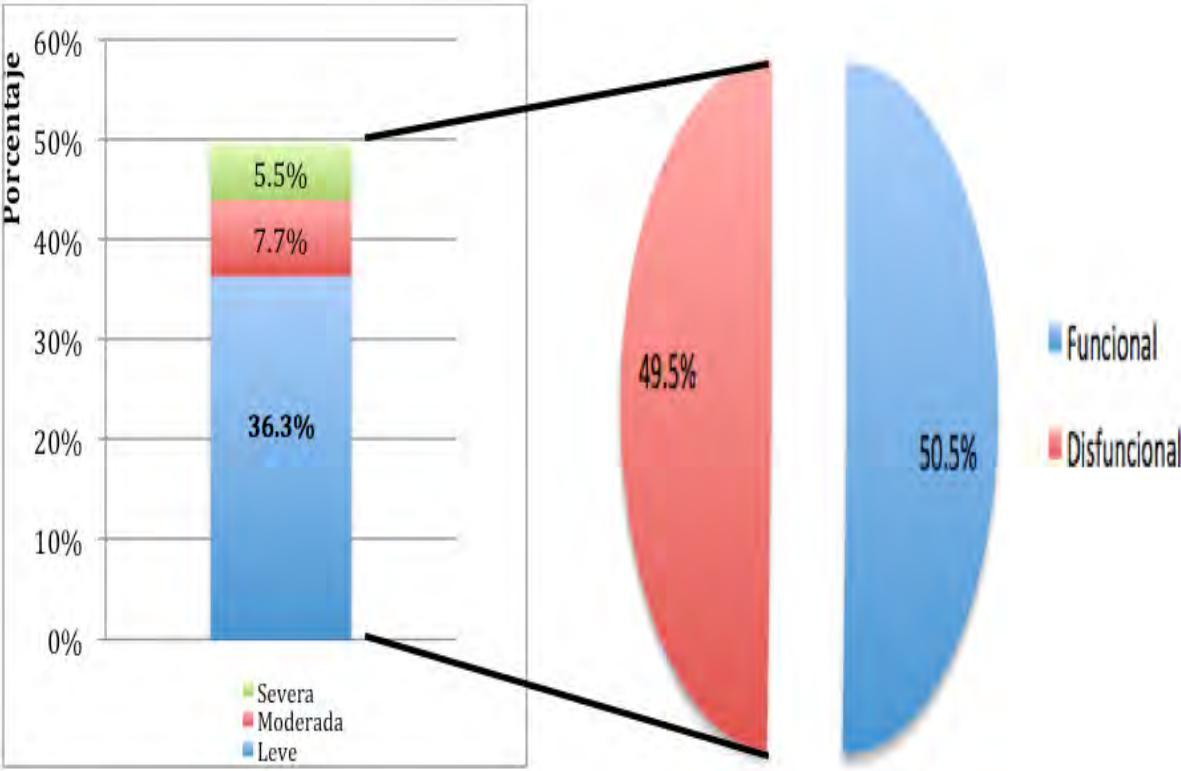


Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

El 50.5% (46/91) de las familias son funcionales, según el Apgar familiar; 45 (49.5%) familias son disfuncionales. El 36.3% de las familias evaluadas se encuentran en disfuncionalidad leve y sólo el 5.5% en disfuncionalidad severa. (Gráfico 12)

Gráfico 12. Funcionalidad familiar según Apgar familiar.



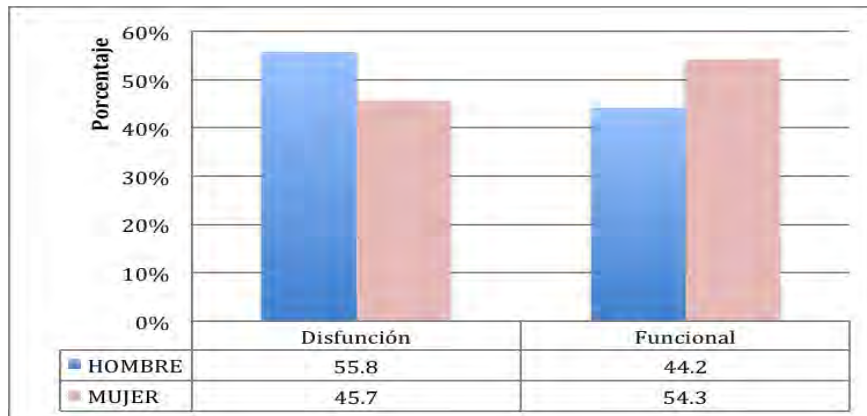
Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

Análisis bivariado.

