



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO.
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
AREA ACADEMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR
No.1 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL CERTIFICADO**

TEMA:

**“DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA DEL HGZ Y MF NO. 1 PACHUCA”**

**QUE PRESENTA EL C. HÉCTOR AVILA RAMIREZ
MEDICO CIRUJANO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**DR.JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**DR. ALEJANDRO ROQUE FLORES RIVERA.
MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
ASESOR METODOLÓGICO.**

**DRA. MARÍA SUSANA ROMERO MORENO
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
ASESOR CLINICO.**

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD
2009-2012**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

C.D. JOSÉ LUIS ANTÓN DE LA CONCHA
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA U.A.E.H

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL ICSa

DRA. ANGELINA FRANCO SUÁREZ
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICO TITULAR EN METODOLOGIA DE
INVESTIGACIÓN

POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No.1 PACHUCA
HIDALGO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. J. GUILLERMO BAUTISTA TENA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION
EN SALUD

DR. SERGIO MARIANO PEREZ LOZADA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Y MEDICINA FAMILIAR No1 PACHUCA HIDALGO IMSS

DRA. MARÍA DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HGZMF 1.
PACHUCA HIDALGO IMSS

DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

DR. ALEJANDRO ROQUE FLORES RIVERA
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA DE LA LUZ SUSANA ROMERO MORENO.
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
ASESOR CLÍNICO.

INDICE

1. Resumen.....	4
2. Marco teórico.....	6
3. Justificación.....	21
4. Planteamiento del problema.....	24
5. Objetivo.....	24
6. Material y métodos.....	24
7. Tipo de estudio.....	24
8. Universo de estudio.....	24
9. Criterios de selección.....	25
10. Definición de variables.....	27
11. Descripción del estudio.....	29
12. Tamaño de la muestra.....	30
13. Análisis estadístico.....	31
14. Aspectos éticos.....	31
15. Recursos materiales, humanos, financieros y factibilidad.....	31
16. Resultados.....	32
17. Conclusiones.....	70
18. Discusión.....	73
19. Bibliografía.....	75
20. Anexos.....	79

RESUMEN:

TITULO: DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DEL HGZ y MF No.1 PACHUCA.

ANTECEDENTES:

La insuficiencia renal en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a la mayor parte de órganos y sistemas, lo cual es un reflejo de la complejidad de las funciones que el riñón desempeña en condiciones fisiológicas, así como de las severas consecuencias que comporta la disfunción renal. En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el 4º lugar en hombres con 55033 casos y el 10º lugar en mujeres con 50 924 casos en mujeres con una tasa de 115. 0 y 101.5 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres.

La insuficiencia renal crónica tiene una prevalencia de 0.92 personas afectadas por cada mil habitantes. A medida que pasan los años, es notable el aumento de la incidencia, con un comportamiento epidémico en crecimiento a nivel mundial. Considerada la séptima causa de muerte. La IRC es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en los pacientes y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones medicas, hospitalizaciones, mortalidad y también por la importante repercusión a nivel individual, familiar y social, observando mejor manejo integral y calidad de vida de los pacientes cuando las familiar tienen mejor funcionalidad.

El paciente con insuficiencia renal crónica está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, labores sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad la cooperación familiar es imprescindible.

Por lo que es importante realizar el diagnostico del grado de salud psicodinàmica y familiar por medio de la evaluación de las funciones familiares permiten dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psico-afectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella.

OBJETIVO: Determinar la disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica del HGZ y MF No. 1 Pachuca.

MATERIAL Y METODOS: Se realizo un estudio transversal descriptivo y observacional; en pacientes con insuficiencia renal crónica, mayores de 18 años de edad, derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar o que

estuvieron hospitalizados en el HGZ y MF No.1 Pachuca, en el periodo comprendido de Septiembre-Octubre del 2010, que cumplieron con los criterios de inclusión. El tesista aplicò un cuestionario para determinar la función familiar, previo consentimiento informado. Como se trató de un estudio descriptivo el cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante la aplicación de la fórmula que determina una proporción en población finita y en base a la expectativa estadística esperada, el cual fue de 218 pacientes.

ANALISIS ESTADISTICO: Procesamiento de datos, la captura de datos y análisis estadístico del mismo se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS-15. Se realizó análisis estadístico descriptivo con la finalidad de estimar frecuencias simples.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD: Investigador principal, asesor clínico, médico residente, hojas blancas, equipo de computo, lápices, impresora, beca de médico residente, el estudio fue factible puesto que se conto con la población necesaria para realizar los cuestionarios y los recursos humanos y financieros para desarrollar el estudio.

MARCO TEÒRICO.

El ser humano es la unidad bio-psicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialectico entre soma y psiquis.(1) Los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud-enfermedad; como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica (EC) donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social. La EC es por definición un padecimiento usualmente lento e irreversible que lleva progresivamente al deterioro y la pérdida gradual de las capacidades del individuo. Existe un estimado mundial que señala que el 60% de los adultos mayores son portadores de algún tipo de EC. En México la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica, se ubican en los primeros sitios de morbilidad y mortalidad nacional. La insuficiencia renal crónica (IRC) es una complicación común de estas patologías, reportes emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, señalan que el 62% de los pacientes dializados tienen como origen estas causas.(1)(2)

La insuficiencia renal en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Se distingue por un comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida.(3)

La definición de esta patología varia en muchas partes del mundo.(4)

La insuficiencia renal crónica (IRC) es la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal de excretar desechos nitrogenados, de concentrar la orina y de mantener la homeostasis del medio interno causada por una lesión estructural renal irreversible presente durante un periodo largo de tiempo, habitualmente meses o años.(4)(5)

La IRC es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a la mayor parte de los órganos y sistemas (tabla 1), lo cual es un reflejo de la complejidad de las funciones que el riñón desempeña en condiciones fisiológicas, así como de las severas consecuencias que comporta la disfunción renal.(6)(7)(8)

Tabla 1. Manifestaciones clínicas y bioquímicas de la insuficiencia renal crónica

Sistema nervioso: Encefalopatía
Poli-neuropatía periférica
Disfunción del sistema autónomo
Sistema hematológico: Anemia
Disfunción plaquetaria
Hipercoagulabilidad
Inmunodeficiencia humoral y celular: infecciones y neoplasias
Sistema cardiovascular: Hipertensión
Miocardiopatía
Cardiopatía isquémica
Pericarditis
Vasculopatía periférica
Accidentes cerebrovasculares
Aparato osteoarticular: Enfermedad ósea de remodelado alto
Enfermedad ósea de remodelado bajo
Amiloidosis por depósitos de b2microglobulina
Artritis gotosa
Pseudogota cálcica
Sistema respiratorio: Derrame pleural
Edema pulmonar
Calcificaciones pulmonares
Sistema digestivo: Anorexia
Náuseas, vómitos
Ascitis
Úlcus gastroduodenal
Angiodisplasia de colon
Diverticulitis
Estado nutricional: Desnutrición
Sistema endocrino y metabolismo: Hiperinsulinemia
Resistencia periférica a la insulina
Tasas alteradas de: glucagón, TSH, T3, T4, cortisol, LH, FSH, prolactina, GH y leptina
Esfera sexual: Disfunción eréctil
Amenorrea
Piel: Prurito
Hiperpigmentación
Xerosis
Pseudoporfiria
Foliculitis perforante
Calcifilaxis
Psicológicas: Depresión
Bioquímicas: Retención nitrogenada (urea, creatinina)
Hiperuricemia

Hiponatremia
Hipernatremia
Hiperpotasemia
Hipopotasemia
Acidosis metabólica
Alcalosis metabólica
Hipocalcemia
Hiperfosfatemia
Tasas alteradas de enzimas cardíacos, hepáticos,
pancreáticos y tumorales

El riñón tiene tres tipos de funciones: depuradora, de regulación, hidroelectrolítica y del equilibrio ácido base, y también hormonales y metabólicas.

El riñón juega un papel preminente en la regulación del medio interno. Los productos de desecho del metabolismo son excretados por la orina. Así mismo, gran parte de medicamentos se metabolizan por vía renal. La composición del organismo ha de mantenerse constante dentro de estrechos márgenes en cuanto a volumen, osmolaridad, concentración iónica y acidez de los espacios extra e intracelular, para lo cual el riñón ajusta el balance diario entre los aportes y la eliminación por la orina de agua, Na⁻, Cl⁻, Ca⁺⁺, Mg⁻, PO₄, CO₃H e H⁻.(8)

La orina primaria es un ultrafiltrado del líquido extracelular, elaborada en el glomérulo. Al día se producen más de 150 litros de orina primaria, de los que sólo se eliminan 1 o 2 litros como orina. El balance glomérulo tubular asegura el mantenimiento del medio interno, por mecanismo de reabsorción y secreción tubular del medio interno, por mecanismos de reabsorción y secreción tubular selectivos. Del agua y solutos filtrados se conserva la mayor parte, eliminándose por la orina una porción muy pequeña de composición adaptada a las necesidades. La glucosa y aminoácidos filtrados siguen patrones similares. En el transporte tubular intervienen proteínas transportadores de membrana en los distintos segmentos del túbulo, específicas para los distintos solutos. La regulación del volumen extracelular y de la excreción de sodio depende de cuatro factores que se activan según los cambios de volumen: el sistema simpático, el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRA-aldosterona), el péptido natriurético atrial (ANP) y la hormona antidiurética (ADH). (6)(7)(8)

El riñón sintetiza hormonas como la eritropoyética (EPO), la renina o las prostaglandinas (PGs). La EPO estimula la eritropoyesis como respuesta a la hipoxia. La renina es un enzima que activa el angiotensinógeno a angiotensina I (AngI), la cual a su vez por acción del enzima de

conversión (ECA) cataliza el paso a angiotensina II (Ang II) con una potente acción vasoconstrictora. Además, la Ang II estimula la secreción de aldosterona por la corteza suprarrenal, reabsorbiendo sodio en túbulo distal. Las PGs se generan a partir del ácido araquidónico, dando lugar a prostanoídes vasodilatadores como la prostaciclina (PGI₂), y la PGE₂ o vasoconstrictores como el tromboxano A₂.

