



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
COORDINACIÓN DE EDUCACION EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UMF/UMAA 162

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO
CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162"

REGISTRO R-2022-3609-025

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
VALERIA IVETTE GARCILAZO CRUZ**

**ASESOR DE TESIS
DRA. ROSA MADRIGAL MORAN
DRA. MÓNICA ROJAS ARRIAGA
DRA. ELIZABETH GUADALUPE NÁJERA SÁNCHEZ**



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ANTEPROYECTO PARA LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162”

PRESENTA
Valeria Ivette Garcilazo Cruz

Residente de Medicina Familiar, Matrícula 97389957, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria No. 162, OOAD Sur D.F. IMSS Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac, Ciudad de México, C.P. 13300 Tel. 5558406070 Extensión 21006 Cel. 5541324082 FAX: Sin fax Correo electrónico: valeria.i.gc@hotmail.com

Asesores

Rosa Madrigal Moran Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Matrícula 99374239
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/ Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 162, OOAD Sur Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac Ciudad de México, C.P. 13300
Lugar de trabajo: Coordinación clínica de Educación e Investigación en Salud
Teléfono: 56926066
Celular: 5520926948
Fax: sin fax
e-mail: Rosa.madrigal@imss.gob.mx

Mónica Rojas Arriaga Médica Familiar
Matrícula 99374746
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/ Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 162, OOAD Sur Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac Ciudad de México, C.P. 13300
Lugar de trabajo: Consulta externa
Teléfono: 5558406070
Celular: 5545953321
Fax: Sin fax
e-mail: monroj79@yahoo.com.mx

Elizabeth Guadalupe Nájera Sánchez Médico No Familiar
Matrícula **99387137**
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/ Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 162, OOAD Sur Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac Ciudad de México, C.P. 13300. Servicio de Imagenología
Lugar de trabajo: Servicio de Imagenología
Teléfono: 58406070 extensión 21058
Celular: 5539999955
Fax: Sin fax
e-mail: enajerasanchez@gmail.com

CIUDAD DE MEXICO ENERO 2023



ENERO 2023

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA 162

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA
EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162"**

Presenta:

Valeria Ivette Garcilazo Cruz
Residente de Medicina Familiar

AUTORIZACIONES

DRA. ELIZABETH MEDINA RODRIGUEZ
DIRECTOR MÉDICO DE LA UMF/UMAA No. 162

DRA. ROSA MADRIGAL MORÁN
COORDINADOR CLINICO EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD DE LA UMF/UMAA No.162

DRA ELIZABETH GUADALUPE NÁJERA SÁNCHEZ
MÉDICO NO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF/UMAA No.162

DRA. MÓNICA ROJAS ARRIAGA
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF/UMAA No. 162



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR / UMAA 162

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISI EN LA UMF/UMAA 162"

Presenta:

VALERIA IVETTE GARCILAZO CRUZ

Residente de Medicina Familiar

AUTORIZACIONES

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

JEFE DE SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

AGOSTO 2023

CIUDAD DE MEXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3609.
H GRAL ZONA 1 Carlos Mc Gregor

Registro COFEPRIS 13 CI 09 014 189
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 016 2017061

FECHA Lunes, 26 de septiembre de 2022

Dr. ROSA MADRIGAL MORAN

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2022-3609-025

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Arturo Hernández Paniagua
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162”

Autores: Valeria Ivette Garcilazo Cruz¹ Rosa Madrigal Moran² Mónica Rojas Arriaga³ Elizabeth Guadalupe Nájera Sánchez⁴

1. Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. UMF/UMAA 162 IMSS
2. Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. UMF/UMAA 162 IMSS
3. Médico Especialista en Medicina Familiar. Médico Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar. UMF/UMAA 162 IMSS
4. Médico Especialista en Radiología e Imagen. Médico adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar. UMF/UMAA 162 IMSS

Antecedentes: La ERC es un problema mundial de salud, en etapas terminales requiere un tratamiento sustitutivo como la hemodiálisis que permita la supervivencia y la vida activa de la persona. La familia es la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso para los individuos y es conocida su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros. La existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, por el contrario, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.

Objetivos: Analizar la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis de la UMF/UMAA 162.

Material y Métodos. - Estudio observacional, descriptivo, transversal en población derechohabiente de la UMF/UMAA 162 con diagnóstico de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado. Muestra de 48 pacientes a los que se les aplicará el cuestionario de Funcionamiento Familiar (FFSIL) y una cédula de recolección de datos sociodemográficos.

Recursos: Humanos: Investigador y asesores. Materiales: equipo de cómputo, impresora, lápices, hojas blancas, USB, foliadora. Económicos: los gastos serán financiados por la autora.

Infraestructura: Instalaciones de la UMF/UMAA 162.

Experiencia del grupo: Investigadores con formación en investigación metodológica adquirido a través del adiestramiento en cursos y diplomados intra y extra institucionales.

Palabras Clave: funcionalidad familiar, insuficiencia renal crónica, hemodiálisis



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON
HEMODIÁLISIS EN LA UMF/UMAA 162”**



MARCO TEÓRICO

2.- ANTECEDENTES.

2.1. Marco epidemiológico.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan un 70% del total de causas de mortalidad en el mundo. Dentro de este grupo tenemos a la Enfermedad Renal Crónica (ERC) la cual a su vez representa un problema de grandes dimensiones como consecuencia de las enfermedades crónicas que contribuyen a padecerla, tales como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial sistémica.

La enfermedad renal crónica por sí misma es un problema importante de salud pública, tan solo en Estados Unidos afecta aproximadamente a 47 millones de personas, que representa el 14,8% de la población adulta de ese país, aumentando el riesgo de hospitalización, eventos cardiovasculares y muerte. Lo que evidencia que ésta enfermedad se asocia a costos significativos de atención médica, morbilidad y mortalidad, los cuales según aseguradoras se estiman en más de \$52 mil millones según informe de 2014, reafirmando la idea de que la detección temprana de la ERC es fundamental para retrasar la progresión de la enfermedad, prevenir la morbilidad y la mortalidad a largo plazo y disminuir el gasto en atención médica.[1]

En lo que respecta a la enfermedad renal en etapa terminal más del 80% de los pacientes que reciben tratamiento residen en países con una gran población de ancianos con acceso a atención medica asequible, siendo de alrededor del 11 % en los países de ingresos altos. Asimismo la incidencia, prevalencia y progresión de la ERC también varían dentro de los países según el origen étnico y la clase social, siendo que las personas en nivel socioeconómico más bajo tienen un 60 % más de riesgo de ERC progresiva que las personas en un nivel más alto. Con respecto al origen étnico, negros y asiáticos en el Reino Unido, hispanos en los EE. UU. e indígenas en Australia, Nueva Zelanda y Canadá tienen un mayor riesgo de desarrollar ERC y de progresión de la enfermedad. Sin embargo, aunque el nivel socioeconómico juega un papel específico en la incidencia y prevalencia de la ERC, no explica completamente el mayor riesgo para las minorías raciales o étnicas.

Por otro lado las causas de la ERC varían globalmente, siendo la diabetes y la hipertensión las principales causas en todos los países de ingresos altos, medios, y en muchos países de ingresos bajos. La diabetes representa del 30 al 50 % de todas las ERC y afecta a 285 millones (6,4 %) de adultos en todo el mundo, cifra que se espera aumente en un 69 % en países de ingresos altos y en un 20 % en países de ingresos bajos y medianos para el 2030. En cuanto a la hipertensión, se estima que más de una cuarta parte de la población adulta tiene hipertensión en el 2000 y se



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162**

prevé que aumente en un 60% para el 2025, lo cual es relevante ya que con el empeoramiento del control de la TA aumenta el riesgo de desarrollar ERC y ERC más rápidamente progresiva.[2]

Es por lo anterior que en vista del gran problema de salud que representan las cifras antes mencionadas, la International Kidney Foundation desarrolló un programa de evaluación temprana del riñón para detectar etapas tempranas de la ERC, y fue adaptado a nuestro país por la Fundación Mexicana del Riñón (FMR) en el cual es posible realizar estos tamizajes en grandes grupos y encontrar enfermos con diabetes que ya han desarrollado ERC.

En México, el panorama no es diferente, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2012), la diabetes mellitus está presente en 9.17% (6.3 millones) del total de población de 20 años y más en el país, la cual se cuenta con registro de 68.8 millones de personas. Asimismo, el INEGI tiene registro de 77.1 millones de personas en rango de edad de 20 años y más, de los cuales habría un total de 14 millones de personas con diabetes mellitus tipo 2 (18.34%).

Se reconoce que 98% de las personas con ERC por diabetes en México se encuentra en las etapas 1 a 3, cuando por fortuna la enfermedad es todavía controlable y reversible, mientras que 2% requerirá de complejos y costosos tratamientos como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o el trasplante de riñón como terapias sustitutivas y reconstitutivas para sobrevivir. Siendo alrededor de 124 mil enfermos a lo largo y ancho del país (2% del total de personas adultas con ERC, sólo por diabetes) que requieren de alguna de las terapias sustitutivas o reconstitutivas, antes mencionadas.

En el caso particular del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la actualidad, la institución tiene registrados poco más de 60 mil enfermos en terapia sustitutiva, 25 mil de los cuales (41.7%) están en un programa de hemodiálisis y alrededor de 35 mil reciben servicios de diálisis peritoneal (58.3%). De los enfermos en hemodiálisis, la gran mayoría es atendida por contrato multianual (4 años) de subrogación de servicios en unidades privadas extramuros (70%) y un número menor (30%) por medio de servicios internos en unidades propias (intramuros). Se estima que el IMSS otorga 80% de todas las diálisis a nivel nacional; el ISSSTE, 8%; SSA y privados, 5%, y el resto del sector, 7%, lo cual querría decir que sólo 74400 enfermos de los 124 mil (en etapas 4 y 5 por diabetes) reciben tratamiento sustitutivo. Del resto, no se conoce nada. Si a este total de diabéticos en etapas 4 y 5 les sumamos aquellos casos sólo con hipertensión y por otras causas (40%), hablaríamos entonces de una población total de alrededor de 174 mil enfermos. [3]

Asimismo el IMSS tiene cobertura para atender 65 millones de usuarios en sus diferentes regímenes administrativos que oferta su seguridad social y contiene al 50% de pacientes en terapias dialíticas, Actualmente, el costo directo de estas



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

terapias es de unos 5.5 mil millones de pesos, y se estima por lo menos la misma cantidad invertida en gastos indirectos; lo cual vulnera la estabilidad financiera del instituto, ya que además hay que agregar los costos por las complicaciones propias de la etapa de la enfermedad y el manejo de estas, entre las cuales mas frecuentemente encontramos peritonitis en un 29,8%, disfunción del acceso vascular 5,9%, muerte por infarto miocárdico 24,6%, choque séptico 16,5%, falla orgánica múltiple 8% y trasplante renal 3,4%.

Lo cual como ya se mencionó traerá como consecuencia la alta inversión financiera en un programa que ya vulnera la estabilidad económica del Instituto. [4] Claro ejemplo es en unidades del Instituto ubicadas en la cd. De México, en donde las principales causas de IRC son diabetes mellitus en un 48,5%, hipertensión arterial (19%), glomerulopatías crónicas (12,7%) y otras causas en un 19,8%; la principal causa de morbilidad en diálisis peritoneal es la peritonitis y en hemodiálisis el síndrome anémico e infección del acceso vascular (77% tipo Mahurkar), asimismo las causas de defunción fueron cardiovasculares e infecciosas. Lo cual nos evidencia que es de suma importancia identificar a toda esa población, caracterizarla y lograr que sea tratada por médicos generales, familiares, internistas, nutriólogos, psicólogos y expertos en activación física y ejercitamiento, de acuerdo con un protocolo de atención en clínicas de medicina familiar, centros de salud y consultorios[5]

2.2 Marco conceptual.

Los riñones sanos eliminan los desechos de la sangre y el exceso de líquido del cuerpo. Sin embargo, cuando los riñones no funcionan bien, estos desechos y el exceso de líquido pueden acumularse en la sangre y causar problemas de salud (National Kidney Foundation, 2007) [6]

La insuficiencia renal es consecuencia de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) o de la lesión renal aguda que causa un rápido deterioro de la función renal. La ERC ocurre cuando la función renal está disminuida durante más de 3 meses, caracterizada por una tasa de filtración glomerular (TFG) por debajo de 60 ml / min / 1,73 m² o la presencia de marcadores de daño renal, como albuminuria, anomalías en el sedimento urinario u otros electrolitos; produciéndose adaptaciones con el tiempo para mantener la TFG y permitir el equilibrio de la creatinina y electrolitos [7]. Ante esta situación los pacientes requieren tratamientos de por vida que se hacen necesarios para la supervivencia debido a que sustituyen la función renal, siendo la diálisis, hemodiálisis y trasplante renal las opciones de tratamiento para dicho fin. Dichos tratamientos pueden implicar gastos adicionales importantes por la inactividad prolongada o la toma de medicamentos en forma permanente. El incumplimiento no sólo es grave porque es ineficaz el tratamiento prescrito produciendo aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque eleva los costos de la asistencia sanitaria [8]

Diálisis. Graham acuñó el término “diálisis” para el proceso de separar sustancias con una membrana semipermeable. [9] Por lo que la diálisis es definida como un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre [10]

Existen dos métodos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. De manera general la hemodiálisis es realizada a través de una maquina también conocida como riñón artificial y la diálisis peritoneal se realiza a través de un catéter que va a la membrana peritoneal del abdomen para filtrar la sangre. Entre las técnicas de terapia renal sustitutiva, es decir las que van a suplir la función del riñón, cuando éstos presenten un deterioro importante de entre el 5-15% de su capacidad, es necesario elegir la técnica dependiendo de las características del paciente y las recomendaciones del nefrólogo.

Según el informe Global Burden of Disease, la enfermedad renal crónica (ERC) es la decimoctava causa más común de muerte. Para 2030, se prevé que el número de pacientes que reciben terapia de reemplazo renal (TRR) lleguen a 5439 millones en todo el mundo. Aunque existe una considerable variabilidad en la elección de la modalidad apropiada de TRR en todo el mundo, la mayoría de los pacientes en países desarrollados tienden a ser tratados con hemodiálisis (HD), superando en la mayoría de los países el 90% de los incidentes y 60% de la población prevalente de ERT [10].