La disfuncionalidad familiar fue del 55.8% (24/43) en hombres y el 45.7% (21/46) en mujeres, no se encontró diferencia significativa. (Gráfico 13)

Gráfico 13. Funcionalidad familiar por sexo.

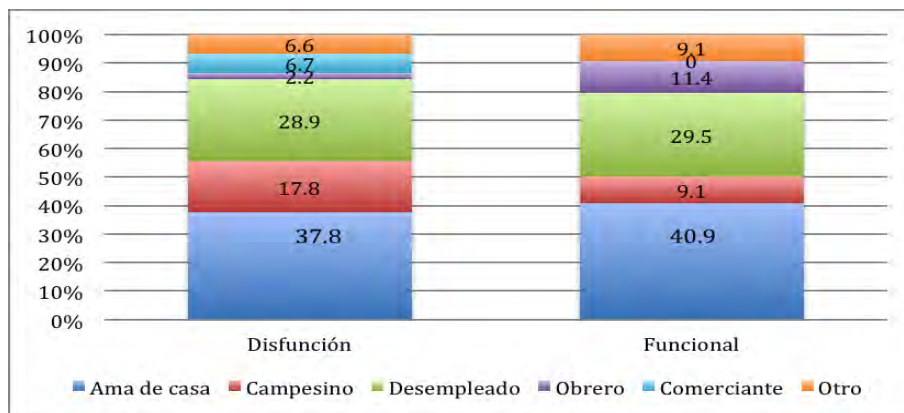


Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

Se observa que el 66.7% de los pacientes que pertenecen a familias disfuncionales se dedican a las labores del hogar o son desempleados. Todos los comerciantes tienen disfunción familiar. Se observa un mayor porcentaje de disfunción familiar en campesinos. En las familias funcionales llama la atención los obreros que tienen un mayor porcentaje en relación a las familias disfuncionales. (Gráfico 14)

Gráfico 14. Funcionalidad familiar por ocupación.



Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

El 64.4% de los pacientes que pertenecen a familias disfuncionales cuentan con escolaridad hasta primaria completa o menor. En cuanto a pacientes con familias funcionales los mejores porcentajes son en pacientes con secundaria completa 22.7% y primaria completa 20.5%. Llama la atención que todos los pacientes con licenciatura incompleta tienen una familia funcional. También se observa en pacientes con licenciatura completa un porcentaje mayor de disfuncionalidad.

(Tabla 1)

Tabla 1. Funcionalidad familiar por escolaridad.