El riñón participa en el metabolismo y eliminación de algunas hormonas como la insulina, glucagón, cortisol, catecolaminas, somatotropina y prolactina. El riñón transforma la vitamina D inactiva en su metabolito activo o calcitriol. (6)(7)

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la existencia de lesión renal o filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min 1.73 m² durante un periodo > 3 meses. En las guías clínicas publicada por la National Kidney Foundation se establece el concepto de ERC, su estratificación según el filtrado glomerular (tabla 2), los factores de riesgo acompañantes y las actuaciones en cada fase.(6)(7)(8)(9)

Tabla 1. Estratificación de la enfermedad renal crónica NKF-K/DOQI (8)

Fase	Descripción	FG(ml/min/1.73m²)	Actuación
1	Lesión renal con FG normal o aumentado	>90	Diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad Ralentizar la progresión Reducir el riesgo cardiovascular
2	Lesión renal con □FG leve	60-89	Estimar la progresión
3	□FG moderada	30-59	Evaluar y tratar complicaciones
4	□FG severa	15-29	Preparación para el tratamiento sustitutivo.
5	Insuficiencia o fallo renal	<15	Tratamiento sustitutivo (si uremia)

La distinción entre ERC e IRC pretende alertar del riesgo de progresión de la insuficiencia renal, cuando existe lesión renal crónica y factores predisponentes, aun con función renal normal. En sentido estricto, toda la disminución del FG inferior a la normalidad podría considerarse como insuficiencia renal. Pero para efectos prácticos se entiende por insuficiencia renal un FG <60 ml/min 1.73m², que corresponde a las fases 3,4 y 5. (7)(8)(9)(10)

Un aspecto importante a señalar es que la creatinina sérica (Crs) no es un buen indicador del grado de insuficiencia renal. Cuando la Crs empieza a ascender, ya existe una disminución de la función renal de aproximadamente un 50%. Por otra parte, un mismo nivel de Crs en individuo distintos no siempre se corresponde con un FG similar. El nivel de Crs depende de otros factores además de la tasa de filtrado, como la edad, sexo, raza o tamaño corporal. Por ello, se aconseja medir el FG, bien con la fórmula del aclaramiento o el estimado según las fórmulas de Cockcroft- Gault o MDRD (Tabla 3)

Tabla 3. Determinación del filtrado glomerular (10)

1. Aclaramiento de creatinina endógena (con recolección de orina de 24 horas):

$$\text{FG} = \text{Vol orina (ml/min)} \times (\text{Creatinina orina} / \text{Creatinina sérica})$$

El resultado se debe estandarizar a la superficie corporal (SC), multiplicando

por 1,73/SC

2. Fórmula de Cockcroft-Gault:

$$\text{FG} = (140 - \text{edad}) \times \text{peso (Kg)} / 72 \times \text{Creatinina sérica (mg/dl)}$$

o bien (si el resultado de la creatinina se expresa en UI):

$$\text{FG} = (140 - \text{edad}) \times \text{peso (Kg)} / 0,81 \times \text{Creatinina sérica (}\mu\text{mol/l)}$$

En las mujeres multiplicar el resultado por 0,85

3. Fórmula MDRD (Modification of Diet in Renal Disease study):

$$\text{FG} = 170 \times (\text{Creatinina s} \times 0,0113)^{-0,999} \times (\text{edad})^{-0,176} \times 0,762 \text{ (si mujer)} \times 1,18$$

(si raza negra) X (Urea s x 2,8)^{-0,17} x (Albúmina s)^{0,318}

*Cuando el filtrado glomerular es bajo (<30 ml/min), el aclaramiento de creatinina o la

Fórmula de Cockcroft-Gault lo sobrestiman. Se aconseja utilizar la fórmula MDRD, o bien

la media aritmética del aclaramiento de creatinina y el de urea con recogida de orina de 24 horas; aplicando la misma fórmula.

La IRC afecta a muchos órganos y sistemas. En fases precoces no suele haber expresión clínica, si bien pueden detectarse anomalías bioquímicas y moleculares. La fase final aboca al síndrome urémico con un florido cortejo clínico.(11)

Toxicidad urémica

La investigación de sustancias candidatas al atributo de toxina urémica se remonta a muchos años atrás. La detección de niveles anormalmente elevados de una sustancia no necesariamente significa que sea tóxica. Debe demostrarse que las concentraciones elevadas se relacionan con disfunciones de la uremia.

Alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base

La capacidad del riñón para eliminar agua y electrolitos se mantiene hasta fases avanzadas de insuficiencia renal. El balance glomerulotubular, al existir un menor número de nefronas funcionales, se adapta para permitir la eliminación de solutos. Para ello la mayor carga filtrada por nefrona se corresponde con un aumento de la fracción excretada. Por tanto, los trastornos hidroelectrolíticos o del equilibrio ácido-base no aparecen mientras el filtrado glomerular no esté severamente reducido (fase 4 de ERC).

Nutrición

La desnutrición calórico-proteica puede afectar a más del 50% de los pacientes en diálisis. El riesgo de desnutrición, en los pacientes con ERC, aumenta en fases muy avanzadas de insuficiencia renal.

Un exceso en la ingesta de proteínas, al contrario de lo que ocurre con los carbohidratos y las grasas, no se acumula en las reservas corporales, sino que se degrada en urea y otros compuestos nitrogenados excretados por el riñón.

Anemia

La anemia en la IRC se caracteriza por ser normocítica y normocromica. Puede detectarse con FG <60 ml/min, haciéndose más severa a medida que empeora la función renal.

El déficit en la secreción de EPO es el principal mecanismo patogénico. Otros factores múltiples contribuyen al desarrollo de la anemia renal. La vida media del hematíe está acortada.

Osteodistrofia renal

Las lesiones óseas que aparecen en la IRC se clasifican en enfermedad ósea de remodelado alto u osteítis fibrosa o hiperparatiroidismo secundario, y enfermedad ósea de remodelado bajo u osteomalacia. En la primera predomina la actividad de osteoblastos y osteoclastos con aumento de la reabsorción y una anómala estructuración de la matriz osteoide. En la segunda hay una disminución de la celularidad y una disminución en la producción de osteoide. Existen también formas mixtas de ambos tipos. Otra clase de lesión ósea ya comentada es la amiloidosis por β_2 microglobulina.(12)

Alteraciones cardiovasculares:

Los eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, vasculopatía periférica, accidente vascular cerebral) son la principal causa de morbimortalidad de los pacientes con IRC, antes de diálisis, en diálisis y con trasplante. El motivo son las severas alteraciones que tienen lugar en la estructura del árbol arterial, arterias coronarias incluidas, así como en el músculo cardíaco. Desde hace años se conoce que con la uremia coexiste un proceso de aterosclerosis acelerada.(5)(6)(7)(13)

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

La presencia de factores de riesgo favorece el desarrollo posterior de la enfermedad. Existen factores de riesgo como la edad, el historial familiar que escapa a nuestro control. Pero, existen otros factores de riesgo controlables y que pueden frenar o incluso prevenir ciertas enfermedades. Por ejemplo, mediante un buen control de la tensión arterial o del azúcar en sangre se puede prolongar el buen funcionamiento de los riñones. (14)(15)(16)

Es importante averiguar los factores de riesgo asociados a insuficiencia renal crónica (IRC). Después, acudir con el médico para prevenir o retrasar la enfermedad renal (15).

--Factores de riesgo de enfermedad renal que se pueden cambiar.

--Factores de riesgo de enfermedad renal que no se puede cambiar pero que deberían conocerse.

Factores de riesgo asociados a la enfermedad renal que se puede cambiar

Diabetes:

Casi el 40% de los nuevos pacientes de diálisis sufren diabetes, convirtiéndolo en el factor de riesgo más grave asociado al desarrollo de la enfermedad renal. La diabetes de tipo 2 es la principal causa asociada y responsable de más de uno de cada tres nuevos casos de enfermedad renal. .

Hipertensión arterial:

La hipertensión arterial sobrecarga los vasos sanguíneos del cuerpo, afectando los filtros renales (nefronas). La hipertensión es la causa número dos de enfermedad renal. La tensión arterial puede controlarse vigilando el peso, realizando ejercicio y con medicamentos e incluso se puede prevenir o frenar el progreso de insuficiencia renal a enfermedad renal . (14)(17)

Obstrucciones:

Cicatrices procedentes de infecciones o malformaciones de las vías urinarias inferiores (defecto de nacimiento) puede obligar a que la orina regrese al riñón dañándolo. Coágulos sanguíneos o placas de ateromas de colesterol pueden obstruir los vasos sanguíneos renales disminuyendo el flujo sanguíneo de los mismos y dañándolos. Otro tipo de obstrucción son los cálculos renales recurrentes que pueden obstruir el flujo de orina del riñón dañándolo (18).

Uso excesivo de analgésicos y reacciones alérgicas a antibióticos:

El uso excesivo de aines guarda relación estrecha con la nefritis intersticial, una inflamación renal que provoca insuficiencia renal. Reacciones alérgicas o efectos secundarios a antibióticos tales como penicilina y vancomicina también pueden ocasionar nefritis y daño renal (19).

Toxicomanías:

La utilización de ciertas drogas como la heroína o cocaína, sin prescripción médica, puede dañar los riñones, ocasionar insuficiencia renal y crear la necesidad de diálisis.