En México, el IMSS es la Institución que soporta a aproximadamente al 85% de la población en tratamiento con diálisis y atiende a más de 65 mil pacientes prevalentes, con costos calculados en más de 300 mil pesos anuales por paciente [11]

Diálisis peritoneal. Se introdujo a finales de los años 70, pero su crecimiento ha tenido un ritmo más lento que la hemodiálisis, principalmente porque no es una modalidad de primera elección en los países desarrollados. En países de menor desarrollo, este tipo de diálisis es más frecuentemente utilizada, probablemente por su mayor disponibilidad, menores requerimientos técnicos y menor costo [11].

La diálisis peritoneal, es una técnica que usa el peritoneo y una solución conocida como dializado. El dializado absorbe los desechos y líquidos de la sangre, usando el peritoneo como un filtro. El líquido de la diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter (previamente implantado con una pequeña intervención quirúrgica) y se extrae una vez pasado un tiempo durante el cual se ha producido el intercambio de solutos en la membrana. Dicha práctica, se realiza una media de 3 a 5 intercambios al día dependiendo de las necesidades del paciente. Es de resaltar, que la presente intervención se debe realizar en un medio adaptado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

de la residencia del paciente en el cual es muy importante la higiene y los cuidados de asepsia y antisepsia [6]

Hemodiálisis. Fue la primera modalidad de tratamiento disponible, se inició en 1962 y ha llegado hasta más de 450 mil pacientes solamente en los Estados Unidos de Norteamérica [11]

El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina que hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis y la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. Dicho procedimiento, es una técnica, que, al contrario de la diálisis peritoneal, la sangre pasa por un filtro a una máquina donde ésta es depurada, sustituyendo así las funciones del riñón. Aunque, esta técnica no supe algunas funciones importantes del riñón, como las endocrinas y metabólicas, supe las funciones de excreción de solutos, eliminación del líquido retenido y regulación del equilibrio ácido-base y electrolítico [6]

El proceso de hemodiálisis se realiza como un esfuerzo para extender la vida del paciente permitiendo restaurar la función renal dañada con el fin de mejorar su bienestar y la función de los riñones, sin embargo, limpiar la sangre puede ser reemplazado por una máquina de hemodiálisis, pero el proceso causa problemas de salud a los pacientes y la dependencia de la máquina de hemodiálisis también provoca problemas físicos, psicológicos y sociales percibidos, como la carga para quien la padece. Una de las causas de la disminución del estado psicosocial de los pacientes en hemodiálisis es la falta de adaptación a la situación actual. En términos prácticos la hemodiálisis no cura la ERCT, mantiene vivo al paciente [12].

Los pacientes sometidos a hemodiálisis suelen acudir a los centros de diálisis dos o tres veces por semana durante tres o cuatro horas por sesión, lo que puede influir tanto en su vida profesional como personal. Por el contrario, la diálisis peritoneal puede realizarse de forma independiente o con la ayuda de un cuidador, en casa, en el trabajo o en cualquier otro lugar limpio. Este tratamiento se puede realizar varias veces al día cada 4-5 horas y con un mayor período de pausa por la noche (utilizando el método manual CAPD), o de forma continua durante la noche, mediante una máquina que realiza intercambios durante 8-10 horas consecutivas. (con el método automático APD). Asimismo, hay pruebas que parecen indicar que las terapias de diálisis más prolongadas y frecuentes se asocian con mejores resultados, lo que está en total concordancia con la fisiología hemodinámica y renal. [11]

No obstante, estas terapias sostenibles afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes tanto física como mentalmente, ya que deben adaptarse a un nuevo estilo de vida. Además, la mayoría de los pacientes encuentran complicado aceptar

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

una nueva imagen, hábitos, dependencia total de la máquina para sobrevivir, cambios en su salud física, actividades limitadas, un plan de tratamiento riguroso y restricciones dietéticas por lo que eventualmente, su estado funcional, relación personal, estado social y económico se ven afectados considerablemente, experimentando diferentes niveles de malestar en respuesta a varios tipos de estresores fisiológicos y psicosociales. Sin embargo, las estrategias de afrontamiento pueden afectar la morbilidad o la mortalidad. Además, el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes depende de su experiencia personal, sistema de apoyo social (principalmente la familia), creencias individuales y disponibilidad de recursos [13]

Considerando entonces que la insuficiencia renal es una enfermedad crónica y catastrófica, con frecuencia su diagnóstico y tratamiento afectan de manera importante la estructura de vida del paciente y su entorno, pues se relaciona con el sufrimiento y el riesgo de muerte, el paciente se ve sometido a cambios amenazadores vinculados directamente con la enfermedad: los efectos secundarios de los tratamientos, la angustia asociada a la incertidumbre que los caracteriza, los tiempos de espera, el cambio de roles del enfermo, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en la imagen corporal, el afrontamiento de la propia muerte y lo que conlleva[8] En consecuencia, los pacientes pueden experimentar una gran cantidad de problemas emocionales y psicológicos, de ahí que la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas es alrededor de 1,5 a 4 veces mayor que en la población general[14]

El autocuidado es una forma de mejorar el estado de salud en los pacientes, manejándose a sí mismos mediante cambios en el estilo de vida de ellos mismos, ya que pueden aumentar la motivación, la capacidad personal, controlar la capacidad para lograr cosas buenas y desarrollar diversas capacidades para mejorar. Según resultados obtenidos el nivel de autocuidado de pacientes en hemodiálisis es inferior al nivel ideal de autocuidado, ya que los pacientes sienten que son una carga para su familia, lo cual disminuye la probabilidad por tanto de reducir la morbilidad, la mortalidad, las complicaciones y aumentar la esperanza de vida del paciente[15] Por ello la familia es la red de apoyo social más cercana y de mas fácil acceso para los individuos, y se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros. La existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud; por el contrario, su ausencia, genera malestar y vulnerabilidad [9]

De tal forma que las familias todavía se consideran el primer y principal apoyo en el cuidado de pacientes crónicos. No es la excepción en los cuidadores de los pacientes en hemodiálisis , ya que en la mayoría de los casos, los cuidadores son miembros de la familia y juegan un papel clave en el apoyo a este tipo de pacientes



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

pues debido a la dificultad para predecir el procedimiento de la enfermedad y al alto nivel de necesidades de atención de los beneficiarios de la atención, los cuidadores tienen menos posibilidades de planificar su actividades y están ansiosos y temerosos de su futuro, generando que dediquen la mayor parte de su tiempo a satisfacer las necesidades del paciente[11]

Asimismo, los miembros familiares ante la presencia de alguna enfermedad experimentan graves conflictos y problemas de relación entre sí, que se derivan tanto de la manera de entender la enfermedad como de las estrategias que se emplean para manejar la situación. El cuidador primario, que comúnmente es un miembro familiar, sufre ciertas restricciones en su vida personal, experimenta consecuencias económicas negativas y, con el tiempo, ocurren cambios en su relación con el paciente. De ahí la importancia de saber que el funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia [8]

Reconociendo el importante papel de las familias, la Nacional Kidney Foundation y otros organismos relevantes recomiendan la participación de la familia en las sesiones de asesoramiento sobre el manejo de la ERT, en donde se plantean preocupaciones sobre la autonomía del paciente e involucran su decisión y la de la familia para optar por el tipo de tratamiento que se llevara a cabo. [16]

Considerando entonces, la relevancia del apoyo familiar por todo lo descrito anteriormente, es importante desde el punto de vista del médico familiar conocer el tipo de funcionalidad familiar que se tiene y las redes de apoyo con las que se cuenta para poder emitir un diagnóstico y un tratamiento enfocado en poder ayudar en el ámbito psicosocial al paciente.

La funcionalidad familiar se define como la percepción del individuo sobre el funcionamiento global de su familia. Es determinada a través de la satisfacción sobre la relación familiar, la cual es explorada en 5 dimensiones: adaptación, participación, desarrollo, afecto y resolución. Ésta juega un rol importante en el proceso salud-enfermedad ya que, además del cumplimiento de las 5 funciones básicas (cuidado, afecto, socialización, estatus y reproducción), la familia debe garantizar el desarrollo personal y facilitar la socialización individual de cada miembro, a la par que el mantenimiento de la identidad y la cohesión grupal. En caso de que la familia no sea capaz de crear dicho entorno, se favorece la disfunción familiar; y una característica de las familias disfuncionales es la discrepancia entre los miembros de la familia respecto a la percepción de la vida familiar [17]. De tal forma que la disfuncionalidad familiar impacta en el estado de salud de los miembros, favoreciendo la aparición de crisis o eventos psicológicos graves. Se han asociado distintos factores con disfunción familiar, tales como el déficit de apoyo social, ser viudo, separado o divorciado, una mayor percepción de susceptibilidad-gravedad ante la enfermedad y ser hiperfrecuentador de servicios médicos [18]



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Aunado a lo anterior, la literatura señala que el automanejo de la enfermedad está relacionado con el contexto familiar puesto que los cambios conductuales que demanda exigen un importante apoyo del grupo familiar, de forma que los miembros auxilien al paciente en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas para el manejo del padecimiento. Es en este contexto donde el automanejo puede estar influenciado por el rol que desempeña la familia, promoviendo un adecuado automanejo de la enfermedad crónica o dificultandola. Ahora bien, la familia es un soporte importante para el automanejo, pero es necesario que tanto ellos como el paciente estén suficientemente informados sobre la enfermedad y necesidad de cuidado, para así constituirse (la familia) en entes de soporte facilitadores y no estresores.

Para los individuos y las familias, el manejo de condiciones crónicas conduce a la mejora de sus resultados en la salud, aumento de la calidad de vida y reajuste de los gastos de salud; involucrar a la familia en la práctica de actividades que promuevan los estilos de vida saludables y reconocer a esta como un apoyo fundamental para el comportamiento de automanejo es de suma importancia para mejorar los resultados esperados conforme a la condición crónica de salud [12]

Los cuidadores de los pacientes con insuficiencia renal, que son tratados con hemodiálisis, deben brindar tanto apoyo emocional como atención a otras necesidades ya sea en casa o en la sala de diálisis. Por lo tanto, los cuidadores también pueden experimentar angustia psicológica, física y social y muchos otros problemas como consecuencia debido a la necesidad de proporcionar cuidados a largo plazo, el curso prolongado de la enfermedad, la posibilidad de complicaciones de la hemodiálisis, las nuevas necesidades que surgen y los cambios importantes en el estilo de vida, que pueden crear tensiones graves y perturbar la salud. Del mismo modo, pueden enfrentar una disminución de los ingresos, trastornos sexuales y la necesidad de manejar los problemas psicológicos resultantes, además de las posibilidades de faltar al trabajo, solicitar una licencia obligatoria o salir temprano del lugar de trabajo para cuidar a los pacientes en el hogar, lo que aumenta la cargas y tensiones experimentadas por los cuidadores familiares [19] Generando que la carga de los cuidadores tenga un impacto directo sobre la calidad del cuidado prestado y no se da la excepción en los cuidados de pacientes en hemodiálisis en quienes puede provocar inestabilidad y ambigüedad en la vida personal del cuidador[20] Según estudios la angustia emocional y psicológica es común en los cónyuges cuidadores en relación con sus valores culturales y tradicionales, pues las demandas asociadas con la prestación de atención a las personas en diálisis pueden hacer que los cuidadores tomen decisiones ineficaces que podrían afectar negativamente la forma en que el cuidador gestiona las necesidades de salud personales de la persona en diálisis[21]. Si bien los miembros de la familia brindan un apoyo considerable, sus percepciones sobre el cuidado de alguien con ERC avanzada no están bien documentadas, por lo que una mejor comprensión de las experiencias de estos dos grupos puede conducir a una mejor

atención al final de la vida. Seguir a las personas con ERC y a sus familias a lo largo del tiempo brinda oportunidades para comprender mejor cómo cambian sus percepciones y necesidades a medida que se acerca la muerte [22]

La hemodiálisis y diálisis peritoneal corrigen algunos síntomas del paciente provocando cambios en el estilo de vida. Hay estudios que demuestran mejor calidad de vida con diálisis peritoneal en comparación con la hemodiálisis [23]. Retomando lo anterior, un estudio reciente encontró que la mayoría de los pacientes sometidos a tratamiento con hemodiálisis vivían con miedo a la enfermedad y tenían miedo de su futuro, ya que se sentían dependientes de la diálisis y no podrían sobrevivir sin ella, presentando alteraciones emocionales que pueden estar generadas por las numerosas pérdidas a las que tiene que hacer frente el paciente renal (pérdida de la función renal, del bienestar, de su lugar en la familia y en el trabajo, de recursos financieros y de su función sexual), por la continua incertidumbre en la que vive (respecto a su supervivencia, dependencia de la tecnología médica, etc.), el estrés inherente a las sesiones de diálisis, las graves restricciones dietéticas, etc. [24] Varios pacientes también mencionaron preocupaciones sobre su fragilidad que puede aumentar la dependencia de los miembros de la familia, especialmente del cuidador que representa la principal fuente de apoyo, llevando a lo descrito anteriormente, que los familiares cercanos también experimenten ansiedad y sobrecarga y su vida puede verse considerablemente alterada debido a los desafíos que la ERT y la EH imponen en la estructura familiar y en la vida del cuidador.[25]

La familia es la institución básica de la sociedad, ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su inserción en la vida social, y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en ella como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre. La familia constituye la más importante y efectiva red de apoyo social, y desempeña un papel clave en el proceso salud-enfermedad pues influye en que sus miembros asuman conductas protectoras de su salud o por el contrario conductas de riesgo que pueden favorecer la aparición de determinadas enfermedades y agravar las ya existentes. En la familia se fomentan estilos de vida saludables, se presenta la enfermedad, se recupera la salud y se apoya en el momento de morir. Por otro lado el afrontamiento familiar se relaciona con la capacidad que tiene la familia de movilizarse y tomar decisiones que contribuyan a solucionar los problemas, interviniendo en esto las experiencias anteriores en el enfrentamiento a otros problemas, el funcionamiento de la familia y la situación económica[26].