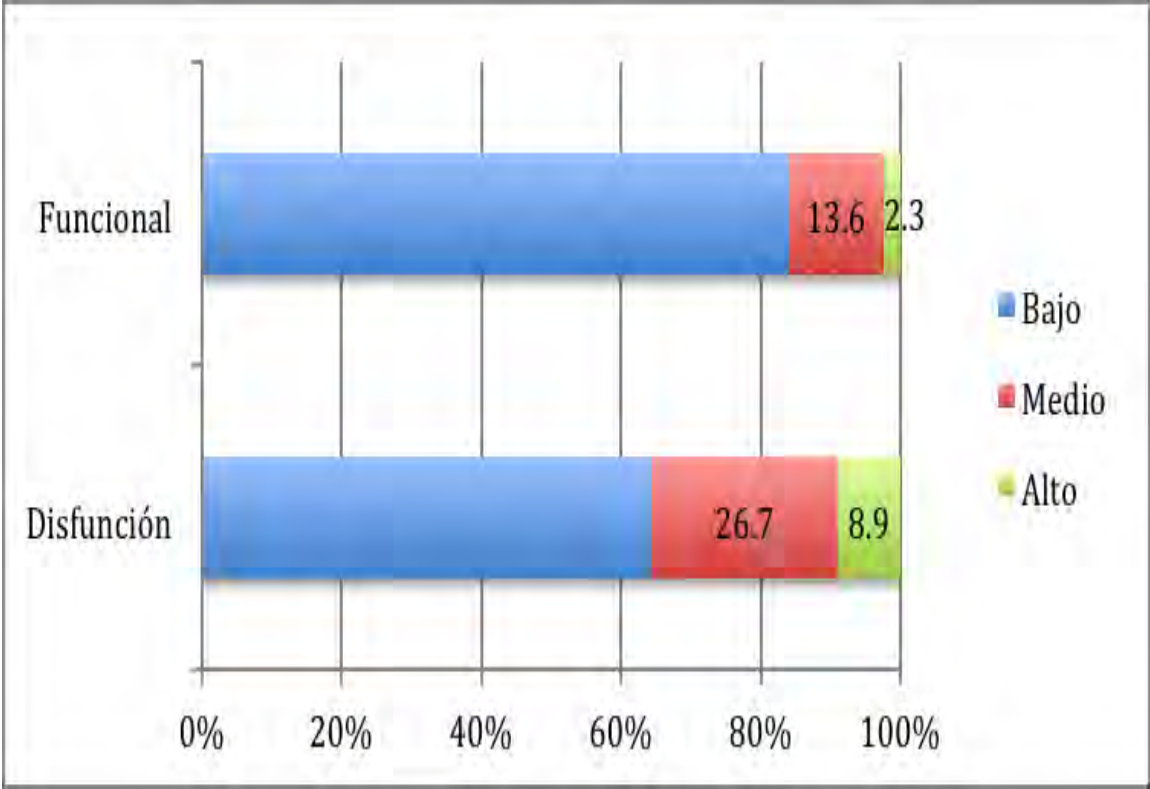
ESCOLARIDAD	Funcionalidad familiar	
	Disfunción	Funcional
Ninguna	24.4	18.2
Primaria incompleta	15.6	9.1
Primaria completa	24.4	20.5
Secundaria incompleta	2.2	9.1
Secundaria completa	11.1	22.7
Preparatoria incompleta	8.9	4.5
Preparatoria completa	6.7	6.8
Licenciatura incompleta	0	6.8
Licenciatura completa	6.7	2.3

Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

Más del 80% de los pacientes en las familias funcionales tienen un nivel socioeconómico bajo y el 34.7% de los pacientes en las familias disfuncionales tienen un nivel socioeconómico medio a alto. No obstante estos resultados en los porcentajes de los pacientes que pertenecen a familias funcionales y disfuncionales, con respecto a su nivel socioeconómico, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas para la prueba binomial con un $p > 0.2$. (Gráfico 15)

Gráfico 15. Funcionalidad familiar por nivel socioeconómico.



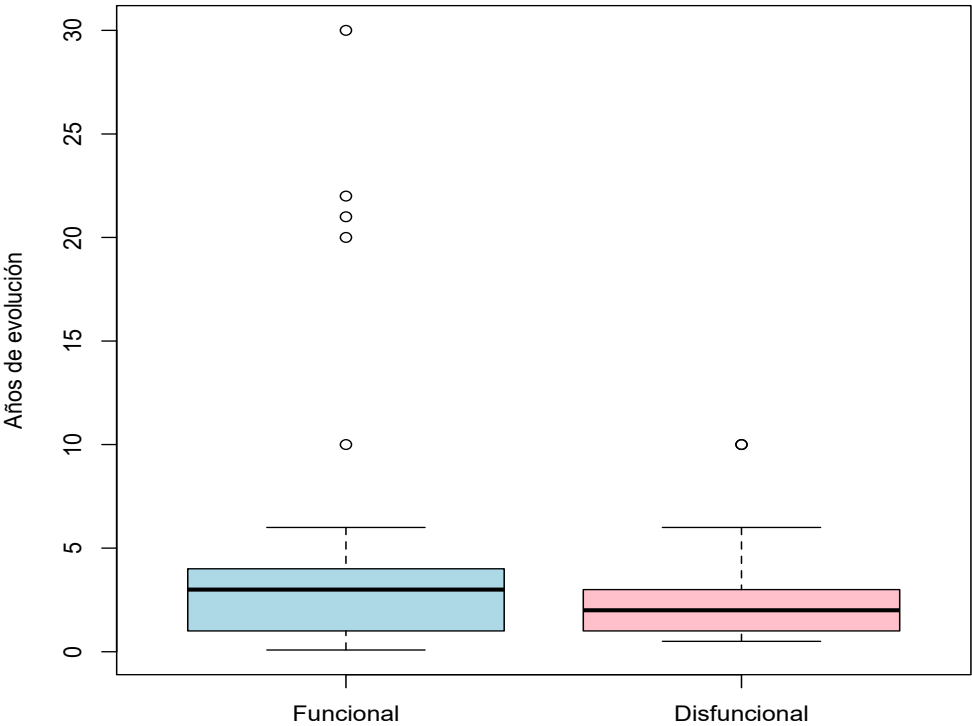
Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