Inflamación:

Ciertas enfermedades tales como la glomérulo nefritis (inflamación de los filtros del riñón) puede dañar los riñones hasta causar IRC. Ciertas glomérulo nefritis se heredan otras, por el contrario, son el fruto de una respuesta inmune a infecciones como la faringoamigdalitis estreptocócica.

Factores de riesgo de enfermedad renal asociados que se no pueden cambiar y que es necesario conocer:

Historial familiar de enfermedad renal.

Si hay un riesgo asociado mayor y si cuenta con uno o varios familiares que padecen IRC o trasplante renal o una enfermedad heredada, poliquistosis renal, que ocasiona quistes llenos de líquido que acaban desplazando el tejido renal normal. La diabetes y la hipertensión arterial también suelen darse en ciertas familias. Averiguar cuál es el historial familiar y enterar al médico. De este modo se le puede someter al paciente a pruebas de identificación sistemática de factores de riesgo asociados para cuidarle según su necesidad (19)(20).

Nacimiento prematuro:

Aproximadamente uno de cada cinco prematuros (con menos de 32 semanas de gestación) puede presentar depósitos de calcio en ciertas partes del riñón denominadas nefronas. A eso se le denomina nefrocalcinosis. A menudo individuos con dicha condición desarrollan problemas renales en fases posteriores de su vida .

Edad:

Dado que la función renal disminuye en la vejez, cuanto mayor sea la edad, mayor es el riesgo de sufrirla.

Trauma o accidente:

Los accidentes, las heridas, ciertas operaciones y determinados tintes de contraste radiológico usados por los médicos con el fin de monitorizar el flujo sanguíneo al corazón o a otros órganos pueden dañar los riñones o disminuir el flujo sanguíneo de los mismos ocasionando repentina insuficiencia renal aguda. A veces la insuficiencia renal aguda puede mejorar pero, también puede provocar IRC. (19)(20)

Sabemos que la IRC está asociada a un elevado número de complicaciones, por lo que su diagnóstico precoz puede ralentizar el nivel de progresión de la IRC y disminuir la comorbilidad. La identificación y corrección precoz de los factores de riesgo cardio-vasculares clásicos tales como la hipertensión arterial (HTA), la Diabetes Mellitus, la obesidad, el tabaquismo... y los factores emergentes como la anemia, la hiperhomocisteinemia, el hiperparatiroidismo secundario... pueden disminuir la alta tasa de mortalidad, especialmente cardiovascular, de estos pacientes.(21)(22)(23)

La insuficiencia renal crónica es siempre una enfermedad progresiva. El objetivo clínico es minimizar la velocidad de dicha progresión e identificar y corregir precozmente los factores de riesgo.(22)(24)

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica comprende cuatro aspectos:

– *Tratamiento específico:* en la fase de uremia el tratamiento de la enfermedad de base no modifica la progresión pero si puede hacerlo en fases iniciales de insuficiencia renal. Por ejemplo el control de la hipertensión arterial en la nefroangiosclerosis o en la nefropatía diabética.

– *Tratamiento conservador:* tiene como objetivos prevenir la aparición de síntomas de la IRC, minimizar las complicaciones y preservar las funciones renales. Revisaremos la modificación, restricción y suplementación de la dieta.

– *Prevención y tratamiento de las complicaciones:* requiere la individualización del tratamiento según la afectación de distintos órganos y aparatos por la IRC. Destacan: anemia, enfermedad cardiovascular y alteraciones del metabolismo fosfocálcico.(23)

– *Depuración extrarrenal:* En la IRC terminal o fase de uremia avanzada el único tratamiento posible es la diálisis-hemodiálisis o diálisis Peritoneal-o el trasplante renal (donante vivo o cadáver).(5)(6)(7)(8)(23)

A nivel internacional, la insuficiencia renal crónica ha sido comparada con un iceberg: un millón de personas en todo el mundo con la forma en etapa terminal de insuficiencia renal, mientras que decenas de millones más con algún grado de disfunción renal acechan a continuación. Esto es motivo de preocupación para los nefrólogos y autoridades sanitarias, por lo que tanto en Europa como en EE.UU. se han reunido equipos multidisciplinares a fin de consensuar las guías de actuación clínica para el tratamiento de la IRC. (11)(14)(23)(24)

Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos.

El paciente con insuficiencia renal está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible.

En la dinámica familiar incluye determinante mente 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 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. Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psico-dinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psico-afectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella: (3)(25)(26)(27)

*Equidad generacional: adecuado desempeño de las funciones entre los distintos miembros de la familia.

* Transmisión cultural: aprendizaje del sentido de pertenencia, de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación.

*** Socialización y control social: compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente no aceptadas.**

En el plano familiar se genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar, cuando éste es uno de los padres, algunos de los hijos asume sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos. Cuando el enfermo es uno de los hijos, sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros hijos realiza las funciones familiares del padre cuidador. Se afirma que toda familia tiene cierto grado de disfuncionalidad, que a largo plazo deteriora las capacidades e interacción social de sus integrantes y a su vez, una familia disfuncional genera personas disfuncionales (26)(27)(28)

Al juntar los dos asuntos señalados tanto del paciente como de la familia, tenemos como efecto las crisis familiares, que son la expresión de las contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afronta y que producen desorganización en el seno familiar (25)(26)(29).

DISFUNCION FAMILIAR.

En cuanto a la funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el Proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familiar. El estudio de la dinámica familiar ayuda a comprender mejor los componentes, funciones e interacciones al interior de la familia. Estos conocimientos son de gran utilidad para los equipos de atención primaria, la familia funciona como un sistema en el cual los elementos constituyentes interactúan entre si, al mismo tiempo que interactúan con la comunidad, ellos como un todo, e individualmente cada uno de los miembros. (30)

ETAPAS DE DESARROLLO DE LA FAMILIA:

CICLO VITAL DE LA VIDA

Proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte. Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar.

Etapa de formación: es la etapa comprendida desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.

Etapa de extensión: es la comprendida desde el nacimiento del primer hijo hasta que uno de los hijos (sé este el primogénito o no) se independiza.

Etapa de contracción: es la comprendida desde la independencia de uno de los hijos hasta la muerte del primer cónyuge.

Crisis familiares.

Expresión de las contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afronta que producen desorganización en el seno familiar.

Las crisis familiares son clasificadas en dos grandes grupos:

Crisis normativas o transitorias.

Crisis para normativas o no transitorias (31).

Crisis normativas: son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se rigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.

Crisis no relacionadas con el ciclo vital: son las relacionadas con los acontecimientos de carácter accidenta, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Estas crisis o para normativas se clasifican en: desmembramiento, incremento, desmoralización, cambio económico importante, problemas de salud.(25)(26)(32)

Desmembramiento: separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia. Ejemplo Hospitalización de uno o varios miembros, divorcio, separación o abandono, muerte de un hijo.

Incremento: incorporación de uno o mas miembros de la familia Ej. regreso de algún miembro que estaba ausente, adopciones o llegada de familiares huérfanos.

Desmoralización: crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos morales de la familia Ej. Conducta antisocial, encarcelamiento, escándalos en la comunidad.

La crisis de desorganización se constituye por:

Cambio económico importante: tanto en sentido negativo como positivo Ej. pérdida del trabajo, pérdida de alguna propiedad importante, una herencia.

Problemas de salud: embarazo no deseado, infertilidad, intento suicida, accidente, diagnostico de enfermedad de alto compromiso con la vida.

Funcionamiento familiar

La evaluación del funcionamiento familiar abarca las siguientes ares:

Cumplimiento de las funciones básicas

Función económica: se cumple si los integrantes de la familia satisfacen las necesidades básicas materiales, no se cumplen cuando no las satisfacen.

Función educativa: se cumple si algún miembro de la familia no presenta comportamientos aceptados socialmente, no se cumple si algún miembro de la familia no presenta comportamientos aceptados socialmente, ejemplo: conducta antisocial, delictiva, transgrede normas de convivencia social,

Función afectiva: se cumple si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia y no se cumple si existe algún integrante de la familia que evidencie o exprese signos de carencia afectiva o abandono.

Función reproductiva: se cumple si las parejas han planificado su descendencia y se expresa ajuste sexual en ellas por ejemplo: si son fértiles, si planifica su descendencia, si refieren satisfacción sexual (25)(26)(32).

Por lo menos, y en teoría la familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos; sin embargo, en la realidad vemos que son contadas las familias que contribuyen al cuidado del paciente con insuficiencia renal crónica, e incluso muchos de los pacientes prácticamente son abandonados a su suerte; en las contadas familias que cumplen con la función de integración se da el sufrimiento, el estrés y otro tipo de problemas que llevan al deterioro en la calidad de vida .

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, etc. Las interacciones entre los miembros de la familiar 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.

Por lo anterior, el diagnostico del grado de salud pisco dinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psico-afectiva para generar acciones tendente a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella (33).

Uno de los instrumentos utilizados para medir la funcionalidad familiar es el FF-SIL, construido y validado en 1994 por de la Cuesta, Pérez, Louro y Bayarre en Cuba, para evaluar la percepción del funcionamiento familiar a través de las categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad.(34)

CUESTIONARIO FF-SIL:

El índice se evaluara de acuerdo a la puntuación obtenida según una escala de tipo likert diseñada al efecto, donde casi siempre es 5, muchas veces 4, a veces 3, pocas veces 2, y casi nunca 1.