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

En la dinámica familiar incluye determinantemente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación[27] Por otro lado, las investigaciones han demostrado que la aparición de una enfermedad terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento como en su composición ya que estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia entre sus miembros a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar [28]

Las funciones de la familia son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, reconociéndose las funciones de socialización, afecto, cuidado, estatus, reproducción. Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia. Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal. Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar. Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determina- da posición ante la sociedad. Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad [29]

En el funcionamiento familiar influyen varios aspectos y elementos, por ejemplo, las habilidades positivas de comunicación, asociadas con la cercanía, la atención y el apoyo, que le permiten a la familia compartir sus necesidades y preferencias. Por otro lado, en contraste, mensajes ambiguos y la crítica contribuyen al establecimiento de patrones de interacción negativos, que reducen la capacidad de sus miembros para compartir sus sentimientos. En este proceso, el apoyo de la familia, visible en la expresión de aceptación, apreciación, reconocimiento, elogios y aliento, está negativamente relacionado a la crítica de otros miembros de la familia.

Otros factores importantes que influye en el funcionamiento familiar son las reglas y límites establecidos y que modulan las interacciones, los cuales se vuelven rutinarios y se convierten en principios que gobiernan la vida familiar. Dichos límites deben ser claros y precisos para que cada quien pueda llevar a cabo sus funciones sin interferir con las de los otros y siempre manteniendo la cercanía con los demás integrantes de la familia. Estos elementos se asumen como patrones recurrentes de



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

interacción que definen los límites de las conductas aceptables y apropiadas en la familia, reflejan sus valores como sistema y definen los roles de sus miembros[30]

El cuidador primario quien es un miembro de la familia sufre ciertas restricciones en su vida personal, experimenta consecuencias económicas negativas y con el tiempo ocurren cambios en su relación con el paciente, de ahí la importancia de saber que en el funcionamiento familiar están implicados la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia y ésta puede cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares, de tal manera que el funcionamiento será balanceado cuando posibilite a la familia a cumplir exitosamente con los objetivos y las funciones que le están asignados; por el contrario la disfuncionalidad es la incapacidad de las familias para relacionarse y modificar sus niveles de cohesión y adaptabilidad[31].

El estado emocional de los pacientes con ERC pocas veces es atendido, atribuyendo el fracaso de este tratamiento a variables relacionadas a aspectos biológicos, no siempre se da prioridad necesaria a los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología como en su evolución, a mediano plazo. Por lo que la intervención psicológica en el comportamiento del paciente con enfermedad crónica a nivel cognitivo, emocional, conductual y social contribuye a un mejor afrontamiento, permitiendo una readaptación más rápida con la finalidad de que reanude una vida que se reacomode a las nuevas condiciones, con una calidad que el curso de la enfermedad lo permita. Muchas son las pérdidas en el paciente con IRC, por mencionar algunas se encuentran los cambios en la rutina diaria como salud, alimentación, imagen corporal, autonomía, autoestima, bienestar físico y emocional, rol familiar, de pareja, trabajo, estilo de vida y sexualidad, entre otros

La escasa adherencia terapéutica en el paciente renal parece ser una constante con consecuencias como la malnutrición, daño en huesos, falla cardíaca, muerte, lo cual se podría explicar a que los tratamientos de sustitución renal no son curativos sino invasivos y además implican un alto costo económico, familiar, laboral y social como previamente se había mencionado. Por lo que es muy importante atender el estado emocional de los pacientes con ERC a fin de favorecer una adecuada adaptación al proceso terapéutico prescrito por el médico tratante, lo cual tendría un impacto positivo en la reintegración a su vida diaria, mayor adherencia al tratamiento, mantener un estado de autonomía e independencia y por lo tanto en la calidad de vida del paciente que posponga en la medida de lo posible la discapacidad y el sufrimiento tanto en los pacientes como en su familia[32]



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Por lo antes mencionado es preciso saber que el psicólogo de la salud trabaja sobre variables que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, entendido este como el conjunto de comportamientos efectivos para cumplir con las prescripciones médicas (farmacológicas y no farmacológicas) que se requieren para el control de la enfermedad debido a que la persona con ERC sufre alteraciones psicológicas de tipo cognitivo, afectivo-emocional y conductual que lo llevan a sabotear el tratamiento. De igual manera, para los psicólogos es necesario promover los mecanismos de adaptación a la enfermedad, entendida como la habilidad y capacidad de una persona para responder al cambio en su estilo de vida y para adaptarse a una situación estresante manteniendo su integridad orientada hacia la salud y el crecimiento [33]

Con lo anterior es importante conocer que los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, ya que permiten desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico y promueven el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo, por lo que son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar.

Asimismo, estos instrumentos permiten al médico identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuál es 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.

Dentro de los instrumentos más usados tenemos al APGAR familiar, el cual 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. Asimismo, 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, sin embargo, a pesar de ser un cuestionario practico cuya realización se puede llevar en corto tiempo, tiene una baja sensibilidad y especificidad, lo cual lo hace opción secundaria comparado con otro tipo de cuestionarios que miden la funcionalidad familiar. [34]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Por otro lado, el cuestionario FFSIL el cual es un instrumento confeccionado para permitir diagnosticar el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros. Se parte del principio de que sea sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal (médico de familia, enfermera, trabajadora social, etcétera).[35]

Dicho cuestionario permite una aplicación fácil y cómoda en la atención primaria tanto por médicos como por enfermeras, con relativamente corto tiempo de entrenamiento. Este cuestionario permite evaluar la *cohesión* (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas), la *armonía* (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), la *comunicación* (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa), la *permeabilidad* (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones), la *afectividad* (capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), los *roles* (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar), y la *adaptabilidad* (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera). Es un instrumento auto aplicable que permite la valoración cuantitativa y cualitativa de la funcionalidad familiar consta de 14 preposiciones y mide las 7 variables ya descritas (cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad), a través de una escala de 1- 5 puntos según la percepción del miembro familiar y la suma de las respuestas totaliza un puntaje global que permite al investigador calificar a la familia como funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos)[36] permitiendo identificar el factor causante del problema e intervenir sobre este. Dicho instrumento tiene una *sensibilidad* de 85 % y *especificidad* del 75%. [41]

En lo que respecta a otro rubro del estudio de familia se encuentra la tipología familiar la cual cuenta con la clasificación de familias en base al Consenso Mexicano, la cual las clasifica en base a la presencia física y convivencia, en base al parentesco, en base a medios de subsistencia y en base a su nivel económico. El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco. [37]



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Si bien se han descrito diversos estudios acerca de la familia, sobre todo sociológicos, actualmente existe escasa literatura sobre la tipología familiar para el abordaje en medicina familiar, que permita identificar los nuevos tipos de familia en México en la actualidad. Este hecho se debe a que persiste el estudio y orientación al tipo de familia «tradicional» (nuclear o extensa), constituida por padres, hijos y, ocasionalmente, abuelos, lo cual no ha permitido conocer los nuevos tipos de familias ni reconocer sus necesidades para priorizar la atención desde la tipología familiar[39] Y ya que han acontecido transformaciones en las últimas décadas a nivel demográfico, social y económico, han dejado también su huella en las formaciones familiares, de manera que se ha tornado sumamente complejo aportar una única definición de familia que abarque a la totalidad de tipos existentes en la actualidad. Así, en los últimos años, el modelo de familia tradicional nuclear ha ido cediendo espacio a una gran diversidad de tipologías familiares, aumentando el interés por el ajuste psicosocial de sus integrantes[40].

3.- JUSTIFICACIÓN.

La enfermedad renal crónica en la actualidad es un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud; sobre todo partiendo del hecho de que su principal causa es otra patología que por sí misma también representa un gran problema de salud, la diabetes mellitus. La diabetes mellitus tipo 2 es la causa más común de ERC y enfermedad renal sustitutiva, ya que el 40% de los pacientes con esta enfermedad presentan lo que ahora se conoce como Enfermedad renal diabética, la cual es una de las principales causas sino es que la principal de enfermedad renal terminal en todo el mundo, estimándose en 20 millones de personas en E.U.

En lo que respecta a nuestro país, México ocupa uno de los primeros lugares en el mundo en diabetes mellitus, aunado al hecho de que debido a diversos factores el paciente no se apega a un tratamiento ya sea médico o farmacológico, esto deriva en una significativa proporción de pacientes que desarrollan enfermedad renal y que a su vez llegan a fase terminal, siendo ésta una de las principales causas de muerte y discapacidad.

Una de las características de la enfermedad renal es su comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida.

Los pacientes que cursan con enfermedad renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Por lo que se ven obligados a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

cotidiana; por lo que, ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible.

Considerando que en la dinámica familiar influye determinantemente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación.

La familia es considerada, ante todo, no como una institución que se relaciona con otras instituciones sociales, sino como una dimensión fundamental de la existencia, una dimensión de la persona, su modo de ser, el modo más inmediato en el que se manifiesta que la persona existe para la comunión, y que se realiza a sí misma solo en comunión con otras personas. Por tanto, la familia constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana, para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su inserción en la vida social, y la transmisión de valores culturales de generación en generación.

La familia constituye la más importante y efectiva red de apoyo social, y desempeña un papel clave en el proceso salud-enfermedad pues influye en que sus miembros asuman conductas protectoras de su salud o por el contrario conductas de riesgo que pueden favorecer la aparición de determinadas enfermedades y agravar las ya existentes. En la familia se fomentan estilos de vida saludables, se presenta la enfermedad, se recupera la salud y se apoya en el momento de morir.

El enfoque familiar presupone una visión holística de la génesis y manifestación de la salud y la enfermedad, expresa la puesta en práctica de los principios de la concepción socio psicológica de la salud y la consideración de la familia como grupo complejo que regula la salud y como unidad básica de atención.

A la hora de la aplicación del enfoque familiar se tiene en cuenta a la familia en las políticas, las leyes, los planes y programas sociales y de salud, en la organización de los servicios médicos y en el contenido de las funciones asistenciales, docentes e investigativas de los profesionales de la salud. El campo de salud del grupo familiar se ha estructurado para fines didácticos en seis dimensiones configurativas: contexto socioeconómico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de la vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social.

Es importante saber que una familia funcional o moderadamente funcional, se va a caracterizar por ser familias cohesionadas con una unión familiar física y emocional



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. A diferencia de las familias disfuncionales en las que se trata de un espacio donde no se valora al otro, sin apoyo y no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que pueden generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida.

De tal forma que la disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo.

La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las tantas enfermedades donde el papel desempeñado por la familia resulta vital en la adaptación del paciente a la enfermedad, e influye mucho y a la vez es importante por las características propias de la enfermedad, tener un adecuado afrontamiento familiar, el cual se define como la capacidad que tiene la familia de movilizarse y tomar decisiones que contribuyan a solucionar los problemas. Interviene en esto las experiencias anteriores en el enfrentamiento a otros problemas, el funcionamiento de la familia y la situación económica.

Debido a las limitaciones que acarrea el padecer esta enfermedad, muchos de los pacientes se ven en la necesidad de abandonar su vida habitual, entre ellos su vida laboral, lo que provoca en la familia grandes conflictos pues se ve afectada la economía familiar y esta persona se vuelve dependiente de sus familiares para su sustento y para la realización de las labores hogareñas, por lo que en la mayoría de las familias debe realizarse una reestructuración de los roles ya establecidos.

A causa de las complicaciones de la enfermedad estos pacientes tienen continuos ingresos hospitalarios y en ocasiones largas estadías (de uno a dos meses), así como visitas continuas a los servicios de salud para valoración o aplicación de su tratamiento (hemodiálisis), lo que puede provocar en la familia dificultades en la planificación de quien o quienes deben asumir el cuidado del paciente.

Por si mismo el diagnóstico de ERC provoca en el paciente estados emocionales negativos como tristeza, llanto, irritabilidad, intranquilidad, trastornos en el sueño y la alimentación, entre otros; a la hora de disminuir estos la familia juega un papel primordial y abordar estos casos teniendo en cuenta el enfoque familiar contribuye



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

a una recuperación del paciente y de este modo que logre adaptarse a la enfermedad y adopte además estilos de vida saludables que contribuyen a disminuir las complicaciones y los ingresos hospitalarios, posibilitando así una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

El estudio de la familia en los pacientes con ERC y particularmente el relacionado con el funcionamiento familiar es un campo poco explorado y con muchas posibilidades de desarrollo científico, por sus implicaciones teórico-prácticas. Además de que como médico de primer contacto y encargado de atención primaria es importante conocer el contexto de los pacientes para así proporcionar un mejor tratamiento integral y conocer lo que se puede esperar en un futuro próximo derivado de las circunstancias en las que se encuentran.

A partir de esto surge la interrogante de ¿Qué funcionamiento familiar tienen las familias de los pacientes que se encuentran con tratamiento en hemodiálisis?

El presente protocolo de investigación se realiza con la finalidad de caracterizar las familias de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de la Unidad de Medicina Familiar con UMAA 162 en el año 2022, mediante el uso de cuestionarios para medir la funcionalidad familiar, los cuales son el cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL el cual mide las variables de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, con la finalidad de orientar y tratar de mejorar la calidad de vida de los derechohabientes y mejorar su entorno familiar al tener caracterizadas a las familias y poder brindarles mayor atención tanto en el área terapéutica como para derivar al área correspondiente lo que amerita apoyo psicológico y de esa forma tenga un mejor apego al tratamiento, lo cual para el instituto reducirá el número de derechohabientes que se complican y generan mayor gastos económicos y de ocupación hospitalaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El papel desempeñado por la familia en los pacientes con ERC resulta vital en la adaptación del paciente a la enfermedad. El estudio de la familia en los pacientes con ERC y particularmente el relacionado con el funcionamiento familiar es un campo poco explorado y con muchas posibilidades de desarrollo científico, por sus implicaciones teórico-prácticas, aunado al hecho de que como médico de primer contacto y encargado de atención primaria es importante conocer el contexto de los pacientes para así proporcionar un mejor tratamiento integral, conocer las redes de apoyo con las que cuentan y lo que se puede esperar en un futuro próximo derivado de las circunstancias en las que se encuentran. A partir de estos hechos surge la interrogante:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la UMF/UMAA 162?



OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la UMF/UMAA 162

Objetivo Específicos

- Identificar el género en la que predomina la funcionalidad y disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la UMF/UMAA 162 en el año 2022
- Identificar el rango de edad en la que predomina la funcionalidad y disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en la UMF/UMAA 162 en el año 2022

6.- HIPÓTESIS.