El tiempo promedio de evolución de la enfermedad renal crónica, en pacientes que pertenecen a familias funcionales es de 4.5 años con una desviación estándar de ± 6.4 años; el tiempo mínimo fue de 8 meses y el máximo de 30 años.

En los pacientes de familias disfuncionales, el tiempo promedio de evolución de la enfermedad renal crónica fue de 2.4 años con una desviación estándar de 2.2 años; el tiempo máximo observado fue 10 años y el mínimo 6 meses. (Gráfico 16)

Gráfico 16. Tiempo de evolución de la ERC por funcionalidad familiar.



Fuente: Cédula de recolección de datos.

N=91

8. DISCUSIÓN.

En la actualidad la ERC se considera una pandemia que afecta, aproximadamente al 10 % de la población adulta en diferentes partes del mundo.² La prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta por el envejecimiento de la población, el incremento de factores de riesgo, como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la hipertensión arterial o la obesidad.³ En México, como en la mayor parte del mundo, se ha observado un incremento importante en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica. De acuerdo con la última estadística establecida por el IMSS, la incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica es de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142. En la actualidad existen alrededor de 52,000 pacientes en terapias sustitutivas, de los que 80% se atienden en el IMSS.² En nuestro estudio se conformó de 91 pacientes que acudieron a consulta externa de nefrología encontrando que el 52% fueron mujeres, contrario a lo observamos en estudios anteriores, donde se encontró que el porcentaje mayor fueron hombres, esto puede ser debido a que el tamaño de muestra de nuestro fue sensiblemente menor.

La edad promedio fue de 55 años, donde más del 75% de los pacientes tenían más de 51 años, este aspecto ya se menciona el estudio de Rodríguez Abrego, donde la edad promedio es de 53 años \pm 14 años.⁶

Encontramos como actividad principal dedicarse al hogar en un 39.8%, mientras que el 31.8% es desempleado. En cuanto al estado civil nuestro estudio muestra que el 73.6% de los pacientes son casados, a diferencia del 13.2% que se reportaron como solteros, esto concuerda con un estudio previo realizado por Gabriela Rodríguez Abrego, que habla acerca mayor presencia de disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal casados y que no perciben recursos.⁶ En cuanto al nivel educativo alrededor del 22% cuentan con primaria completa, el 20.9% no cuentan con instrucción académica y solo el 4.4% reportan haber obtenido una licenciatura. En relación al nivel socioeconómico, el 73.6% calificaron con un nivel bajo y tan solo el 5.5% con nivel alto. La mayor proporción de pacientes con insuficiencia renal

presentó bajo nivel educativo y socioeconómico, apoya la relación que existe entre el bajo nivel socioeconómico y el mayor riesgo de morbilidad psicosocial.

El tiempo promedio de cronicidad de la enfermedad que encontramos en nuestro estudio es de 3.4 años, el 75% reportó una cronicidad menor de 4 años, lo cual concuerda con estudios anteriores realizados en nuestro país en donde describen un tiempo de evolución menor de 1 año y 3 años.