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.
2. En mi casa predomina la armonía.
3. En mi casa uno cumple sus responsabilidades.
4. Las manifestaciones de cariño de 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 este 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 interese y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

La puntuación final de la prueba se obtuvo de la suma de los puntos por índice, lo cual permitió clasificar el funcionamiento familiar según puntuación:

CATEGORIA	PUNTOS
FUNCIONAL	70 a 57
MODERADAMENTE FUNCIONAL	56 a 43
DISFUNCIONAL	42 a 28
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	27 a 14

Número de pregunta y las situaciones variables que mide

- ⊙ 1 y 8 Cohesión
- ⊙ 2 y 13 Armonía
- ⊙ 5 y 11 Comunicación
- ⊙ 7 y 12 Permeabilidad
- ⊙ 4 y 14 Afectividad
- ⊙ 3 y 9 Roles
- ⊙ 6 y 10..... Adaptabilidad

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivir y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. (25)(26)(27)(28)

Estos datos son de suma importancia para obtener la información necesaria para realizar este estudio, es fácil de aplicar y responder.

Hasta el momento carecemos de información tanto nacional como internacional sobre la disfunción familiar en este grupo de pacientes, solo en un estudio realizado en el hospital General de zona 53, del IMSS en el año 2004, en donde se estudiaron 226 personas, se encontró que la asistencia recibida por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar, encontrándose un gran porcentaje de familias con disfuncionalidad, Que hace mención que al paciente renal no se le puede abordar aisladamente sin la inclusión de la familiar como estrategia terapéutica. El abandono familiar y la falta de conexión es debido a la no realización de acciones terapéuticas dirigidas a ellos. (3)(35)

JUSTIFICACION

AREA TEORICA:

La insuficiencia renal crónica es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar.

En base a la literatura nacional en México, el crecimiento de nefropatas es de entre 8 y 10 por ciento cada año, en el 2008 por cada millón de habitantes 350 requirieron un tratamiento dialítico, a nivel nacional las enfermedades renales se colocan entre las 10 primeras causas de muerte tanto en hombres como en mujeres, la tasa de decesos es de 12 por cada cien mil habitantes, siendo los principales factores de riesgo la diabetes, la obesidad, la hipertensión, la proteinuria (presencia de proteína en la orina) y el consumo de tabaco y alcohol, el riesgo es mayor en la población adulta hasta en un 60 por ciento, por lo que se estima que en México más de 30 millones de personas podrían desarrollar enfermedad renal crónica en alguna etapa de la vida.

En el estado de Hidalgo no contamos con datos estadísticos sobre esta patología, sin embargo en este hospital tenemos registrados un total de 456 pacientes mayores de 18 años con insuficiencia renal crónica.

B) AREA METODOLOGICA:

La magnitud del universo de pacientes con insuficiencia renal crónica es de 496 en total, de los cuales 456 son mayores de 18 años.

Se utilizará un cuestionario de 14 reactivos para investigar la disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica.

C) AREA PRÁCTICA:

Considerando que dentro de las funciones del médico familiar se encuentra la promoción a la salud y prevención de las enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo, y no solo de la enfermedad. Por esta razón, en la práctica médica, es importante identificar, la disfunción familiar percibida por algún integrante de la familia, logrando con ello que el médico que atienda a estos enfermos, otorgue una atención en una forma más integral, respecto al control de su enfermedad, con un enfoque familiar, tomando como base, el conocimiento de su funcionalidad.

Por lo anterior considero de suma importancia, para la atención primaria del paciente con insuficiencia renal crónica, el conocer su funcionalidad familiar y tratar con ello la orientación y apoyo familiar para mejorar las condiciones generales de los pacientes.

El siguiente estudio contiene los siguientes aspectos metodológicos básicos:

- **Pertinente:** Ya que a las tasas de morbilidad y mortalidad tanto a nivel mundial, así como nacional y estatal aun son elevadas a pesar de la existencia de programas de salud para su prevención, detección oportuna y promoción a la salud.
- **Magnitud:** La obtención de la información acerca de la disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes mayores de 18 años, se obtendrá por una encuesta la cual se ha calculado de acuerdo al tamaño de muestra para su realización, en 218 pacientes.
- **Viabilidad:** El estudio es viable ya que se realizara en el HGZMF N.1 Pachuca Hgo del cual se obtendrá la información por parte de los pacientes con IRC mayores de 18 años, que se encuentren en los servicios de la consulta externa de medicina familiar, servicio de urgencias o pacientes hospitalizados.
- **Trascendencia:** El estudio es trascendente ya que hasta el momento no se han realizado estudios similares a nivel nacional y menos a nivel estatal, por lo que obtendremos datos importantes para poder promover ayuda a las familias disfuncionales con pacientes con insuficiencia renal, aspecto que la mayoría de las veces pasa desapercibido por equipo de salud, como condicionante de un mal control del paciente.
- **Factibilidad:** El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros para su realización.
- **Política:** En México la Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se ubican en los primeros sitios de morbilidad y mortalidad nacional (con tasa de prevalencia por cada 100 mil habitantes es 11.27 y 15.9 respectivamente). La insuficiencia renal crónica (IRC) es una complicación común de estas patologías, reportes emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señalan que el 62% de los pacientes dializados tienen como origen estas causas. La IRC es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar, por ello el estudio del grado y frecuencia de disfunción familiar en esta patología es importante y con esto crear programas de apoyo familiar para mejorar el manejo y cuidado del paciente logrando un mejor control y disminuyendo las complicaciones.

- **Administrativa:** Actualmente los programas para prevención realizados por el departamento de salud de nuestro país van enfocados a la disminución de la morbi-mortalidad en este tipo de pacientes, por lo que es necesario realizar programas de salud con un enfoque familiar para lograr mejorar el control del paciente renal y incrementar el nivel de calidad de vida de los pacientes y la familia como núcleo.
- **Interesante:** El estudio es interesante ya que al conocer el grado y frecuencia de disfunción familiar entenderemos mejor al núcleo familiar y se les podrá dar mejor orientación, así como envío al servicio especializado para otorgar apoyo psicológico y social, disminuyendo con ello la carga emocional familiar, condicionando con ello un mejor entendimiento de la patología y logrando un mejor control del paciente.
- **Relevante:** Por que proporcionara el estudio, datos importantes sobre la frecuencia de disfunción familiar en este grupo de pacientes, pudiendo modificar actitudes familiares y mejorar su control.
- **Ético:** El estudio es ético ya que la realización y obtención de la información se realizara a través de la aplicación de una encuesta y de ninguna manera se afecta la integridad y confidencialidad de los pacientes que deseen participar en el estudio.
- **Novedoso:** El estudio es novedoso ya que hasta el momento no se ha realizado dicho estudio en este hospital ni en el estado de Hidalgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que no se tienen estadísticas confiables ni información disponible sobre la disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en nuestro medio, y observando que esta patología causa serios trastornos que afectan a la población en general, me he planteado la siguiente interrogativa:

¿Cuál es la frecuencia y grado de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hgo?

OBJETIVO GENERAL:

1.-Determinar la frecuencia y grado de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes del HGZ y MF No.1 Pachuca, Hgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.-Establecer el grado y frecuencia de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal según el cuestionario aplicado en: funcional, moderadamente disfuncional, disfuncional y severamente disfuncional.

2.-Clasificar el núcleo familiar de acuerdo a sus características generales.

HIPOTESIS GENERAL DEL ESTUDIO:

Es un estudio descriptivo y observacional, por lo tanto no requiere de hipótesis.

MATERIAL Y METODOS:

LUGAR:

El estudio se llevara a cabo en consulta externa de medicina familiar y en la zona de hospital del HGZ y MF No. 1 en Pachuca, Hgo.

UNIVERSO:

Este estudio se realizará en los pacientes con insuficiencia renal crónica mayores de 18 años, de cualquier sexo, que se encuentren en tratamiento, ya sea en diálisis o hemodiálisis y sean derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) , adscritos al HGZ y MF NO. 1 Pachuca, Hgo., y que cumplan con los criterios de inclusión.

Tomando en cuenta que según los datos estadísticos de este hospital el total de pacientes con insuficiencia renal crónica son 496, tenemos un total de 456 mayores de 18 años, con lo que se obtuvo un tamaño de muestra de 218 pacientes.

POBLACION DE ESTUDIO:

Pacientes mayores de 18 años que presentes insuficiencia renal crónica, en el periodo comprendido del 1º. De septiembre al 30 de octubre del año en curso.

DISEÑO:

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo.

Descriptiva. Se van a especificar y a medir las propiedades importantes de los pacientes y de la familia.

Observacional: Se estudiará el fenómeno sin modificar variables.

Transversal: porque las variables serán medidas solo una vez.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.-Pacientes con insuficiencia renal crónica de 18 años a 60 años.
- 2.-Pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal y/ò hemodiálisis.
- 3.-Pacientes que acepten participar y firmen el consentimiento informado antes de iniciar la entrevista.
- 4.- Pacientes de ambos sexos.
- 5.- Que sean derechohabientes al IMSS y que acudan a la consulta externa o estén hospitalizados en el HGZ y MF No.1 Pachuca.

CRITERIO DE EXCLUSION:

- 1.-Pacientes con insuficiencia renal crónica menores de 18 años.

2.-Pacientes con IRC con tratamiento conservador.

3.- Pacientes con deterioro mental o trastornos psíquicos que afecten el juicio.

4.-Pacientes que no convivan con una familia.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

1.-Pacientes en estado crítico

2.-Pacientes que no concluyan la encuesta.

DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Disfunción familiar	Cuando la familia no es capaz de manejar el estrés condicionando que no cumpla sus funciones básicas.	La familia no es capaz de realizar sus funciones básicas de alimentación, afecto, cuidado, etc que le corresponden según la etapa del ciclo vital en que se encuentre.	Escala Ordinal	PUNTUACION: 70-57 ...Funcional 56-43 moderadamente funcional. 42-28 disfuncional. 27-14 severamente disfuncional.
Edad	Período de tiempo que ha pasado en la vida de una persona desde su nacimiento hasta su muerte	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació.	Escala de proporción o razón	a) 18-29 años b) 30-39 años c) 40-49 años d) 50-59 años e) 60-69 años f) 70 y mas.
Años de evolución de la IRC.	Duración de la IRC desde su diagnostico.	Tiempo transcurrido desde el dx de	Escala de proporción o razón.	a) 1-5 años b) 6-10 años c) 11-15 años

		la IRC.		d) 16-20 años e) 20-25 años f) + 25 años
Hemodiálisis	Es el proceso mediante el cual se rigen el intercambio de solutos por membranas semipermeables ,basados en las leyes físicas y químicas.	Depuración <u>extrarrenal</u> por medio de un riñón artificial	Escala nominal	a) Si b) No
Diálisis	Proceso de difusión selectiva a través de una membrana que permite el paso de ciertos cuerpos y evita el de otros.	Método terapéutico sustitutivo de la función renal.	Escala nominal	a) Si b) No

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

A.- FUENTE DE RECOLECCION DE DATOS:

Los datos de obtendrán de fuentes primarias a través de una entrevista personal para el llenado de un cuestionario y una cedula de identificación.

B. METODO E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.

La recolección de la información se llevara a cabo mediante una entrevista en forma individual y confidencial a los sujetos del estudio, previa autorización de cada uno.

Dicha entrevista se realizará a través de un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

La presencia de disfunción familiar se determinara de acuerdo con el cuestionario FF-SIL, (anexo 1), el cual fue validado en Cuba y aplicado en nuestro país para estudios similares, además de la recolección de datos personales mediante una cedula de identificación.

Cada pregunta del cuestionario tiene varias opciones de respuesta, de las cuales el paciente tendrá que escoger la mejor según considere su propia situación.

Se solicitará autorización a la coordinación de Medicina Familiar y de Hospitalización según lo requiera, del HGZ y MF No. 1 de Pachuca, Hgo, para la aplicación del cuestionario y la cédula de identificación personal, en pacientes de la consulta externa y hospitalizados de ésta unidad.

Antes de la aplicación de la encuesta, a todos los entrevistados se les explicará la naturaleza, fines y objetivos del estudio, decidiendo el encuestado si desea o no, participar en el mismo. Una vez informado el participante y con su aceptación de participar en el estudio, se le solicitará firmar el formato de consentimiento informado, de acuerdo con la versión revisada de la Declaración de Helsinki (revisión de Sudáfrica 1996) y con las leyes y reglamentos locales concernientes a la realización de investigaciones médicas en el país.

La información obtenida a través de las encuestas, será recolectada por el investigador para su posterior análisis.

Una vez ordenados los datos, serán evaluados de acuerdo a la escala de FF-SIL de disfunción familiar, analizando las diferencias en las variables de estudio.

Se utilizarán estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión periférica).

Se realizará el análisis estadístico con el programa SPSS 15.0 para Windows, analizando las diferencias en las variables de estudio.

La difusión de resultados se presentarán al término del protocolo, utilizando tablas y gráficas.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se realizará el cálculo del número de sujetos necesario para la realización del estudio mediante la aplicación de la fórmula para calcular tamaño de muestra de estudios que determinan una proporción en población finita, a partir de la población total de pacientes con insuficiencia renal crónica mayores de 18 años de edad, adscritas al servicio de medicina familiar de ambos turnos en el HGZMF No.1 de Pachuca, Hgo, (datos obtenidos por el servicio de estadística del hospital) y en base a la expectativa de la frecuencia de la disfunción familiar, la cual no conocemos, se realizará con un 50% de probabilidad y un 50% de no probabilidad del evento.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N: total de la población = 456 pacientes con IRC mayores de 18 años

Z α ²: seguridad 95% = 1.96

p: proporción esperada: 50% = 0.50

q: = 0.50

d: precisión deseada (5%).

$$n = \frac{(456) \cdot (1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (.50)}{0.05^2 \cdot (456-1) + 1.96^2 \cdot 0.50 \cdot 0.50}$$
$$n = \frac{437.9424}{2.0979} = 208$$

Se calculará el tamaño de muestra ajustado para un 5% de pérdidas esperadas.

$$Na = N [1/(1-R)]$$

Na: número de sujetos ajustado: 10

N: número de sujetos teórico (208)

R: proporción esperada de pérdidas: 5%

$$Na = 208 [1/(1-0.1)]$$

$$Na = 218$$

ANALISIS ESTADISTICO:

Procesamiento de datos, la captura de datos y análisis estadístico del mismo ser llevara a cabo con el programa estadístico SPSS-15. Se realizara análisis estadístico descriptivo con la finalidad de determinar frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión periférica como media, mediana, moda, desviación estándar y varianza.

ASPECTOS ETICOS:

Con base en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, en que se califica los procedimientos a realizar en esta investigación "sin riesgo" , más sin embargo, y debido a que hay posibilidades de entrevistar a los pacientes y/ò a sus familiares, se adopta la indicación del artículo 17, capítulo I, fracción segunda, en donde señala que sí amerita consentimiento informado, y por lo tanto la información que se recabe será de manejo estrictamente confidencial.

Se solicitara firma de consentimiento informado en formato correspondiente. Anexo 2.

RECURSOS HUMANOS:

Médico residente, un asesor clínico y uno metodológico.

RECURSOS MATERIALES, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD:

Dado que en el hospital se cuenta con los recursos necesarios, así como la disposición del personal tanto directivo como operativo sí es factible realizar la investigación.

Los recursos del medico residente, computadora, hojas blancas, impresora, lapcies, engrapadora, fotocopiadora.

RESULTADOS

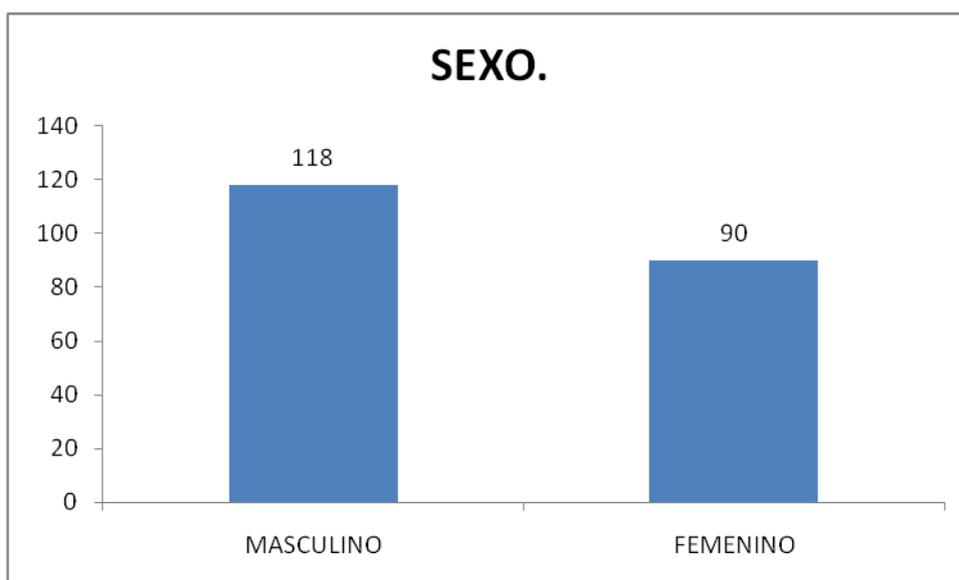
Los resultados obtenidos a través de la investigación, son a base de la aplicación de encuesta directa en 208 pacientes con insuficiencia renal crónica manejados con diálisis y hemodiálisis.

CUADRO No. 1
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÙN SEXO.

SEXO	NÚMERO	%
MASCULINO	118	56.73
FEMENINO	90	43.27
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.

De estos 208 pacientes, el 56.73 % son del sexo masculino y el 43.27 % corresponden al sexo femenino; cabe señalar que las diferencias en el número de pacientes de la muestra se debe a que efectivamente, se atienden en diálisis y hemodiálisis a más hombres que a mujeres, en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 1.

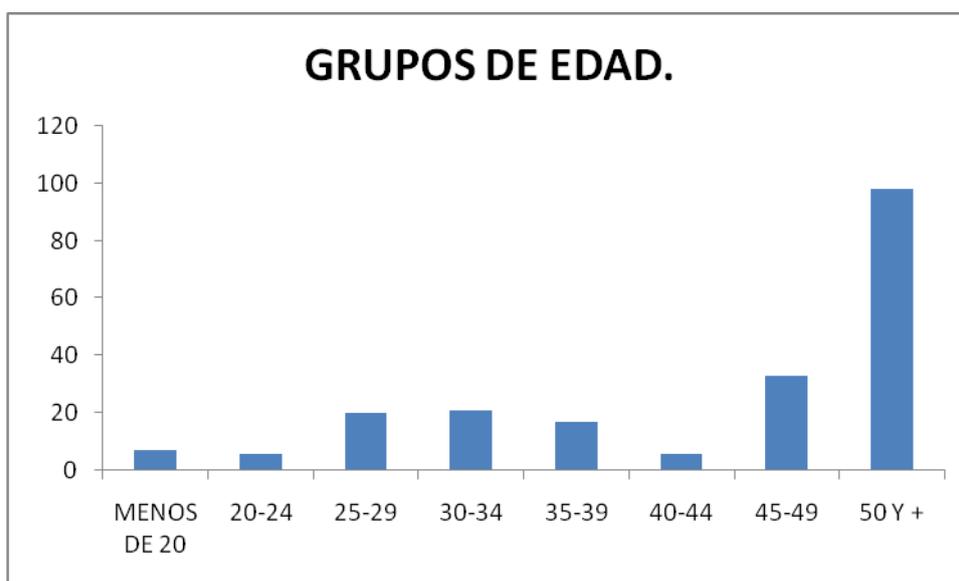
CUADRO No. 2
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN GRUPOS DE EDAD.