Las hipótesis en el presente estudio se llevaron a cabo por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren su desarrollo. Basado en los objetivos se plantean las siguientes hipótesis:

Hi: Los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis de la UMF/UMAA 162, presentan disfunción familiar en el 40 % de los casos.

Ho: Los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis de la UMF/UMAA 162, no presentan disfunción familiar



MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE INVESTIGACION:

Es un estudio de investigación descriptivo, transversal, prospectivo, observacional.

DISEÑO DE ESTUDIO.

Para la realización del presente estudio, se incluirán pacientes con el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, durante el periodo de Julio a noviembre de 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.

Periodo y sitio de estudio.

Se llevará a cabo en la UMF / UMAA 162, en un periodo comprendido entre Julio 2022 y noviembre 2022

Universo de trabajo.

Pacientes derechohabientes de la UMF/UMAA 162 con el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, que comprende una población de 49 pacientes que habitan principalmente en la zona oriente de la delegación Iztapalapa y zona norte de la delegación Tláhuac.

Unidad de análisis

Paciente con diagnóstico de ERC que recibe tratamiento de hemodiálisis en la UMF/UMAA 162

Criterios de inclusión:

1. Paciente derechohabiente en la UMF/UMAA 162 con diagnóstico de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal con hemodiálisis
- 2.-Paciente con más de 2 meses en tratamiento sustitutivo de la ERC con hemodiálisis
- 3.- Paciente mayor a 18 años
- 4.- Paciente que acepte participar en el estudio



5.- Paciente que no se encuentre en estado crítico que le imposibilite realizar el llenado del cuestionario

7.5.2 Criterios de exclusión:

- 1.- Paciente que no acude al servicio de hemodiálisis de la UMF/UMAA 162
- 2.-Paciente que no quiera participar en estudio
- 3.- Paciente que no acepte firme el consentimiento informado
- 4.- Paciente con discapacidad mental
- 5.-Paciente que no sepa leer ni escribir
- 6.- Paciente en estado grave al momento del estudio
- 7.- Paciente que viva solo

7.5.3 Criterios de eliminación:

- 1.- Paciente con cuestionario incompleto
- 2.- Paciente que no llene adecuadamente el consentimiento informado

8.- MUESTREO.

8.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realizará un estudio con el 100% de la muestra, donde se conoce una población finita de 49 pacientes en tratamiento con hemodiálisis en la UMF/UMAA 162

9.- VARIABLES

Variable independiente: Enfermedad Renal Crónica

Variable dependiente: Funcionalidad familiar

Variables universales:

- Edad
- Sexo

Otras variables:

- Comorbilidades



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	Tipo de variable	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Definición operativa	Escala de medición	Valores
Rango de Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo en rangos	Rango de años enteros	Discreta	28 a 45 años 46 a 63 años 64 a 82 años
Sexo	Cualitativa	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Masculino Femenino	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	cualitativa	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel académico	ordinal	1. Primaria. 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Posgrado
Comorbilidad	cualitativa	Asociación de enfermedades donde una tiene carácter protagonista	Ausencia o existencia de comorbilidad	Nominal dicotómica	1. Sí 2. No
Tipo de comorbilidad	Cualitativa	Asociación de enfermedades donde una tiene carácter protagonista	Comorbilidad que presenta	nominal	1. diabetes mellitus. 2. hipertensión arterial. 3. Diabetes + hipertensión 4. Alteración a nivel renal. 5. otros
Funcionalidad Familiar	Cualitativa	capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que se atraviesa	Tipo de funcionalidad en familia	nominal	1. Funcional. 2. Moderadamente funcional. 3. Disfuncional. 4. Severamente disfuncional



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Tipología Familiar por parentesco	Cualitativa	Tipo de familia según clasificación del Consenso de Medicina Familiar 2005 por la presencia física en el hogar (parentesco)	Tipología familiar por parentesco	nominal	1.nuclear 2.nuclear simple 3. nuclear numerosa 4. reconstruida 5. monoparental 6. monoparental extensa 7. extensa 8. extensa compuesta 9. no parental 10. grupo similar a familia
-----------------------------------	-------------	---	-----------------------------------	---------	--

10.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Previa autorización del estudio por el Comité Local o Nacional de Investigación y de las autoridades de la UMF/UMAA 162, se realizará estudio en un periodo comprendido entre Julio 2022 a noviembre 2022 a los pacientes derechohabientes de la UMF/UMAA 162 mayores de 18 años que cuentan con el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis que acudan a la consulta externa de nefrología y a su sesión de hemodiálisis en la UMAA 162, CDMX sur. Se realizara el estudio por medio de encuestas, utilizando una cedula de identificación personal para obtener información personal de las características sociodemográficas y cuestionario de FF-SIL sobre el tipo de funcionalidad familiar, con previo llenado de consentimiento informado a los pacientes mayores de 18 años que acepten para la realización de dichos cuestionarios, estimando realizar aproximadamente 10 encuestas a la semana en un horario matutino entre 8:00hrs y 10:00 hrs y vespertino de 14:00 a 16:00 hrs.

ANALISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS Statistics de Mac Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de distribución de frecuencias.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Se aplicará un cuestionario FF-SIL sobre el tipo de funcionalidad familiar, compuesto por 14 ítems, ya que es un instrumento validado, previamente utilizado para evaluar la funcionalidad familiar



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Interpretación: Se pide al paciente marque un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia, cada criterio da una puntuación. La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar.

Puntuación: la suma total de 70-57 puntos es familia funcional, de 56 a 43 puntos moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos disfuncional y de 27 a 14 puntos moderadamente disfuncional

METODO DE RECOLECCION

Dentro de la UMF/UMAA 162 se identificarán a los pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis, que además son derechohabientes y se le explicara el motivo por el cual se realiza es estudio y se le solicitara amablemente que participe en él, explicándole claramente los alcances del mismo y la forma en que se cuidaran sus datos personales. Posteriormente se le proporcionará la hoja de consentimiento informado y se le explicará la forma de su llenado, además se entregará la hoja de instrumento de recolección de datos sociodemográficos y de FF-SIL sobre el tipo de funcionalidad familiar

Control de sesgos de información:

- Se efectuará una investigación sistemática de la literatura respecto al tema en fuentes de información confiable.
- El instrumento para la recolección de los datos se someterá a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de selección:

- Se elegirán pacientes que acuden a hemodiálisis de la UMF/UMAA 162 en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

- Se aplicará el instrumento FF-SIL sobre el tipo de funcionalidad familiar, el cual fue validado en mayo de 1994

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificarán los datos recabados.
- Los resultados serán analizados mediante el programa validado S.P.S.S versión 25 de Macbook, que servirá para la elaboración de tablas y gráficos,



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

además se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.

- No se manipularán los resultados.

PRUEBA PILOTO

Se utilizará para evaluar un instrumento ya validado en estudios previos por lo que no se realizará prueba piloto.

11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.

11.1.-Se someterá este estudio de acuerdo al **Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud**, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, de acuerdo a lo establecido en su artículo 115, el cual señala que "Las investigaciones se desarrollaran de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar" En este sentido, el protocolo de investigación será el documento en el que se describirán amplia y cuidadosamente todos los aspectos metodológicos y éticos necesarios para llevarlo a cabo. Asimismo, en **el artículo 17**, en su categoría **II. Investigación con riesgo mínimo**: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Artículo 20, en su categoría **I. Disposiciones Comunes**. - se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 116 en su categoría De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud.- Las investigaciones se desarrollaran de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permiten valorar el estudio que se propone realizar.

Por otro lado, la **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 4 nos dice que: “El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y a conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber”. Característica que se aplica durante el protocolo ya que los conocimientos que se obtengan son en beneficio de nuevos pacientes que se encuentren en las mismas características que nuestra población de estudio, con el fin de darle un enfoque preventivo y una atención integral.

Otro punto en el que se basa este protocolo es el apartado 6, el cual refiere que “El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad”. Ya que con la información obtenida se puede hacer mejora en las intervenciones preventivas y se tiene certeza de que esta intervención es segura, eficaz, accesible y de calidad.

Por lo anterior se considera este estudio de acuerdo al **Reglamento de la Ley General de salud, categoría I.- “Investigación bajo riesgo”**

12.4.-Código de Núremberg

Asimismo, el protocolo se basa en el Código de Núremberg en el principio 1 el cual dice que “Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano” por lo cual durante el estudio se le explicara detenidamente en que consiste y las características de éste, así como se solicitara que de estar de acuerdo llene el consentimiento informado que se le entregara para realizar los cuestionarios”.



También se cumple con el principio 4: “El experimento debe ser realizado de tal forma que se evitó todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño”. Puesto que únicamente se realizará con previo consentimiento informado los cuestionarios ya descritos, sin interferir física o mentalmente en los pacientes.

12.5.-Código de bioética en Medicina Familiar (IMSS)

Según el Código de bioética, la realización del estudio será apegado a el artículo 1 de dicho código, el cual dicta: “Atender de manera integral al trinomio individuo-familia-comunidad, se considerará el contexto sociocultural en todo lo referente al proceso salud-enfermedad, en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, al hacer énfasis en la atención a la salud familiar. Puesto que el estudio va encaminado precisamente al trinomio individuo-familia-comunidad y ver el impacto que tiene en este caso la disfunción familiar en el entorno y desarrollo de la enfermedad del paciente, haciendo énfasis en la atención a la salud familiar.

12.6. INFORME BELMONT

El protocolo también contempla el informe Belmont, el cual intenta resumir los principios éticos básicos identificados por la Comisión en el curso de sus deliberaciones. En la realización de nuestra investigación nos fundamentamos en los principios éticos básicos que refiere este informe: Respeto a las Personas, beneficencia y justicia.

El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. En la mayoría de los casos de investigación incluyendo sujetos humanos, el respeto a las personas exige que los sujetos participen en la investigación voluntariamente y con información adecuada

Beneficencia: El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, beneficencia se entiende en un sentido más fuerte, como obligación. Las obligaciones de beneficencia afectan tanto a los investigadores individuales como a la sociedad en general, porque se extienden tanto a proyectos de investigación particulares como a la institución de la investigación en su totalidad. En el caso de proyectos particulares, los investigadores y miembros de sus instituciones están obligados a



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162**

planear el incremento de beneficios y la reducción del riesgo que pudiera ocurrir como resultado de la investigación. En el caso de la investigación científica en general, los miembros de la sociedad están obligados a reconocer los beneficios y riesgos a largo plazo que puedan resultar del desarrollo del conocimiento y del desarrollo de nuevos procedimientos médicos, psicoterapéuticos y sociales.

Justicia: Una injusticia ocurre cuando un beneficio al que una persona tiene derecho se niega sin razón válida o cuando se impone una responsabilidad indebidamente. Otra manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad

Y por otro lado las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento informado, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación, a lo cual nos apegamos en la realización del protocolo.

Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los pacientes derechohabientes que se encuentren con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y acudan a su sesión de tratamiento, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio son que al caracterizar el tipo de funcionalidad en que se encuentran los pacientes con enfermedad renal en tratamiento con hemodiálisis de la UMF/UMAA 162, los que sean detectados con algún grado de disfunción familiar serán canalizados a las estancias necesarias, entre ellas a psicología y se les informara de instancias o programas institucionales o externos que puedan favorecer sus redes de apoyo, asimismo se le informara a su médico familiar correspondiente para que pueda darle un seguimiento (y de ser posible realizársele estudio de familia) y se le pueda brindar la asesoría de acuerdo al nivel de intervención familiar que se requiera, por lo que el médico familiar podrá tener las herramientas para prever eventos que interfieran en el desarrollo de su enfermedad, así como complicaciones y limitaciones, de tal forma que pueda dar un manejo basado en las características biopsicosociales del paciente y una orientación acorde al nivel de intervención que se requiera. Los resultados del presente estudio serán operados de manera privada con fines del proceso de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento de informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.



.12.2 Conflictos de interés.

Es importante puntualizar que, para la realización de dicho estudio, el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

13.- RECURSOS:

13.1 Humano

- Investigador principal: Dra. Rosa Madrigal Moran
- Médico Residente: Valeria Ivette Garcilazo Cruz
- Asesor Clínico: Dra. Mónica Rojas Arriaga
- Asesor Metodológico: Dra. Elizabeth Guadalupe Nájera Sánchez

Físicos:

- Unidad de Medicina Familiar /UMAA 162, en el área de hemodiálisis

13.2 Materiales

- Computadora-1
- Lápices-10
- Plumas 10
- Hojas: 200
- Foliadora
- Hoja de Recolección de Datos: 100
- Consentimiento Informado: 48

13.3 Económicos.

El presente trabajo no tiene financiamiento Institucional ni extra institucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles serán financiados por los investigadores.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

RECURSO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
HUMANO	Encuestador	1	0
MATERIAL	Computadora	1	15,000
	Impresora	1	5000
	Tinta para impresora	1	300
	Hojas blancas	800	138
	Lápices	10	80
	Internet	1	300
	Fotocopias	800	1600
	Calculadora	1	100
	Programa SPSS	1	1051
	Foliadora	1	500
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por la investigadora		

13.4 Factibilidad.

Se realizará dentro de las instalaciones de la UMF/UMAA 162, previo consentimiento informado y de manera directa al interrogar a los pacientes que decidan participar en el estudio, el cuestionario se hará de manera directa a los pacientes en un lapso no mayor a 15 minutos, al terminar la muestra necesaria se analizaran resultados y se dará una conclusión del mismo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

14.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

- Solo se realizará a los pacientes que acudan a consulta o sesión de hemodiálisis
- Se realizará el estudio únicamente a la población que acepte participar
- Se depende de la semaforización con respecto a pandemia por covid para que los pacientes puedan acudir a la consulta externa

15.- BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

Los beneficios que tendrán los pacientes es que se caracterizaran en el tipo de funcionalidad familiar en que se encuentran, de tal forma que los pacientes que sean detectados con algún grado de disfunción familiar serán canalizados a las estancias necesarias, entre ellas a psicología y/o psiquiatría según sea el caso y se les informara de instancias o programas institucionales o externos que puedan favorecer sus redes de apoyo, asimismo se le informará a su médico familiar correspondiente para que pueda darle un seguimiento (y de ser posible realizársele estudio de familia) y se le pueda brindar la asesoría de acuerdo al nivel de intervención familiar que se requiera, concluyendo así que también tendrán beneficio ya que su médico familiar podrá tener las herramientas para prever eventos que interfieran en el desarrollo de su enfermedad, así como complicaciones y limitaciones, de tal forma que pueda dar un manejo basado en las características biopsicosociales del paciente. Por otra parte la UMF/UMAA 162 se beneficiará al tener dicha información ya que sienta las bases para demostrar lo importante que es el estudio de la familia e invertir en este tipo de padecimiento, apoyando a los médicos familiares en recursos o programas que permitan afrontar la situación en la que se encuentran los pacientes, considerando las características sociodemográficas de la población derechohabiente de esta unidad, para un mejor pronóstico de su enfermedad y mejoría en cuanto a los porcentajes de pacientes con incumplimiento del régimen o tratamiento médico.

MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS PACIENTES

- Únicamente el responsable del protocolo tendrá acceso a la información y datos recolectados
- Para los resultados no se incluirán datos de identificación del paciente, se utilizarán dichos datos únicamente para identificar al momento de recolección y para canalizar a las instancias necesarias de así requerirlo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

16.- CRONOGRAMA.

Cronograma de actividades

“Funcionalidad Familiar en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento con hemodiálisis”

*Rosa Madrigal Moran. ** Mónica Rojas Arriaga *** Elizabeth Guadalupe Nájera Sánchez ****
 Valeria Ivette Garcilazo Cruz

* Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

** Médico Familiar UMF/UMAA 162

*** Médico No Familiar UMF/UMAA 162

****Residente Medicina Familiar

FECHA 2022	ENE	ENE	FEB	FEB	MAR	MAR	MAR	ABR	ABR	ABR	ABR	MAY
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPTESIS		X										
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO				X								
ANALISIS ESTADISTICO					X							
CONSIDERACIONES ETICAS						X						
RECURSOS							X					
BIBLIOGRAFIA								X	X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS												X

FECHA 2022	JUN	JUN	JUN	JUL	JUL	AGO	SEP	OCT	OCT	OCT	NOV	NOV
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X	X		
ANALISIS DE DATOS										X	X	
DESCRIPCION DE DATOS											X	
DISCUSIÓN DE DATOS											X	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

CONCLUSION DEL ESTUDIO												x	
INTEGRACION Y REVICION FINAL												x	
REPORTE FINAL												x	
AUTORIZACIONES													X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO													X
PUBLICACION													X

REALIZADO PENDIENTE



ANALISIS DE DATOS

Se encuestaron a 48 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica que se encuentran en el servicio de hemodiálisis de la UMAA 162, los cuales acudieron del mes de Julio a octubre del año 2022, El análisis estadístico se realizó usando el programa SPSS statistics Mac, se elaboraron tablas y graficas con los resultados basados en el objetivo general y específico. Del total de pacientes, únicamente 1 paciente fue excluido ya que se negó a participar en el estudio por motivos personales.

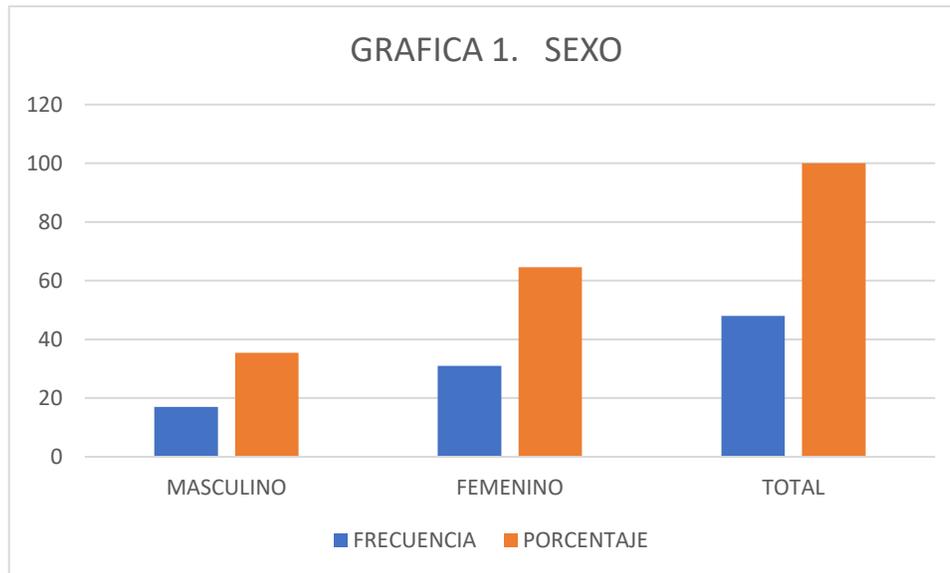
Dentro de la población estudiada se observó que 17 (35%) corresponden al sexo masculino y 31 (64.6%) al sexo femenino. Obteniendo entonces que los pacientes que acuden a la hemodiálisis en dicha unidad son en mayoría mujeres. (Tabla 1) (Grafica 1).

Tabla 1. **SEXO**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	17	35.4
FEMENINO	31	64.6
TOTAL	48	100

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. “FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162”

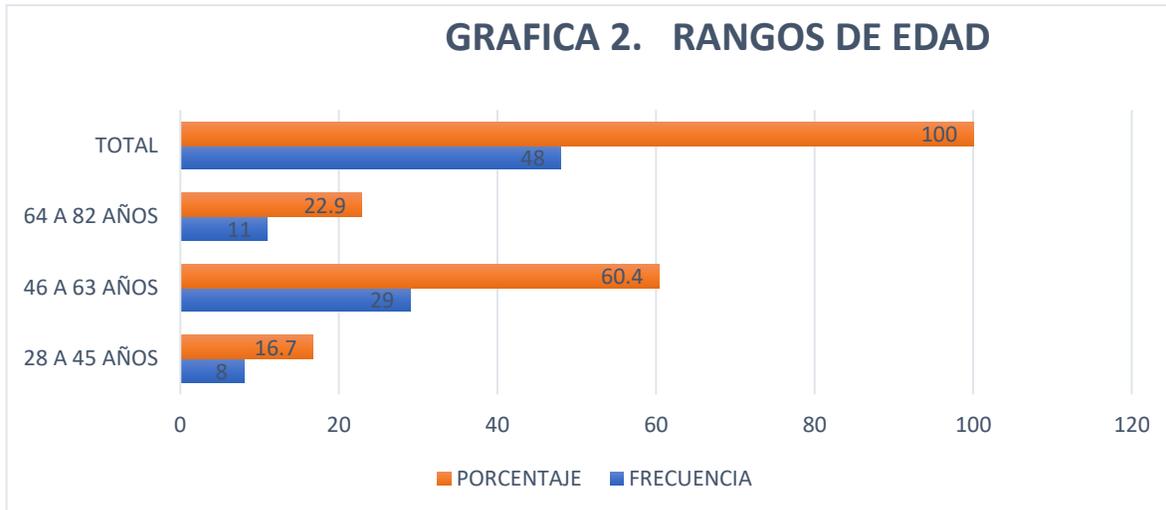
Por otro lado, se valoró la edad la cual se organizó en rangos, tomando en cuenta la edad menor en los participantes y la edad de mayor valor dentro de los participantes, constituyendo 3 grupos, el primero en edad de 28 a 45 años, el segundo de 46 a 63 años y el tercer grupo de 64 a 82 años. Encontrándose que 8 (16.7%) se ubican en el rango de 28 a 45 años, 29 (60.4%) en el rango de 46 a 63 años y 11 (22.9%) en el rango de 64 a 82 años. Con lo anterior inferimos que el rango de edad más frecuente es el que corresponde a la edad de 46 a 63 años y el menos frecuente es el rango de edad más joven que corresponde al de 28 a 45 años. (Tabla 2) (Grafica 2)

Tabla 2. **RANGOS DE EDAD**

RANGOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
28 A 45 AÑOS	8	16.7
46 A 63 AÑOS	29	60.4
64 A 82 AÑOS	11	22.9
TOTAL	48	100

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. “FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162”

Grafica 2. Rangos de edad



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162"

Se identificó que en cuanto a la escolaridad 16 (33.3%) tienen estudios básicos, 16 (33.3%) tienen estudios hasta la secundaria, 10 (20.8%) tienen educación media superior, 6 (12.5%) educación de licenciatura y ninguno tiene educación de posgrado. Por lo tanto, la primaria y secundaria son los niveles educativos más frecuentes con el mismo porcentaje (33.3%) y el nivel académico menos frecuente es el nivel superior (Tabla 3) (Grafica 3)

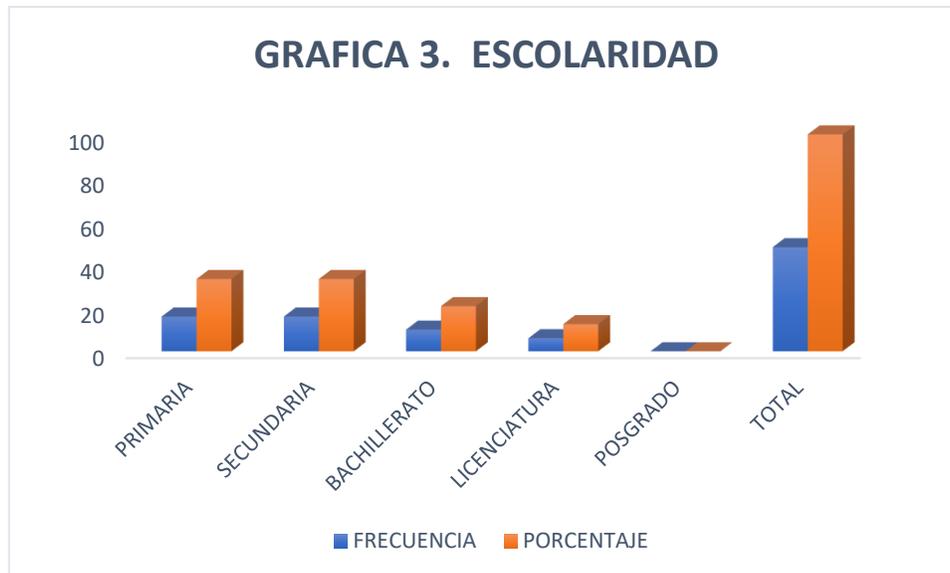
Tabla 3. ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	16	33.3
SECUNDARIA	16	33.3
BACHILLERATO	10	20.8
LICENCIATURA	6	12.5
POSGRADO	0	0
TOTAL	48	100

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162"

Grafica 3. Escolaridad



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162"

En lo que respecta al estado civil se observó que, del total de pacientes, 15 (31.3%) se encuentran casados, 2 (4.2%) son solteros, 10 (20.8%) viven en unión libre y 4 (8.3%) son viudos. Siendo el estado civil más frecuente el de los pacientes divorciados y el menos frecuente el de los solteros. (Tabla 4) (Grafica 4)

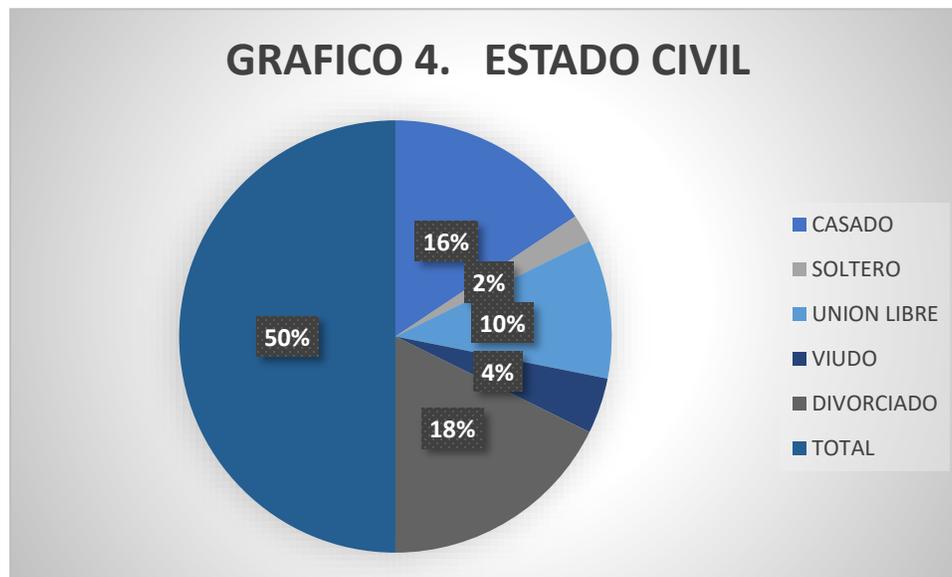
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Tabla 4. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	15	31.3
SOLTERO	2	4.2
UNION LIBRE	10	20.8
VIUDO	4	8.3
DIVORCIADO	17	35.4
TOTAL	48	100

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162"

Grafica 4. Estado civil



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162"

Asimismo, se valoró el tipo de comorbilidad, encontrándose que 2 (4.2%) cursa con diabetes mellitus, 12 (25%) cursan con hipertensión arterial, 29 (60.4%) tienen diabetes mellitus e hipertensión arterial y 5 (10.4%) tienen alguna alteración a nivel renal responsable

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

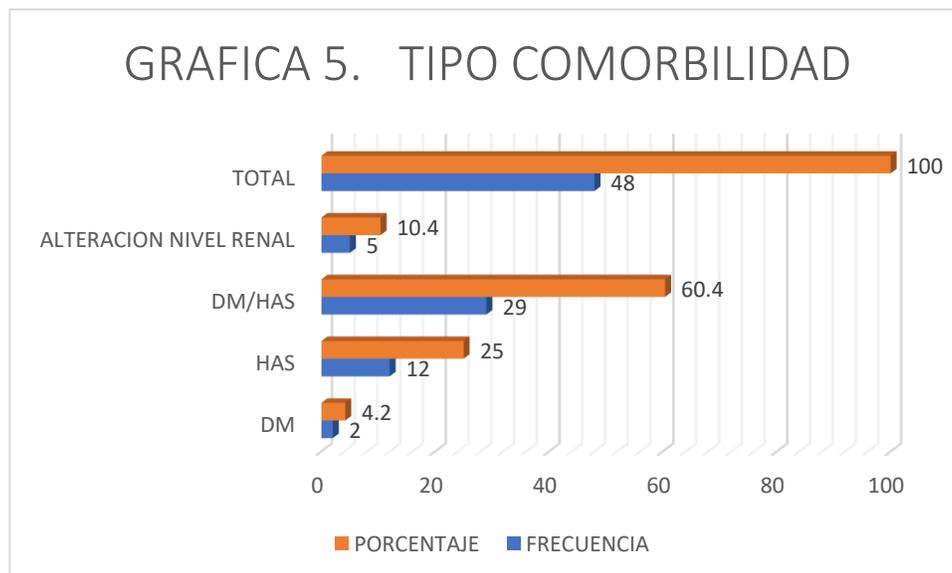
de requerir manejo con hemodiálisis. De tal forma que la comorbilidad que predomina es la presencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial en conjunto y la causa menos frecuente son las glomerulopatias primarias (Tabla 5) (Grafica 5)