Con referencia a la comorbilidad, el 55.5% se refiere con Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica y un promedio de evolución de estas enfermedades de 14.2 años y 8.7 años respectivamente, lo cual coincide con un artículo publicado en nuestro país por Rodríguez Abrego, que mencionan comorbilidad similar en pacientes con enfermedad renal crónica.⁶

Según Ledon-Llañes “La familia es una de las fuentes de apoyo por excelencia, constituye uno de los espacios de vida más impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud. Los pacientes pueden estar imbuidos de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y de consecuentes sentimientos de culpa a partir de construirse a sí mismos/as en términos de –carga-familiar.

Este sentido de "carga" se relaciona con la necesidad de cuidados, apoyos, reestructuración de funciones y ocupaciones, estas últimas muchas veces relacionadas con las limitaciones ocupacionales y con el aumento de los gastos de salud. Ello provocaba dificultades en las relaciones familiares: desunión, peleas, atribución de culpas y sobrecarga de la labor de cuidador primario sobre algún miembro de la familia, especialmente sobre las mujeres”.⁴

En este tenor, la familia se reconoce como la primera red de apoyo social para el individuo y ejerce una función protectora ante la problemática de la vida cotidiana, es por eso que toda la problemática generada por enfermedades crónicas, en este caso por la ERC, sea soportada por la familia misma. De aquí la importancia de conocer el grado de disfunción familiar en pacientes con Enfermedad Renal Crónica, atendidos

en la consulta externa de nefrología del Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón y así poder incidir en la instauración de programas de apoyos preventivos dirigidos al paciente y al entorno familiar.

Para explicar el grado de disfunción familiar se empleó el Test de APGAR familiar, en el cual se observa que el 50.5% son familias funcionales, el 36.3% se consideran disfuncionales leve y solo el 5.5% disfuncionales severas. Esto se contrapone con lo reportado en la literatura la cual muestra que los pacientes con enfermedad renal crónica cursan con altos grados de disfunción.

De los pacientes estudiados el 81.3% se considera como una familia nuclear según su composición, en cuanto a su ciclo de vida familiar, el 49.5% se reporta en fase de independencia y el 50% en fase de dispersión, según ciclo de vida familiar de Geyman. La tipología familiar reportada concuerda con lo descrito en otros estudios, no así la etapa del ciclo vital, en la que el estudio de Rodríguez Abrego menciona que se encuentran en etapa de expansión, mientras que nosotros identificamos un mayor en fase de dispersión.⁶

Al correlacionar la funcionalidad familiar en comparación con la escolaridad, observamos una mayor disfuncionalidad familiar en pacientes con menor escolaridad, como ya se ha mencionado en algunos estudios parecidos.

Llama la atención que en pacientes estudiados (Preparatoria y licenciatura) también se un alto porcentaje de disfuncionalidad familiar. Pacientes con nivel medio superior (secundaria) muestran buena funcionalidad familiar. Estas últimas aseveraciones concuerdan con lo descrito en el estudio de Rodríguez Abrego, donde se identificó alta proporción de disfunción familiar entre los pacientes estudiados.

Existe similitud con lo ya publicado en el artículo de Paloma Lever et. al., el cual menciona que la escolaridad de los sujetos, así como la de sus respectivos padres, influyen en la percepción que tienen del funcionamiento familiar; sin embargo, la relación que se establece no es siempre lineal, dado que en algunos factores, los sujetos con niveles de escolaridad media tienen una percepción más desfavorable del funcionamiento familiar, en comparación con los que tenían escolaridad baja.¹⁷

En cuanto a la funcionalidad familiar y el nivel socioeconómico, observamos una mayor funcionalidad familiar en pacientes con nivel socioeconómico bajo y en pacientes con nivel socioeconómico medio a alto un mayor grado de disfuncionalidad familiar, situación que contraria a lo establecido en algunos estudios donde se observa una mayor disfuncionalidad familiar en pacientes con nivel socioeconómico y cultural bajo.