CONCEPTO	NÚMERO	%
< 20	7	3.37
20-24	6	2.88
25-29	20	9.62
30-34	21	10.10
35-39	17	8.17
40-44	6	2.88
45-49	33	15.86
50 Y MÁS	98	47.12
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 2: La muestra estudiada se dividió en grupos con intervalo de cinco años de edad por considerar que la evolución de la enfermedad está en función de la edad de los pacientes, así como también el sexo que implican altos riesgos para la calidad de vida, y que inciden desfavorablemente en la percepción que de su salud tienen los pacientes con insuficiencia renal crónica. Estas variables están incluso involucradas en el proceso de descripción de todos los resultados específicos.

El mayor porcentaje lo ocupó el grupo de 50 y más años de edad, representando el 47.12 sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar está el grupo de 45 a 49 años con el 15.86 %, y en tercer sitio se encontró al grupo de 30 34 años con el 10.10 %; llama la atención el hecho de que el 15.87 % de los pacientes con insuficiencia renal sean menores de 25 años de edad; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



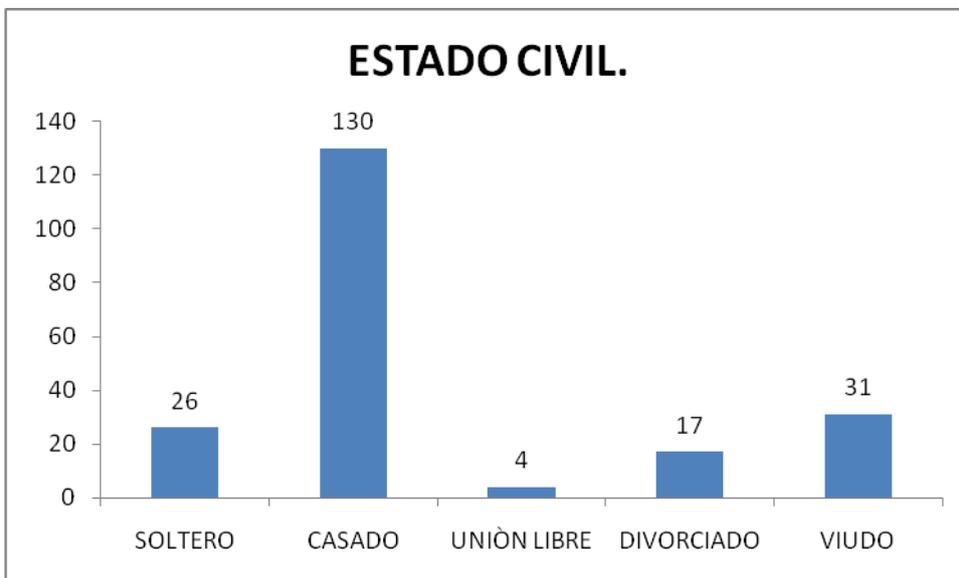
Grafica 2.

CUADRO No. 3
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN ESTADO CIVIL.

CONCEPTO	NÚMERO	%
SOLTERO	26	12.50
CASADO	130	62.50
UNIÓN LIBRE	4	1.92
DIVORCIADO	17	8.17
VIUDO	31	14.90
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 3.- En cuanto al estado civil se refiere, el mayor porcentaje lo ocupó el grupo de casados (as)50, representando el 62.50 sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar están los viudos (as) con el 14.90 %, y en tercer sitio se encontró al grupo de solteros (as) con el 12.50 %; llama la atención el hecho de que en suma, el 23.07 % sean viudos y divorciados, lo cual demuestra una mayor dependencia en los cuidados por parte de los familiares; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



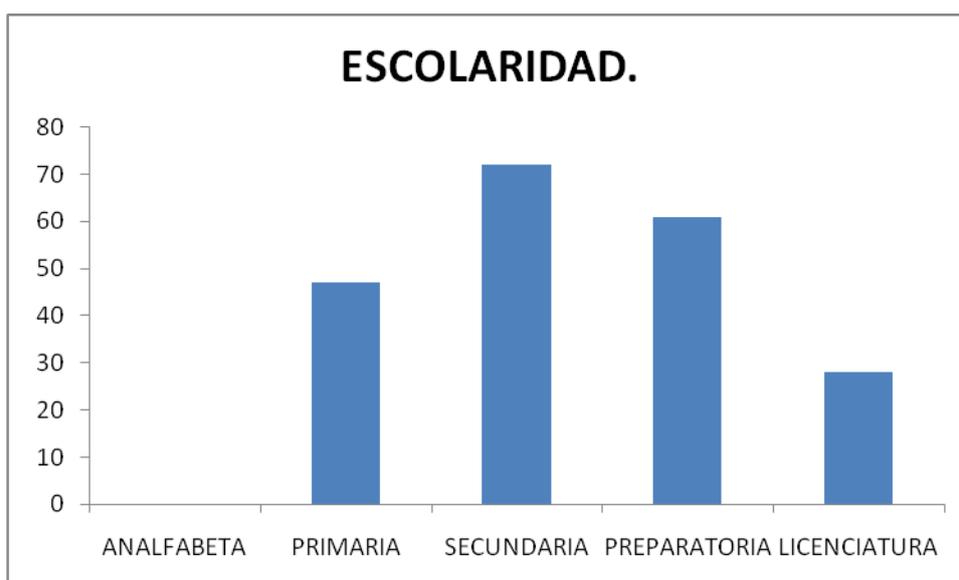
Grafica 3.

CUADRO No. 4
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA SEGÙN ESCOLARIDAD.

CONCEPTO	NÙMERO	%
ANALFABETA	0	0.0
PRIMARIA	47	22.60
SECUNDARIA	72	34.62
PREPARATORIA	61	29.32
LICENCIATURA	28	13.46
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 4.- En relación a la escolaridad de los pacientes, el mayor porcentaje lo ocupó el grupo con estudios de secundaria, representando el 37.62 sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar están los que dijeron contar con estudios de educación preparatoria con el 29.32 %, y en tercer sitio se encontró al grupo con estudios de educación primaria con el 22.60 %; llama la atención el hecho de que, por una parte no se registró ningún caso de analfabetismo y que por otro lado se tengan pacientes que declararon tener estudios de licenciatura y cuyo porcentaje fue del 13.46; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



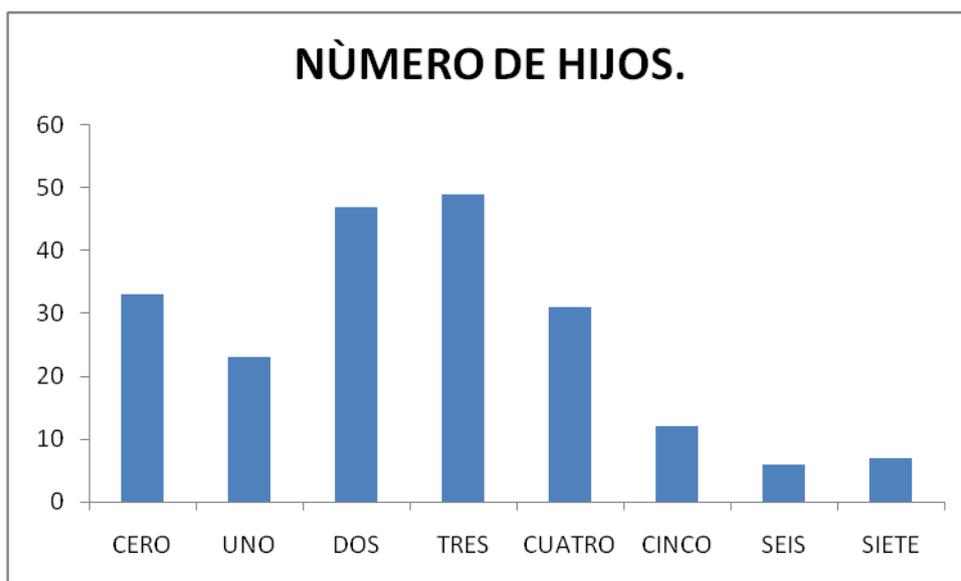
Grafica 4.

CUADRO No. 5
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA SEGÙN NÙMERO DE HIJOS.

CONCEPTO	NÙMERO	%
0	33	15.87
1	23	11.06
2	47	22.60
3	49	23.55
4	31	14.90
5	12	5.77
6	6	2.88
7	7	3.37
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 5.- En cuanto al número de hijos, el mayor porcentaje lo ocuparon los pacientes con 3 hijos, representando el 23.55 sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar están los que dijeron tener 2 hijos con el 22.60 %, y en tercer sitio se encontró al grupo que dijeron tener un solo hijo con el 15.87 %; llama la atención el hecho de que, el 15.87 % dijeron no tener ni un solo hijo; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



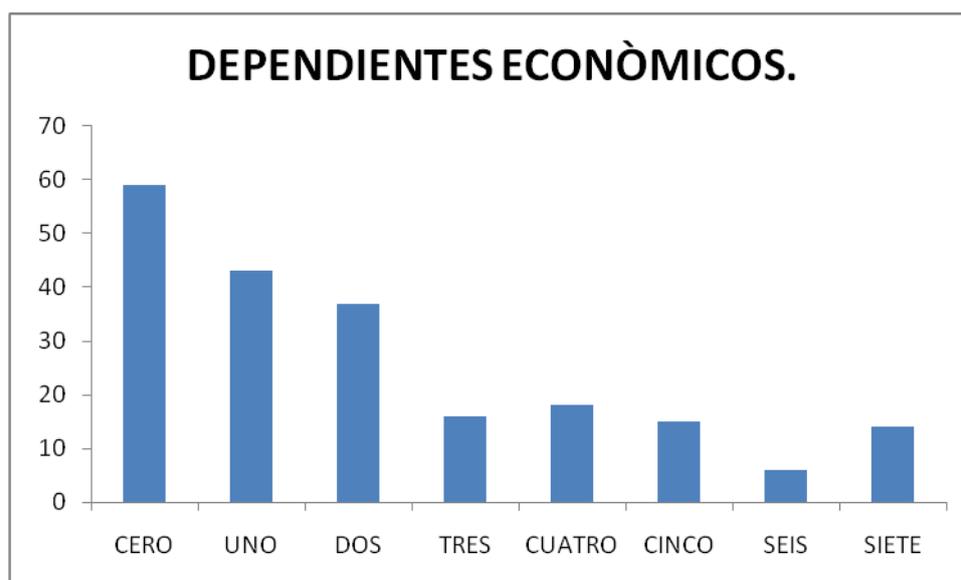
Grafica 5.