Tabla 5. TIPO DE COMORBILIDAD

TIPO COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DM	2	4.2
HAS	12	25
DM/HAS	29	60.4
GLOMERULOPATIAS PRIMARIAS	5	10.4
TOTAL	48	100

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

Grafica 5. Tipo de comorbilidad



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

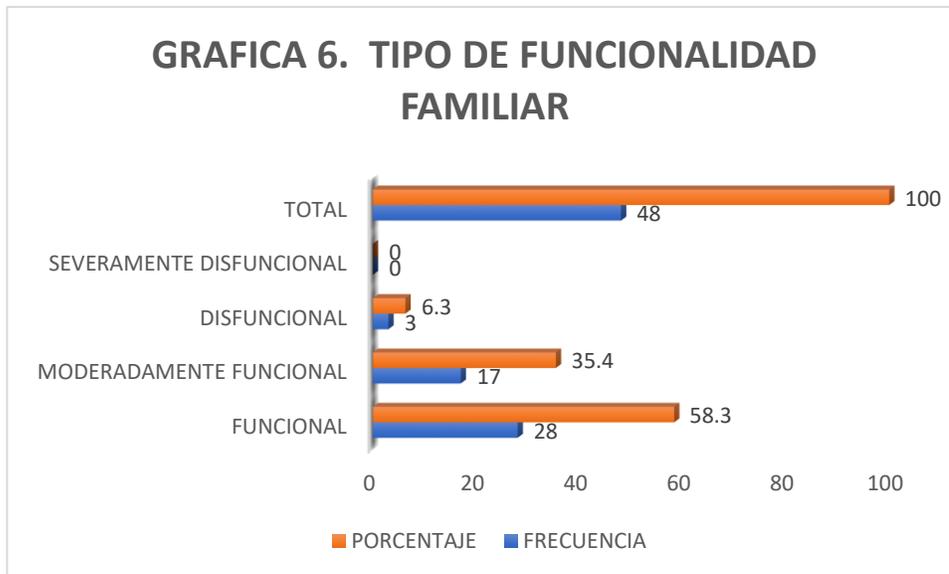
En base al test de FFSIL se midió la percepción de funcionamiento familiar en estos pacientes, tomando en cuenta la clasificación designada por dicho test la cual designa 4 tipos de funcionalidad dependiendo del puntaje obtenido de cada ítem preguntado, teniendo así que puede ser familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional o con disfunción severa; obteniéndose entonces 28 (58.3%) pacientes funcionales, 17 (35.4%) moderadamente funcionales, 3 (6.3%) disfuncionales y ningún paciente con disfuncionalidad severa. De tal forma que el tipo de funcionalidad más frecuente es una familia funcional, seguida de la moderadamente funcional y un bajo porcentaje de disfunción, con nula frecuencia de disfunción severa. (Tabla 6) (Grafica 6)

Tabla 6. TIPO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	28	58.3
MODERADAMENTE FUNCIONAL	17	35.4
DISFUNCIONAL	3	6.3
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0
TOTAL	48	100

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

Grafica 6. Tipo de funcionalidad familiar



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

En lo que atañe al tipo de familia, según la clasificación dada por el Consenso Mexicano de Medicina Familiar de 2005; con dicha clasificación se valoró el rubro por parentesco, resultando 4 (8.3%) son pacientes con tipo de familia nuclear, 8 (16.7%) nuclear simple, 4 (8.3%) nuclear numerosa, 2 (4.2%) familia reconstruida, 10 (20.8%) familia monoparental, la cual se encuentra con la misma frecuencia de 10 (20.8%) en familia monoparental extendida, 6 (12.5%) familia extensa, 1 (2.1%) familia extensa compuesta, 2 (4.2%) familia no parental y 1 (2.1%) a un grupo similar a familia. Por lo tanto, el tipo de familia más frecuente son con el mismo porcentaje: la monoparental y monoparental extendida y las menos frecuentes con el 2.1% respectivamente, son la extensa compuesta y un grupo similar a familia. (Tabla 7) (Grafica 7)

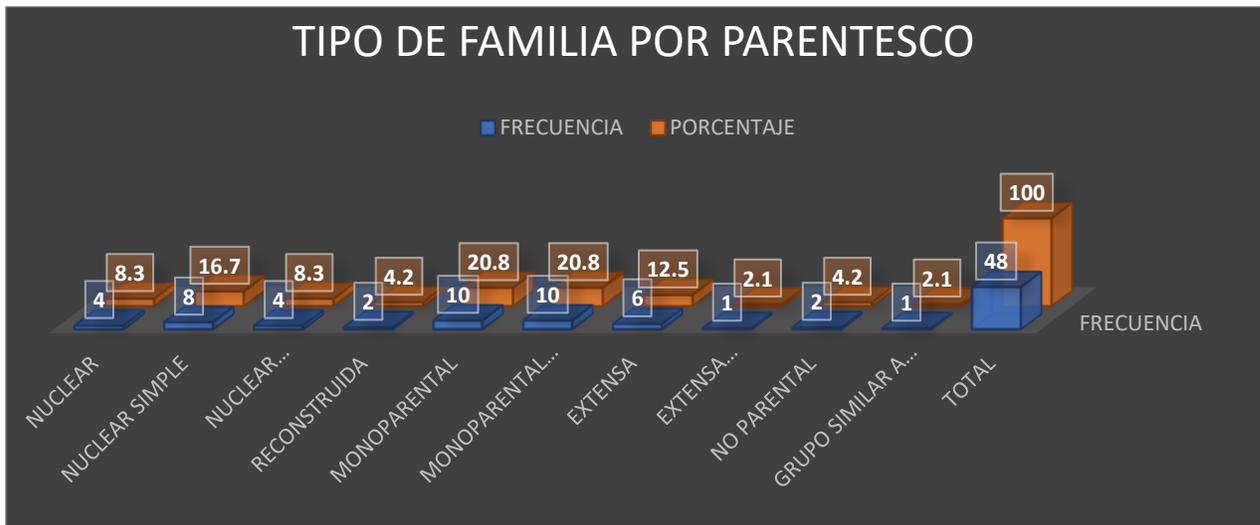
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Tabla 7. TIPO DE FAMILIA POR PARENTESCO

TIPO FAMILIA PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	4	8.3
NUCLEAR SIMPLE	8	16.7
NUCLEAR NUMEROSA	4	8.3
RECONSTRUIDA	2	4.2
MONOPARENTAL	10	20.8
MONOPARENTAL EXTENDIDA	10	20.8
EXTENSA	6	12.5
EXTENSA COMPUESTA	1	2.1
NO PARENTAL	2	4.2
GRUPO SIMILAR A FAMILIA	1	2.1
TOTAL	48	100

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

Grafica 7. Tipo de familia por parentesco



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

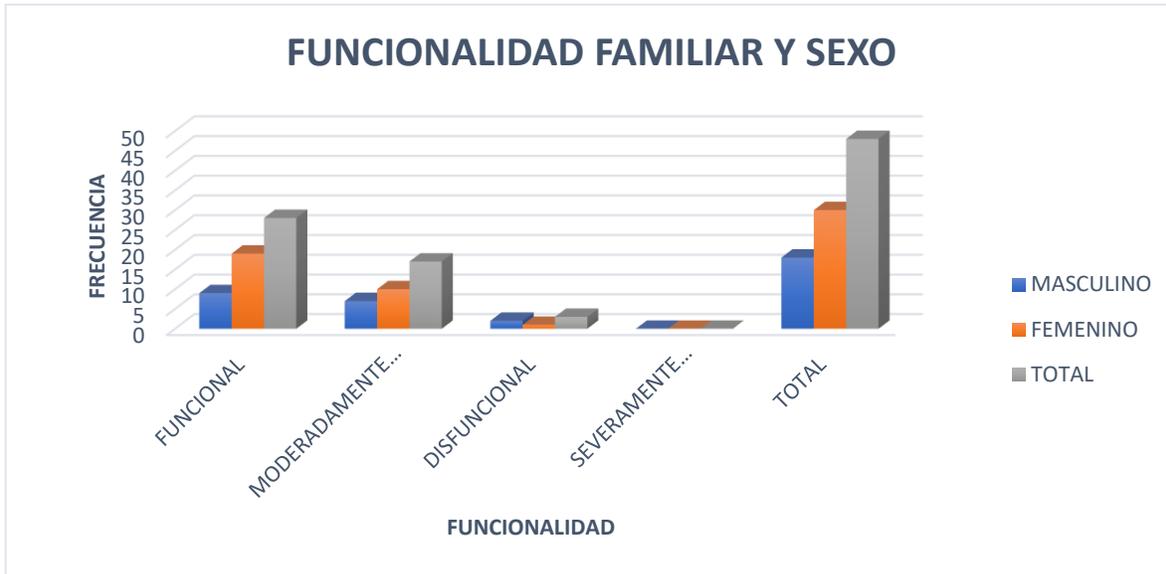
En lo que concierne a el sexo comparado con la funcionalidad familiar, se encontró que el sexo que presentó mas disfunción familiar fue el masculino ya que de los 3 pacientes con disfunción, 2 pacientes corresponden al sexo masculino y 1 al femenino. (Tabla 8) (Grafica 8)

Tabla 8.. SEXO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

SEXO	MODERADAMENTE			SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
	FUNCIONAL	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL		
MASCULINO	9	7	2	0	18
FEMENINO	19	10	1	0	30
TOTAL	28	17	3	0	48

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

Grafica 8. SEXO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G.
 “FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

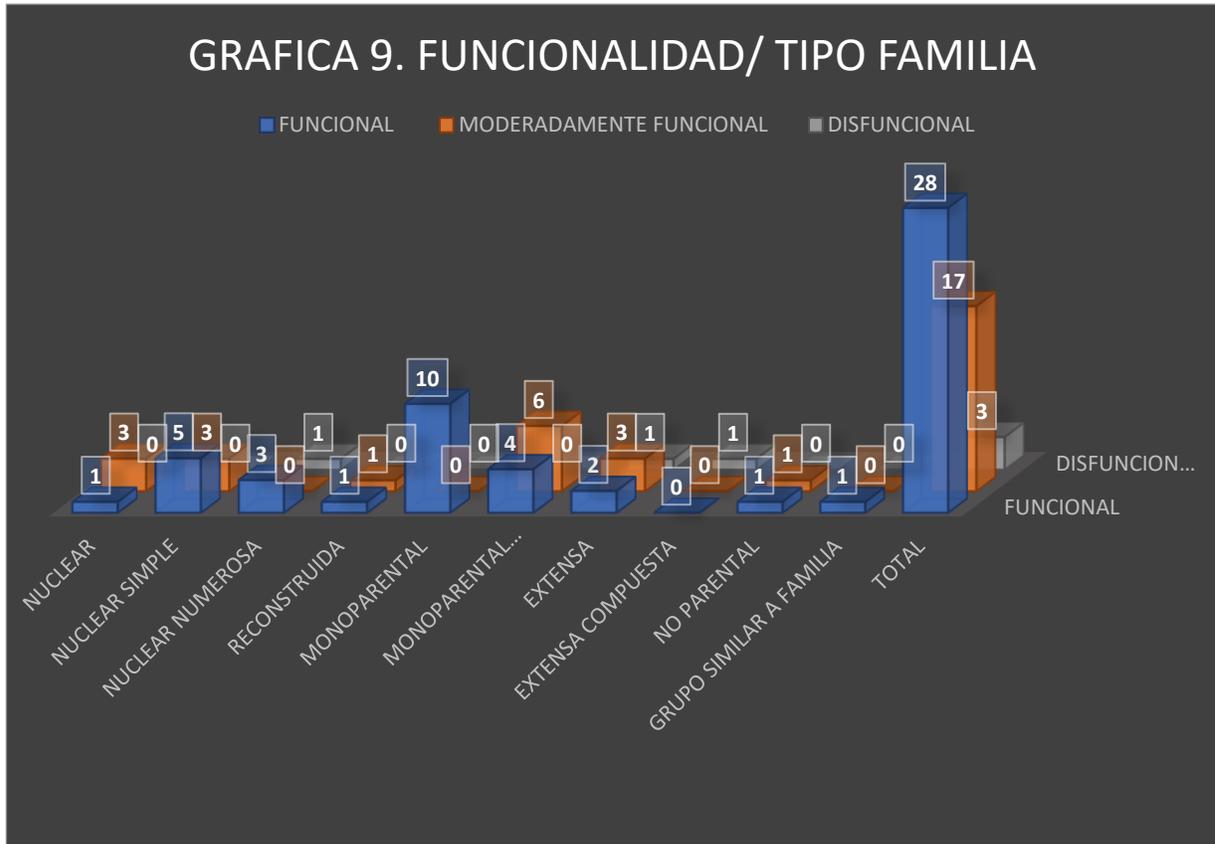
En lo que se refiere a la funcionalidad familiar y el tipo de familia se observó que los 3 pacientes con disfunción familiar, pertenecen a un tipo de familia diferente según la clasificación por parentesco del Consenso Mexicano de Medicina Familiar. (Tabla 9) (Grafica 9)

Tabla 9. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPO DE FAMILIA POR PARENTESCO

FUNCIONALIDAD	NUCLEAR	NUCLEAR SIMPLE	NUCLEAR		MONOPARENTAL	MONOPARENTAL EXTENDIDA	EXTENSA	EXTENSIVA	COMPLETA	NO PARENTAL	GRUPO SIMILAR A FAMILIA	TOTAL
			NUMEROSA	RECONSTRUIDA								
FUNCIONAL	1	5	3	1	10	4	2	0	1	1	28	
MODERADAMENTE FUNCIONAL	3	3	0	1	0	6	3	0	1	0	17	
DISFUNCIONAL	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3	
TOTAL	4	8	4	2	10	10	6	1	2	1	48	