En un estudio realizado en Cuba en pacientes en hemodiálisis se encontró una asociación significativa entre apoyo social recibido y funcionamiento familiar. Dicho estudio fue sobre el funcionamiento familiar de 74 pacientes con enfermedad renal crónica terminal tratados con hemodiálisis; encontraron que la mayoría (57%) convivía en familias que estaban atravesando por crisis no transitorias, dadas fundamentalmente por desmembramiento (debido a hospitalización prolongada) y problemas de salud (descontrol de enfermedad crónica y diagnóstico de enfermedad con peligro para la vida), lo cual provocaba dificultades en las relaciones familiares como desunión, atribución de culpas y sobrecarga del cuidador primario. No obstante, el 81 % de los pacientes refirió una adecuada entereza familiar ante la enfermedad y atributos positivos de su funcionamiento (armonía, cohesión, afectividad, comunicación, roles funcionales, adaptabilidad), lo cual incidió en sus propias formas de asumir la enfermedad y en los estilos de afrontamiento. Dicho estudio concluye que un aspecto especialmente positivo que ofrece la familia es que es en su seno donde se materializa la integración socio-sanitaria al confluir las acciones de los profesionales de la salud, con las acciones de salud de los sujetos y de sus familiares.⁴

9.- Conclusiones

Con la realización de este estudio podemos llegar a varias conclusiones importantes, identificadas en los pacientes con ERC que acuden a la consulta externa de nefrología del Hospital “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” durante el periodo enero a junio del 2017.

La ERC se presentó con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino y en la quinta década de vida, las principales ocupaciones de estos pacientes son hacia las

labores del hogar y campesinos, aunque es importante la cantidad de desempleados que padecen esta enfermedad. Se identifica una baja escolaridad y un bajo nivel socioeconómico en la mayoría de los pacientes, lo que nos confirma lo ya descrito en la literatura, que estas características sociodemográficas son factores condicionantes de la enfermedad y afectan negativamente los estilos de vida, así como el control y seguimiento de enfermedades cronicodegenerativas.

Identificamos un tiempo de evolución de la ERC generalmente menor de 4 años, sin embargo, son pacientes con largo evolución de enfermedades crónicas, de hasta 14 años de evolución en promedio de diabetes y 8 años en el caso de la hipertensión. El tiempo de evolución de la ERC no influye en la presencia de disfunción familiar aparentemente.

La tipología familiar es principalmente nuclear en este tipo de pacientes, lo que implica que estos pacientes tienen un mejor apoyo familiar para enfrentar las crisis paranormativas, ya que este tipo de familia está conformada por padre, madre e hijos, lo cual supone una mejor integración dado los lazos de consanguineidad y afecto.

Encontramos que casi la mitad de las familias eran disfuncionales, sin embargo solo el 5.5% tenían disfuncionalidad severa. Esta disfuncionalidad identificada, no está en la medida que esperábamos encontrar, esto puede ser debido a que enfermedades crónicas incluyendo en estas ERC, pueden hacer que la familia centre la atención en el paciente y con esto logren mantener una mayor cohesión familiar. Llama la atención que más de la mitad de las familias son funcionales, situación que se puede explicar dado la tipología familiar antes mencionada, ya que como se comentó este tipo de familias tienden a adaptarse mejor a los cambios, y a manifestar un mejor apego y apoyo hacia sus miembros.

También observamos que la disfuncionalidad familiar fue mayor en amas de casa, esto debido probablemente a que la ERC no le permite realizar sus actividades cotidianas lo cual puede causar frustración en las pacientes y llegar a provocar disfunción en la familia.

En nuestro estudio, la escolaridad no afectó en mayor medida a la funcionalidad familiar, dado que distinto a lo esperado, los pacientes que tienen un menor nivel de escolaridad presentaron mayor funcionalidad, mientras que los pacientes que cuentan con mayor nivel académico reportaron una mayor disfunción.

Lo anterior puede ser debido a que, por un lado el factor que más favorece a la integración familiar sea la tipología familiar que encontramos en nuestros pacientes, y por otro, en lo referente a los de mayor nivel académico, tal vez este influyendo la percepción que tienen este tipo de pacientes con respecto a la funcionalidad familiar. Identificamos una mejor funcionalidad familiar en pacientes con nivel socioeconómico bajo de lo esperado, lo que nos obliga a pensar que el nivel socioeconómico no influye en la presencia de disfunción familiar, contrario a lo establecido en la literatura. Sin embargo, se tienen que hacer más estudios, con un tamaño de muestra mayor y en ámbitos sociales distintos para poder afirmar dicha situación.