CUADRO No. 6
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÙN NÙMERO DE
DEPENDIENTES ECONÒMICOS.

CONCEPTO	NÙMERO	%
0	59	28.36
1	43	20.67
2	37	17.79
3	16	7.69
4	18	8.65
5	15	7.21
6	6	2.88
7	14	6.73
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.14

Cuadro número 6.- En cuanto al número de dependientes económicos, el mayor porcentaje lo ocuparon los pacientes que dijeron no contar con ninguna persona dependiente económicamente, representando el 28.36 sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar están los que dijeron tener solo un dependiente económico con el 20.67 %, y en tercer sitio se encontró al grupo que dijeron tener dos dependiente económicos con el 17.79 %; llama la atención el hecho de que, el 9.61 % dijeron tener de 6 a 7 personas; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



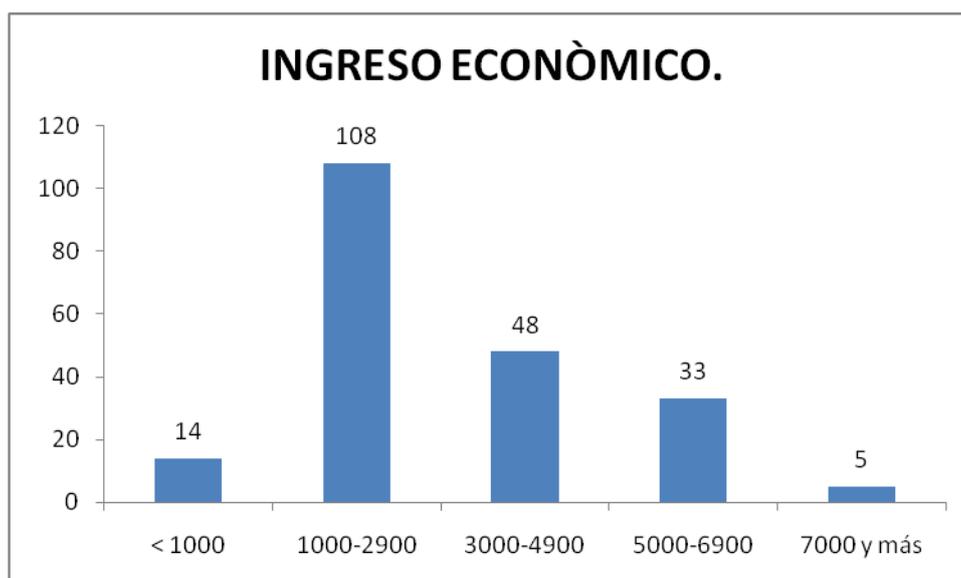
Grafica 6.

CUADRO No. 7
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN INGRESOS ECONÓMICOS.

CONCEPTO	NÚMERO	%
< 1000	14	6.73
1000-2900	108	51.92
3000-4900	48	23.08
5000-6900	33	15.87
7000 Y +	5	2.40
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.14

Cuadro número 7.- En cuanto al ingreso económico que reciben mensualmente, el mayor porcentaje lo ocuparon los pacientes que dijeron contar con un ingreso entre \$1000 y \$2900 pasos, representando el 51.92 % sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar están los que dijeron tener entre \$3000 y \$4900 pasos mensuales con el 23.08 %, y en tercer sitio se encontró al grupo que dijeron recibir entre \$5000 y \$6900 pasos, llama la atención el hecho de que solo 5 pacientes dijeron percibir de \$7000 y más pesos mensuales; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.

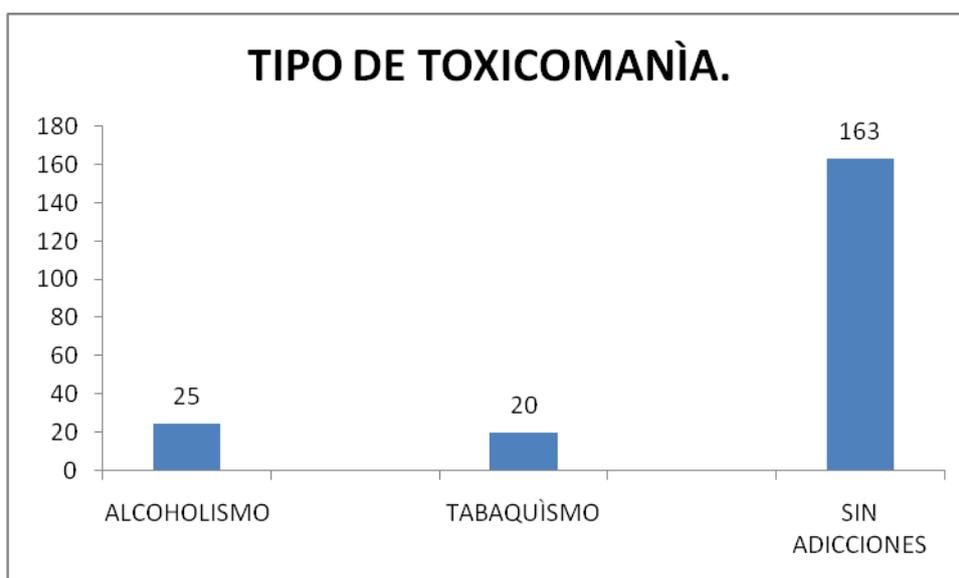


CUADRO No. 8
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN TOXICOMANÍA.

CONCEPTO	NÚMERO	%
ALCOHOLISMO	25	12.02
TABAQUISMO	20	9.61
SIN ADICCIONES	163	78.37
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.14

Cuadro número 8.- En relación a las toxicomanías, el mayor porcentaje lo ocuparon los pacientes que dijeron no tener ninguna adicción, representando el 78.37 % sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar están los que dijeron padecer de alcoholismo con el 12.02 %, y en tercer sitio se encontró al grupo que dijeron padecer de tabaquismo, llama la atención el hecho de que sea muy alto el porcentaje de pacientes que durante la entrevista dijeron no tener ningún tipo de adicción; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



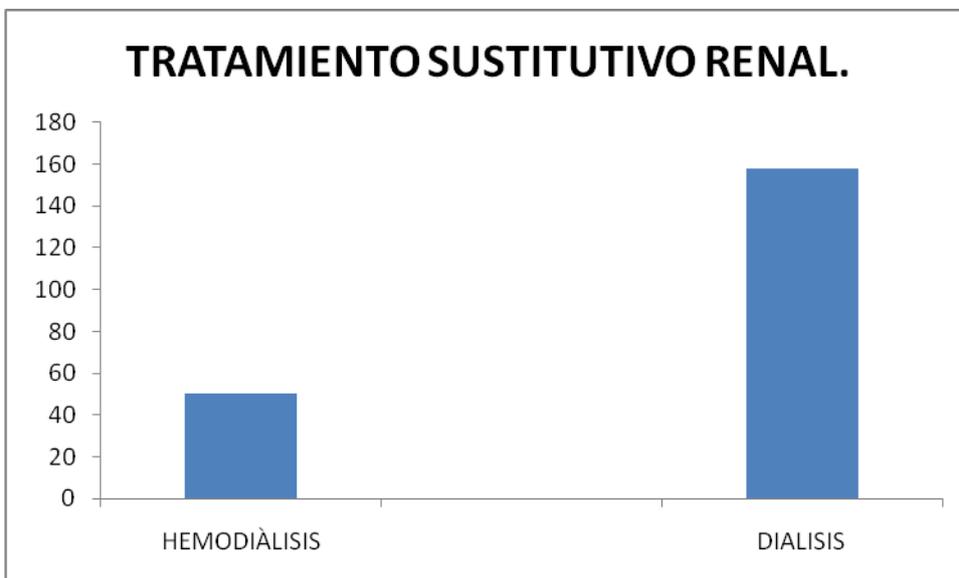
Gráfica 8

**CUADRO No. 9
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN TRATAMIENTO
SUSTITUTIVO RENAL.**

CONCEPTO	NÚMERO	%
HEMODIÁLISIS	50	24.04
DIALISIS	158	75.96
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 9.- En relación al tipo de tratamiento sustitutivo, el mayor porcentaje lo ocuparon los pacientes sujetos a diálisis, representando el 75.96 % sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar están los que estuvieron sometidos a hemodiálisis con el 24.04 %; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



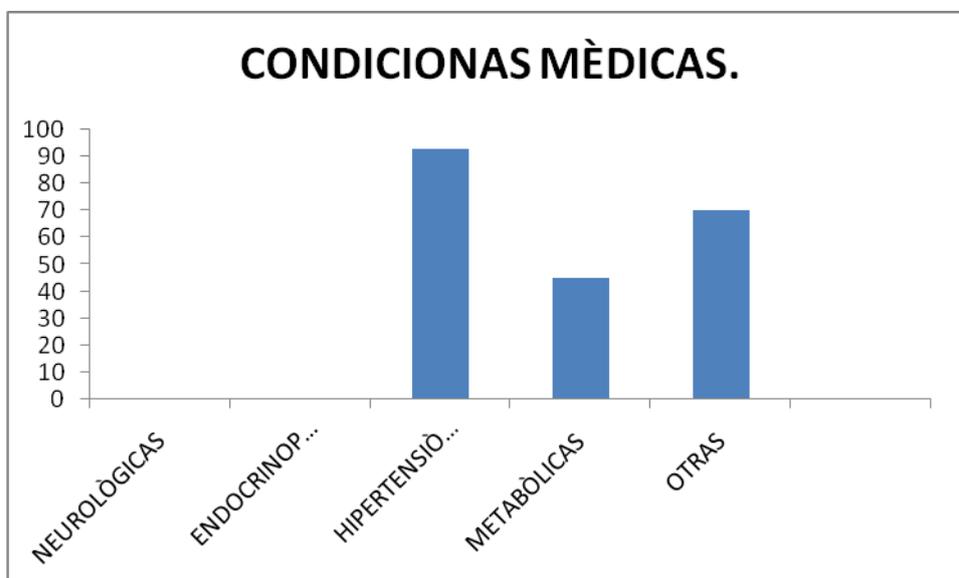
Grafica 9.