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

GRAFICA 9. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPO DE FAMILIA



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

Por ultimo en cuanto a grupos de edad y funcionalidad familiar, se observó que en cuanto a familias funcionales, los pacientes en rango de 46 a 63 años son los que más se perciben con familias funcionales resultando un total de 19 pacientes con esta percepción, seguido en frecuencia por el grupo de 64 a 82 años con 6 personas que perciben a sus familias funcionales y por último el grupo de 28 a 45 años con 3 personas. En las familias moderadamente funcionales el grupo de edad más frecuente fue con 8 personas el de 46 a 63 años, seguido por el grupo de 28 a 45 años con 5 personas y por último el de 64 a 82 años con 4 personas y finalmente las familias disfuncionales fueron más frecuentes en el grupo de edad de 46 a 63 años con 2 personas y el grupo más bajo fue el de 64 a 82 años con 1 persona. (Tabla 10) (Grafica 10)

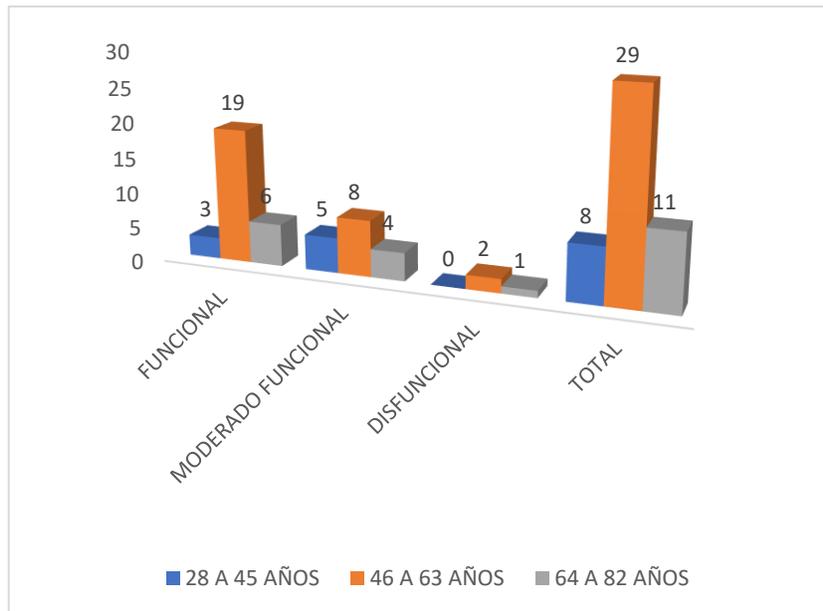
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

TABLA 10. GRUPO DE EDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

GPO EDAD	FUNCIONAL	MODERADO FUNCIONAL	DISFUNCIONAL	TOTAL
28 A 45 AÑOS	3	5	0	8
46 A 63 AÑOS	19	8	2	29
64 A 82 AÑOS	6	4	1	11

Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162

GRAFICA 10. GRUPO DE EDAD Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR



Fuente n= 48. Garcilazo Cruz VI. Madrigal Moran R., Rojas Arriaga M. Nájera Sánchez E.G. "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162



DISCUSION

El estudio permitió describir las características del paciente con insuficiencia renal crónica que se encuentra en fase terminal y quien es sometido a un procedimiento de hemodiálisis. Cabe mencionar que dentro de las limitaciones que se tuvieron para la realización del estudio tuvimos la cantidad de pacientes que acuden al servicio de hemodiálisis de la UMAA 162 ya que son pacientes móviles que acuden de manera temporal a los que se les realizan sus sesiones y posteriormente se envían a otras unidades, asimismo se cuenta con 8 equipos para su realización los cuales se utilizan en horario matutino y vespertino, en ocasiones mixto, por lo que la cantidad de pacientes reunidos en dicho periodo es en poca cantidad comparado a otros lugares con el mismo servicio.

De los 48 pacientes que acudieron a las sesiones se encontró que el sexo que predomina es el femenino (64.6%) discrepando de los estudios de Rodríguez Abrego et al 2004; Martínez et al (2017); López Palma et al (2021) en los cuales se reporta que el sexo de predominio es el masculino, lo cual se puede asociar a que las 2 localidades cuya población acude a la UMAA 162, en su mayoría son mujeres (51.5%) con respecto a un 48.5% de hombres, según datos de INEGI 2021.

Sin embargo, uno de los objetivos específicos fue identificar el sexo en que predominó la disfunción familiar; en este estudio se obtuvieron 3 pacientes con disfunción familiar, de los cuales el sexo más frecuente corresponde al masculino, dato similar con los estudios de Rodríguez Abrego et al 2004.

En lo referente a la edad, en México el envejecimiento de la población y la adopción de estilos de vida no saludables conllevan un incremento en enfermedades crónicas según López. es por ello que a mayor edad tienden a padecer más comorbilidades, en nuestro estudio las edades de los pacientes son muy semejantes a lo visto en otros estudios, apreciándose que el grupo de los 46 a 63 años fue el grupo más frecuente en participar, lo cual coincide con el estudio de Rodríguez Abrego et al 2004, en donde el promedio de edad se encontró en los 53+- 14 años. Dado que otro de nuestros objetivos específicos fue identificar la edad de predominio de la disfunción familiar se observó que este mismo grupo de edad fue el que tuvo más casos de disfunción familiar (2 pacientes de 3), lo cual también es similar con los estudios antes mencionados.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Referente a las características sociodemográficas, se observó que la escolaridad de nuestra población se encuentra con el mismo porcentaje para el nivel de estudios tanto de primaria como secundaria, siendo los estudios básicos lo más frecuente en nuestra población, lo cual concuerda con lo ya publicado. Asimismo en lo concerniente al estado civil se aprecia que en nuestra población de estudio predomina el divorcio, sin embargo el estar casado y vivir en unión libre se contabilizó como rubros independientes a la hora de realizar el interrogatorio, obteniendo un porcentaje de 16% y 10% respectivamente, que en suma corresponde al 26% del total, de tal forma que tomando el porcentaje desde el enfoque de vivir en pareja, independientemente de si está casado o no, es más frecuente el tener relación de pareja que el divorcio, que comparado con los estudios de Rodríguez Abrego et al 2004; y Martínez et al (2017), es equivalente a éstos en frecuencia.

Por su lado, Méndez et al, en México, reportaron que la principal comorbilidad presente en los pacientes con ERCT fue la hipertensión arterial sistémica (19%) y la diabetes mellitus tipo 2 (48%), siendo discrepantes con nuestros resultados, pues predominaron los pacientes con ambas enfermedades (60.4%) y solo un 25% hipertensión arterial sistémica y un 4.2% diabetes mellitus tipo 2, lo cual sí es similar en el estudio de López Palma et al 2021, sin embargo en ninguno de estos 2 estudios se consideraron alteraciones a nivel renal que en nuestro caso corresponde a un 10%, más frecuente incluso que la diabetes mellitus por si sola.

Por otra parte, un dato favorable para nuestro estudio es el hecho de que la mayoría de las familias evaluadas resultaron funcionales en un 58.3%, determinándose que éstas se caracterizaban por tener una tendencia a ser armoniosas, cohesionadas, facilitar la expresión de los afectos y la comunicación de sus miembros, lo cual significa que poco más de la mitad de los pacientes con enfermedad crónica en hemodiálisis percibe que los miembros de su familia cumplen con las funciones de adaptación, cooperación, soporte, afecto y dedican tiempo. Lo que coincide con el estudio de Matos et al 2016, en donde las familias funcionales resultaron ser el 50.85% por lo que el porcentaje de diferencia es mínima.

Cabe señalar que el número de familias moderadamente funcionales en nuestro estudio representan el 35.4% en las cuales debemos prestar un poco más de atención ya que van a requerir de medidas que les permitan facilitar las relaciones en el hogar.

De manera general los resultados obtenidos en nuestra investigación relacionados con el funcionamiento familiar nos indica que la mayoría de nuestra población



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

estudiada, (58.3%) es funcional y solo el 6.3% es disfuncional, lo cual coincide con estudios de Matos Trevin, 2016, ya que en dicho estudio también se utilizó como herramienta el FF SIL y se estableció que la mayoría de los pacientes son funcionales, lo cual nos indica que en familias con presencia de un padecimiento o una crisis se puede llegar a producir un mejor funcionamiento familiar pues por lo general la familia ejerce una tendencia centrípeta (fuerza cohesiva) sobre el sistema. Por lo que en los enfermos con esta percepción de su funcionalidad, podría explicarse dicha percepción por el tipo de familia en la que se encuentran y la edad en la que se encuentran, siendo la mayoría edades productivas, ya que si bien es cierto que como se ha descrito a lo largo del estudio, la enfermedad renal conlleva cambios en la vida del paciente que la padece, afectando su entorno y calidad de vida, la gran mayoría no es totalmente dependiente de otras personas, pudiendo realizar sus actividades básicas al menos, lo cual hace que la reasignación de roles, el tipo de rigidez dentro del núcleo familiar no se vea tan mermado ante dicha crisis, siendo readaptarles y permitiéndoles mantener las 5 características necesarias (socialización, afecto, cuidado, estatus, reproducción y desarrollo y ejercicio de la sexualidad) para lograr una familia funcional.

En lo que respecta a el tipo de familia, en nuestro estudio se observó que lo más frecuente es una familia monoparental ya sea extendida o simple, lo cual nos habla de la capacidad de la adaptabilidad y cohesión que se tiene en nuestra población, esto partiendo del hecho de que la familia monoparental está constituida por uno de los dos padres con sus hijos y la monoparental extensa se refiere a uno de los padres con hijos con algún otro familiar. En nuestro estudio ambas representan exactamente la misma frecuencia 20.8% del total de familias, sin embargo si lo comparamos con el tipo de funcionalidad que tienen respecto al tipo de familia, encontramos que el tipo de familia más funcional corresponde a la monoparental, ya que la monoparental extendida también tiene pacientes con una familia moderadamente funcional y en cuanto a disfunción se refiere encontramos que lo más frecuente es en familias extensas, lo cual a pesar de que no existe mucha literatura referente a tipología familiar en pacientes que se hemodiálisan, comparado con el estudio de Rodríguez Abrego se difiere en los resultados, ya que como se hace mención en dicho artículo, en una familia nuclear existe cierto aislamiento de la familia ya que se genera menor acercamiento o dependencia entre sus miembros y por tanto menor intercambio de apoyo entre la red de parentesco, contrario a lo que sucede en una familia extensa en donde el aspecto fundamental es la ayuda mutua. Sin embargo, a pesar de lo anterior en nuestro estudio resultaron pacientes disfuncionales en familias extensas lo cual podría deberse a que el funcionamiento de una familia dependerá de múltiples factores tanto internos como externos de la misma familia y es precisamente su estudio lo que podría permitir definir este tipo de características.



CONCLUSIONES

La enfermedad renal conlleva una serie de cambios en la vida tanto del paciente como la familia, en la unidad de hemodiálisis de la UMAA 162 se observó que la mayoría de pacientes con ERCT en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis percibe un adecuado funcionamiento familiar, son familias que en su mayoría cuentan con el apoyo entre sus integrantes, tienen un gran nivel de cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, permeabilidad y afectividad, además de que admiten una reasignación en los roles de cada miembro lo cual permite que la familia se adapte a la nueva situación que se les presenta y toleren la crisis para normativa en la que están siendo sometidos.

El deterioro que genera la propia enfermedad renal conlleva a la presencia de discapacidad en los pacientes a corto o largo plazo, la funcionalidad familiar se ve afectada por la alta demanda de atención y supervisión del paciente, por lo que en este caso la presión ejercida por el padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras como la comunicación intrafamiliar y el apoyo de la red familiar, generando un riesgo para disfunción en la familia. Las 3 familias que se encontraron disfuncionales son familias que se encuentran vinculadas a los miembros de manera relacionada y al contrario de las funcionales, a pesar de que en todas se observó afecto, si hay poca armonía, cohesión, permeabilidad y nula comunicación lo cual muestra poca incapacidad de sobrellevar los cambios, generando inflexibilidad y rigidez que se va a suscitar y repercutir dentro del sistema familiar.

El núcleo familiar es parte esencial dentro del tratamiento de hemodiálisis, como bien se ha mencionado, entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación. La tipología que prevaleció en el estudio fueron las familias monoparental y monoparental extendida, lo cual nos permite inferir que son familias que previamente cursaron con crisis para normativas y se adaptaron, sin embargo, de manera general el tipo de familias fue variado y en ellas se evidencio la presencia de funcionalidad en la estructura de sus miembros.

En términos de resumen y basándonos en los objetivos específicos de nuestro estudio, en la unidad de hemodiálisis de la UMAA 162 es más frecuente la disfunción familiar en pacientes del sexo masculino y en pacientes con edades comprendidas en el grupo de 46 a 63 años, lo cual resulta similar a otros estudios publicados.

El equipo de salud es importante para orientar y formar parte de la red de apoyo en el cuidado del paciente y la reorganización de tareas y funciones que involucren tanto al paciente como a su familia



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

En el país hay pocos estudios realizados sobre la funcionalidad de las familias mexicanas y en contraste la cantidad de pacientes con enfermedades crónicas van en aumento, si bien es cierto que el médico familiar es pieza elemental en el equipo de salud encargado de la prevención y manejo de estas patologías, también un gran porcentaje de población ya las presenta por lo que es importante estudiar a nuestras familias y crear estrategias que permitan facilitar el problema psicosocial y familiar que conlleva la enfermedad renal crónica. Por lo que este estudio puede ser un parteaguas para nuevos estudios sobre el estudio de la familia en los pacientes con enfermedades crónicas no solo enfocado en la enfermedad renal crónica.

RECOMENDACIONES

En la UMF/ UMAA 162 no se cuenta con consulta/valoración psicológica a pesar de la cantidad de población derechohabiente adscrita a ella, sin embargo, con todo lo anterior se justifica la necesidad de implementar atención psicológica como parte del equipo de salud como unidad de primer nivel.