Es indudable que la funcionalidad familiar es el eslabón más importante para el paciente con ERC, como estímulo, apoyo, para el apego y adherencia a su tratamiento, mejorando así su calidad de vida, por lo que sería conveniente, contar con un servicio de apoyo psicológico y terapéutico dirigido a este tipo de pacientes y sobretodo con capacidad de atención para la familia ya que es esta, la que se ve más afectada.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores, H. J. C. (2010). Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de Riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(4), 502-507.
2. Ávila-Saldívar MN, Conchillos-Olivares G, Rojas Báez IC, Ordoñez-Cruz EA, Ramírez- Flores HJ (2013). Enfermedad Renal Crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Med Int Mex*; 29:473-475
3. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover, J, Segura-de la Morena, J, Cebollada, J, Escalada, J, Hernández-Moreno, J. (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Atención Primaria*, 46(9), 501-519.
4. Ledon-Llañes L (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cubana de Salud Pública*.37 (4):488-499.
5. Sarmiento-Sotomayor VL, Rosa AJ (2011). Trastornos emocionales en pacientes terminales que presentan insuficiencia renal crónica atendida en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro.
6. Ábrego R, Ábrego IR (2004). Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Med IMSS*, 42(2):97-102.
7. Montilla CM, Duschek S, del Paso GA. R. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*, 36(3), 275-282.
8. IMSS (2017). Guía práctica clínica335 IMSS Prevención diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana.
9. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, Aranda P. (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madrid)*, 34(3), 302-316.
10. Huerta González, J. L. (2005). Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfil, 164-165.
11. Puigvert-Vilalta C. (2013). Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 16, 28-29.

12. Suarez-Cuba MA, Alcalá-Espinoza M. (2014). APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, 20(1), 53-57.
13. Quiroz C. (2018). Clasificación o tipología de la familia. Médicos familiares.com. (Revisado Junio 2018, <http://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-familia.html>).
14. Medicina familiar Mexicana (2005). Elementos esenciales de la medicina familiar, conceptos básicos para el estudio de las familias y código de bioética en medicina familiar. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina de organismos e instituciones educativas y de salud. 1ed México.
15. De Salud, L. G., & UNICO, C. (2013). Ley General de Salud. México: Editorial ISEF.
16. Ley N° 1212. Ley de Salud del Estado de Guerrero. Periódico Oficial del Gobierno del Estado No. 97 Alcance I, 4 de Diciembre de 2012.
17. Paloma Lever, Joaquina, Márquez Jiménez, Alejandro, Relación entre la escolaridad y la percepción del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* [en línea] 1999,4(julio-dic): [fecha de consulta 10 de julio del 2018] Disponible: en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1400805>>ISSN 1405-6666.

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR: “Factores asociados a Disfunción Familiar en pacientes con Enfermedad Renal crónica que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón y su relación con la disfunción familiar. Buen día mi nombre es María de los Angeles Arroyo Beltrán estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de conocer la disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el hospital general “Dr. Raymundo Abarca Alarcón “durante el periodo comprendido de enero a junio del 2017, por lo que le invito a participar respondiendo este cuestionario que no tomará más de 10 minutos, no se le solicitará su nombre, este cuestionario es anónimo y confidencial, la información será usada con fines exclusivamente de investigación, usted está en la libertad de abandonar la entrevista en cualquier momento.

INSTRUCCIONES: conteste o marque con una “X”

No. De encuesta: _____ 1.Edad: _____ 2. Sexo: _____
 3.Ocupacion: _____

4.	Estado civil	1) soltero(a)____ 2) Casado(a)____ 3) Viudo(a)____ 4) Divorciado(a)____ 5) Unión libre____
5.	Escolaridad	1) Ninguna____ 2) Primaria incompleta____ 3) Primaria completa____ 4) Secundaria incompleta____ 5) Secundaria completa____ 6) Preparatoria incompleta____ 7) Preparatoria completa____ 8) Licenciatura incompleta____ 9) Licenciatura completa____ 10) Otra____