Específicamente en base a nuestro estudio, en lo que respecta a los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, debido a todos los efectos ya mencionados previamente que conlleva la propia enfermedad tanto para el paciente como la familia, se sugiere otorgar sesiones a dichos pacientes y familiares una vez diagnosticado el padecimiento así como al inicio y durante las sesiones de hemodiálisis, esto en base a estudios previos con resultados positivos como el de Becerril González, 2021 en donde se realizaron 11 sesiones semanales a pie de cama durante la primera hora del tratamiento y 1 hr previa al inicio de la sesión de hemomodiálisis con un enfoque cognitivo-conductual, terapia racional emotiva con técnicas de modificación de conducta, con el fin de abordar la parte emocional de las reacciones de los pacientes y aumentar tanto la adherencia al tratamiento como los mecanismos de adaptación psicológicos, afectivos y sociales. De tal forma que al implementar las intervenciones psicológicas para el paciente y familia se les permitiría generar estrategias individuales y familiares que les permitan afrontar la crisis para normativa a la que se están enfrentando y reforzar los valores y principios familiares y sociales de forma que la familia sea una fuente accesible y disponible de apoyo

2. Capacitar al personal de salud que se encuentra con los pacientes para sensibilizar a la familia sobre la importancia de la comunicación y su capacidad de ayuda y funcionamiento, utilizando el nivel de intervención familiar que se necesite.
3. Aplicar el cuestionario FF-SIL en la consulta a pacientes con enfermedades crónicas, ya que nos permite evaluar la percepción de la funcionalidad familiar en los ámbitos de comunicación, adaptabilidad, cohesión, armonía, efectividad, roles y permeabilidad de tal forma que es más sencillo identificar en que aspecto debemos inferir más cuando existe alteración.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

4. Sensibilizar y motivar a los médicos en formación, médicos familiares y no familiares a establecer una adecuada relación médico paciente, con el fin de lograr que los pacientes se apeguen mejor a un tratamiento y se le facilite al personal de salud la obtención de información sobre el paciente y dicha información permita una adecuada atención, prevención y beneficio tanto para el paciente, como familia y por ende para el personal de salud.

17: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Juan A. Tamayo y Orozco, & H. Santiago Lastiri Quirós. (2016). *La enfermedad renal crónica en México HACIA UNA POLÍTICA NACIONAL PARA ENFRENTARLA* (sistemas editores). México: 2016.
2. Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017, March 25). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
3. Cook, D. L., Rivera, I. M., & Eisenhower, D. D. (2017). *Chronic kidney disease detection and Evaluation* (Vol. 96). Retrieved from www.aafp.org/afp.
4. Méndez-Durán, A. (2021). Evolución del tratamiento sustitutivo de la función renal en México en los últimos 10 años. *Nefrología*, 41(1), 82–83. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2020.02.004>
5. Antonio Mendez Durán, J. Francisco Méndez Bueno, Teresa Tapia Yañez, & Angelica Muñoz Montes. (n.d.). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México.
6. Javier, P.-R., Lorena, B.-M., Devi Geesel, P.-F., & Yoryely, T.-N. (n.d.). *Dialisis y hemodialisis. Una revisión actual según la evidencia*.
7. Gupta, R., Woo, K., & Yi, J. A. (2021). Epidemiology of end-stage kidney disease. *Seminars in Vascular Surgery*, 34(1), 71–78. <https://doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2021.02.010>
8. Aguilar-Rivera, T., González-López, A. M., & Pérez-Rosete, A. (2014). Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Atención Familiar*, 21(2), 50–54. [https://doi.org/10.1016/s1405-8871\(16\)30014-1](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30014-1)
9. Martínez-Ramírez, R., Islas-Ruz, G., Ángel, Y., Nájera-Ruiz, S., Hípico, F., Del Río, B., & 94296, C. P. (2017). *FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL TRATADOS CON HEMODIÁLISIS*. *Revista Mexicana de Medicina Familiar* www.revmexmedicinafamiliar.org *Rev Mex Med Fam* (Vol. 4). Retrieved from www.revmexmedicinafamiliar.org
10. Castro, A., Neri, M., Karopadi, A. N., Lorenzin, A., Marchionna, N., & Ronco, C. (2019). How can we advance in renal replacement therapy techniques? *Nefrología*, 39(4), 372–378. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.08.003>
11. Ramón Paniagua-Sierra, J., & Eugenia Galván-Plata, M. (n.d.). *Enfermedad renal crónica*.
12. Cholina Trisa Siregar, Zulkarnain, Siti Zahara Nasution, Jenny Marlindawani Purba, Evi Karota, Bayhakki, Muhammad Pahala Hanafi Harahap. Family concern: Facilitating self-management of patients undergoing hemodialysis. Elsevier España 2019; 11(14). <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.015>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

- 13.13 Tchape, O. D. M., Tchapoga, Y. B., Atuhaire, C., Priebe, G., & Cumber, S. N. (2018). Physiological and psychosocial stressors among hemodialysis patients in the Buea Regional Hospital, Cameroon. *Pan African Medical Journal*, 30, 1–7. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.49.15180>
- 14.14. Sein, K., Damery, S., Baharani, J., Nicholas, J., & Combes, G. (2020). Emotional distress and adjustment in patients with end-stage kidney disease: A qualitative exploration of patient experience in four hospital trusts in the West Midlands, UK. *PLoS ONE*, 15(11 November), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241629>
- 15.15 Aránega-Gavilán, S., Guillén-Gómez, I., Blanco-García, M., & Crespo-Montero, R. (2022). Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Nefrológica*, 25(3), 216–227. <https://doi.org/10.37551/52254-28842022022>
- 16.16. Shahriar Salehi-tali B, Fazlollah Ahmadi B, Kouros Zarea and Malek Fereidooni-Moghadam. Commitment to care: the most important coping strategies among family caregivers of patients undergoing haemodialysis. *Scandinavian Journal of Caring sciences*. 2017; 1(17) doi: 10.1111/scs.12432
- 17.17. Fuentes, A., & Merino, J. (2016). Validation of an Instrument of Family. *Ajayu Organo de Difusion Cientifica Departamento de Psicologia UC BSP*, 14(2), 247–283. Retrieved from http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&tlng=es.
- 18.18. Ordóñez Azuara, Y., Gutiérrez Herrera, R. F., Méndez Espinoza, E., Alvarez Villalobos, N. A., Lopez Mata, D., & de la Cruz de la Cruz, C. (2020). Association of family typology and dysfunction in families with adolescents from a Mexican population. *Atencion Primaria*, 52(10), 680–689. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>
- 19.19. Ozdemir, S., Jafar, T. H., Choong, L. H. L., & Finkelstein, E. A. (2019). Family dynamics in a multi-ethnic Asian society: Comparison of elderly CKD patients and their family caregivers experience with medical decision making for managing end stage kidney disease. *BMC Nephrology*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1259-4>
- 20.20. Ebadi A, Sajadi SA, Moradian ST, Akbari R. Suspended Life Pattern: A Qualitative Study on Personal Life Among Family Caregivers of Hemodialysis Patients in Iran. *International Quarterly of Community Health Education*. 2018;38(4):225-232. doi:[10.1177/0272684X18773763](https://doi.org/10.1177/0272684X18773763)
- 21.21. Alnazly E. Predictors of the burden on family carers of patients on haemodialysis in Jordan. *East Mediterr Health J*. 2020 May 21;26(5):565-572. doi: 10.26719/emhj.19.097. PMID: 32538450.
- 22.22. Sarfo-Walters, C., & Boateng, E. A. (2020). Perceptions of patients with end-stage kidney disease (ESKD) and their informal caregivers on palliative care as a treatment option: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00640-y>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

- 23.23. López Y López, L. R., Baca-Córdova, A., Guzmán-Ramírez, P. M., Ángeles-Acuña, A., Ramírez-Del Pilar, R., López-González, D. S., ... Castro-D'Franchis, L. J. (2017). Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. *Medicina Interna de Mexico*, 33(2), 177–184.
- 24.24. Perales Montilla, C. M., Duschek, S., & Reyes del Paso, G. A. (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. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.12.002>
- 25.25. Frontini R., Sousa H., Figueiredo D. "What do we fear the most?": Exploring fears and concerns of patients, family members and dyads in end-stage renal disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020; 2(23) <https://doi.org/10.1111/scs.12940>
- 26.26. Manzanillo, M., Grethel, M. C., Trevín, M., Sandra, L., Vargas, R., Lilié, L., ... Familia, L. A. (2016). Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. *Multimed*, 20(1), 75–89.
- 27.27. GABRIELA RODRÍGUEZ ABREGO, & ISABELA RODRIGUEZ ABREGO. (2004). DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. *REVISTA MEDICA IMSS*, 42, 2–7.
- 28.28. Alexandra, L. J., & Elvin, O. J. (2021). HEMODIÁLISIS FAMILY PROFILE IN PATIENTS WITH HEMODIALYSIS TREATMENT, *Revista científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud 'GESTAR'* vol 4, Núm 8. DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0030>
- 29.29. Salud, C. A. en M. F. de O. e I. E. y de. (2005). Conceptos Básicos para el estudio de las Familias. *Archivos de Medicina Familiar*, 7, 6.
- 30.30. Méndez, P., & Gómez, R. P. (n.d.). Escala de funcionamiento familiar Psicología.
- 31.31. Martínez-Ramírez, R., Islas-Ruz, G., Ángel, Y., Nájera-Ruiz, S., Hípico, F., Del Río, B., & 94296, C. P. (2017). *FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL TRATADOS CON HEMODIÁLISIS*. *Revista Mexicana de Medicina Familiar* www.revmexmedicinafamiliar.org *Rev Mex Med Fam* (Vol. 4). Retrieved from www.revmexmedicinafamiliar.org
- 32.32. Mendoza, H. M., González, R., Norma, V., & Cabrera, L. (2016). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* CRÓNICA PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE, (3), 972–993.
- 33.33. Gonz, M. B. (2021). Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, 31(55), 287–293.
- 34.34. Suarez Cuba M. Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR.** *Rev Med La Paz*, 20(1); Enero - Junio 2014;53-54 (28)
- 35.35. González, E. P., De, D., & Freiiome, C. (1990). Construcción y validación de un instrumento.
- 36.36. Ortega Veitía, T., De La Cuesta Freijomil, D., & Días Retureta, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

- enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164–168.
- 37.37. Salud, C. A. en M. F. de O. e I. E. y de. (2005). Conceptos Básicos para el estudio de las Familias. *Archivos de Medicina Familiar*, 7, 6.
38. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. <https://datamexico.org/es/profile/geo/tlahuac>
- 39.39. Ordóñez Azuara, Y., Gutiérrez Herrera, R. F., Méndez Espinoza, E., Álvarez Villalobos, N. A., Lopez Mata, D., & de la Cruz de la Cruz, C. (2020). Association of family typology and dysfunction in families with adolescents from a Mexican population. *Atencion Primaria*, 52(10), 680–689. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>
- 40.40. Martínez-Monteaquedo, M., Estévez, E., & Inglés, C. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Revista Psicología*, 17:6, 22. Retrieved from <http://www.uv.es/lisis/estevez/art13/psicologia-com-art13.pdf>
41. Ortega Lima M.I, Jimbo Quevedo L.I., Instrumentos de la atención Familiar para la Práctica Familiar. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* Volumen XVI. Número 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Rosa Madrigal Moran** Mónica Rojas Arriaga *** Elizabeth Guadalupe Nájera Sánchez **** Valeria Ivette Garcilazo Cruz. * Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud** Médico Familiar UMF/UMAA 162*** Médico No Familiar UMF/UMAA 162****Residente Medicina Familiar. Protocolo: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Table with 2 columns: Question/Field and Answer. Fields include: Nombre del estudio, Patrocinador externo, Lugar y fecha, Número de registro institucional, Justificación y objetivo del estudio, Procedimientos, Posibles riesgos y molestias, Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio, Información sobre resultados y alternativas de tratamiento, Participación o retiro, Privacidad y confidencialidad.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

Form with three rows, each containing a box for 'NA' (No Acepto) and a box for 'SI' (Si Acepto).

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio
Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por dos años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Rosa Madrigal Moran. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria No. 162, OOAD Sur. Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac. Matricula: 99374239, correo electrónico: Rosa.madrigal@imss.gob.mx Teléfono: 5520926948

Colaboradores: Mónica Rojas Arriaga. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria No. 162, OOAD Sur. Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac. Mat 99374746, correo electrónico: monroj79@yahoo.com.mx, Cel 5545953321
Elizabeth Guadalupe Nájera Sánchez Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria No. 162, OOAD Sur. Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac Ciudad de México, Mat 99387137, correo electrónico: enajerasanchez@gmail.com., Cel. 5539999955
Valeria Ivette Garcilazo Cruz. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar/ Unidad de Medicina Ambulatoria No. 162, OOAD Sur. Avenida Tláhuac No. 5662, Colonia Los Olivos. Delegación Tláhuac. Matricula: 97389957, correo electrónico: fawkles90@hotmail.com. 5541324082

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100. Teléfono (55) 50 87 58-71, Correo electrónico: conbioeticahgr@gmail.com

Signature lines for: Nombre y firma del sujeto, Testigo 1, Nombre, dirección, relación y firma; and Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento, Testigo 2, Nombre, dirección, relación y firma.

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Rosa Madrigal Moran Mónica Rojas Arriaga *** Elizabeth Guadalupe Nájera Sánchez**** Valeria Ivette Garcilazo Cruz. * Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud** Médico Familiar UMF/UMAA 162*** Médico No Familiar UMF/UMAA 162****Residente Medicina Familiar. Protocolo: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162*

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR /UMAA 162

Rosa Madrigal Moran Mónica Rojas Arriaga *** Elizabeth Guadalupe Nájera Sánchez**** Valeria Ivette Garcilazo Cruz. * Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud** Médico Familiar UMF/UMAA 162*** Médico No Familiar UMF/UMAA 162****Residente Medicina Familiar. Protocolo: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS EN LA UMF/UMAA 162*

CEDULA IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha De Nac: _____

NSS: _____

Marque con una "X" en el cuadro según corresponda su respuesta:

Género: hombre mujer

Educación primaria secundaria bachillerato
 licenciatura postgrado
 completo incompleto

Estado civil casado (a) soltero (a) unión libre
 viudo (a)

Diabetes sí no

Hipertensión Sí No
arterial

otra enfermedad Cuál? _____

vive con su familia? sí no

Con quien vive? _____