6.	Nivel socioeconómico	1)Bajo____ 2)Medio____ 3)Alto____
7.	¿Tiempo de evolución de la enfermedad?	_____
8.	¿Padece alguna otra enfermedad? 8.1 si, ¿Cuál?	Si ____ No____ 8.1: _____ 1)Diabetes 2)Hipertensión Arterial Sistémica 3)Artritis Reumatoide 4)Otra
9.	¿Tiempo de evolución de la Diabetes y/o Hipertensión Arterial Sistémica?	1)Diabetes Mellitus_____ 2)Hipertensión Arterial Sistémica_____
10.	Tipología Familiar, según la composición de la familia.	1)Nuclear_____ 2)Extensa_____ 3)Extensa compuesta_____
11.	Etapas del ciclo vital según modelo de Geyman (evaluado por examinador)	1.Matrimonio____ 2.Expansion_____ 3.Dispersion_____ 4.Independencia_____ 5.Retiro y Muerte_____
12.	Test funcionalidad familiar (Apgar Familiar) (evaluado por examinador)	Calificación:_____ puntos Funcional____ Disfunción_____

ANEXO 2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR (APGAR FAMILIAR).

De acuerdo a la respuesta a cada Ítem del cuestionario ubique el número correspondiente en la casilla de respuesta:

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Siempre

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)					
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

Por cada pregunta se debe marca solo una x

Interpretación del puntaje

Normal: 17-20 puntos

Disfunción Leve: 13-16 puntos

Disfunción moderada: 10-12 puntos

Disfunción grave: menor de 9 puntos

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- a) Se realizará una investigación en los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a la consulta externa de nefrología del hospital general Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el período de enero a junio del 2017.
- b) Con el objetivo de analizar incidencia de disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta externa de nefrología del hospital “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” durante el periodo comprendido de enero a junio del 2017.
- c) Se llevarán a cabo cuestionarios para identificar la presencia de enfermedad renal crónica en pacientes que viven dentro de un núcleo familiar y que acuden a la consulta externa de nefrología del hospital general Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el período comprendido de enero a junio del 2017.
- d) Está es un estudio de riesgo mínimo ya que solo implica la recolección de datos a través de cuestionarios aplicados a los pacientes con enfermedad renal crónica.
- e) Los beneficios que obtendrán de este estudio son: si usted presenta algún grado de disfunción familiar se le canalizara para que reciba tratamiento especializado.
- f) Con el compromiso de siempre respetar la integridad del paciente.
- g) El paciente asume la responsabilidad de responder con la verdad a los cuestionarios que se le realicen.
- h) Se le informa al paciente que la participación es voluntaria pudiendo rehusarse a participar o retirarse del estudio en el momento que él lo desee, sin necesidad de expresar las razones de su decisión y sin pérdida del derecho a ser atendido en este hospital.
- i) La información acerca de los datos de identificación se mantendrá en forma confidencial con base en el apartado 5.7 de la NOM -004-SSA3-2012 del expediente clínico. Los resultados de este estudio serán publicados manteniendo la identidad del paciente en forma confidencial y resguardada.
- j) Las circunstancias por las que se puede dar terminado el estudio será por incumplimiento de alguno de los puntos mencionados anteriormente por parte del investigador o del paciente.
- k) Este estudio se realizará de enero a junio del 2017.
- l) El número aproximado de participantes en la investigación es de 80 pacientes.

- m) Nota:** Si usted identifica que se han violado sus derechos puede reportarlo al CEEI al teléfono (Presidente del CEEI) 01 (747) 49 43 100 Ext. 1235 y/o al correo martha.teliz@outlook.com

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en la consulta externa de nefrología del hospital general “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” durante el periodo comprendido de enero a junio del 2017.

He sido seleccionado para participar en una investigación para determinar el grado de disfunción familiar en pacientes con Enfermedad Renal Crónica que acuden a la consulta externa de nefrología en el Hospital Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo enero a junio del 2017. Me han informado que los riesgos son mínimos y que puedo discernir de participar en cualquier momento de la investigación si así lo deseo, sin que esto me cause represalia alguna.

Mi médico me dio una explicación clara y leí la información sobre la investigación, tuve oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas.

Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación, sin perder mis derechos como paciente de este hospital.

Nombre del participante _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del participante _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre del Testigo _____ Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del Testigo _____

Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre del Testigo _____

Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma del Testigo _____

Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre y firma de quien solicito el Consentimiento **Dra. María de los Angeles Arroyo Beltrán**