CUADRO No. 10
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS.

CONCEPTO	NÚMERO	%
NEUROLÒGICAS	0	0
ENDOCRINOPATÍAS	0	0.0
HIPERTENSIÒN ARTERIAL	93	44.72
METABÒLICAS	45	21.63
OTRAS	70	33.65
TOTAL	208	100.0

Fuente: Entrevista directa.14

Cuadro número 10.- En cuanto a las condiciones médicas, el mayor porcentaje lo ocuparon los pacientes que presentaron hipertensión arterial, representando el 44.72 % sobre los 208 pacientes de la muestra estudiada, en segundo lugar están los que presentaron otro tipo de condiciones médicas con el 33.65 %, y en tercer sitio se encontró a los pacientes con enfermedad metabólica (generalmente diabetes mellitus); en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 10.

CUADRO No. 11
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

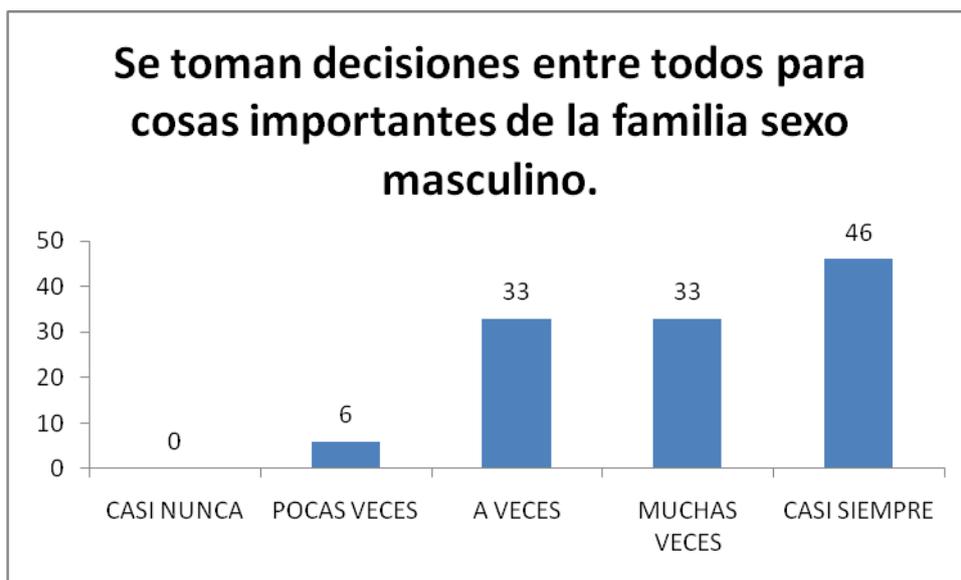
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	6	5.08
A VECES	33	27.97
MUCHAS VECES	33	27.97
CASI SIEMPRE	46	38.98
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 11.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “casi siempre”, representando el 38.98 del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “muchas veces” con el 27.97 %, con similar porcentaje, los que respondieron “a veces”, llama la atención de que ningún paciente del sexo masculino respondiera “casi nunca”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 11.

CUADRO No. 12
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA SEGÙN CONDICIONES MÈDICAS;
SEXO FEMENINO.

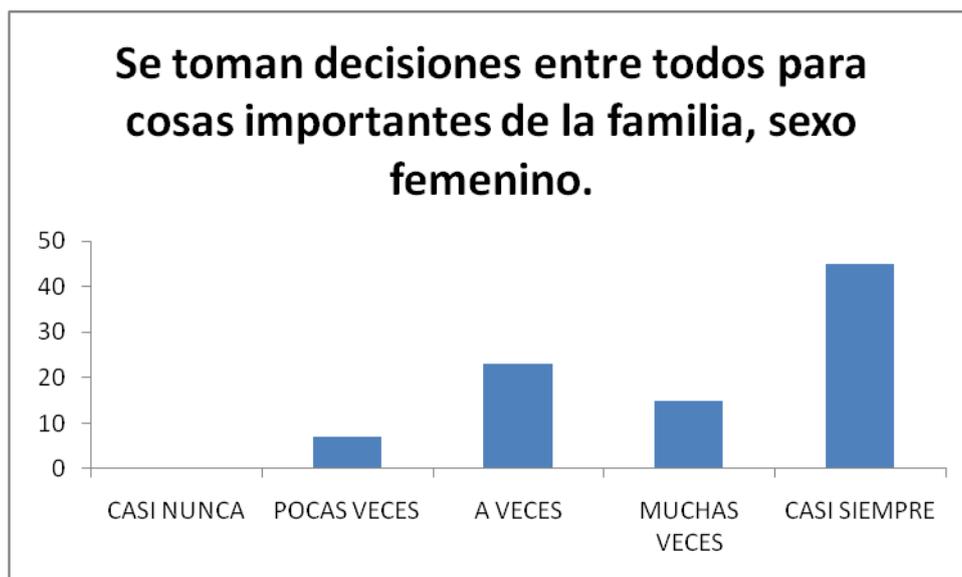
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.

CONCEPTO	NÙMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	7	7.78
A VECES	23	25.55
MUCHAS VECES	15	16.67
CASI SIEMPRE	45	50.00
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 12.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “casi siempre”, representando el 50.00 del total de la muestra de mujeres consistente en 90 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “a veces” con el 25.55 %, en tercer sitio las que respondieron “muchas veces” con el 16.67 %, llama la atención de que ningún paciente del sexo femenino respondiera “casi nunca”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 12.

CUADRO No. 13
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

En mi casa predomina la armonía.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	6	5.08
A VECES	33	23.97
MUCHAS VECES	53	44.92
CASI SIEMPRE	26	22.03
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 13.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “En mi casa predomina la armonía”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “muchas veces”, representando el 44.92 del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “a veces” con el 23.97 %, en tercer sitio las que respondieron “casa siempre” con el 22.03 %, llama la atención de que ningún paciente del sexo masculino respondiera “casi nunca”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 13.

CUADRO No. 14
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÙN CONDICIONES MÈDICAS;
SEXO FEMENINO.

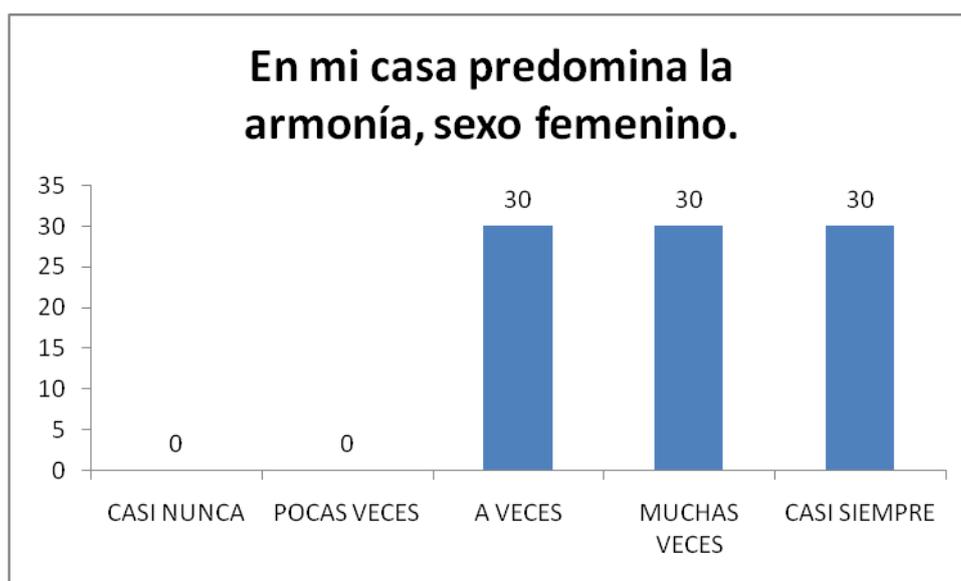
En mi casa predomina la armonía.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	30	33.33
MUCHAS VECES	30	33.33
CASI SIEMPRE	30	33.33
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 14.- EN RELACION A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “En mi casa predomina la armonía”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “muchas veces”, representando el 44.92 del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “a veces” con el 23.97 %, en tercer sitio las que respondieron “casa siempre” con el 22.03 %, llama la atención de que ningún paciente del sexo masculino respondiera “casi nunca”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 14.

CUADRO No. 15
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

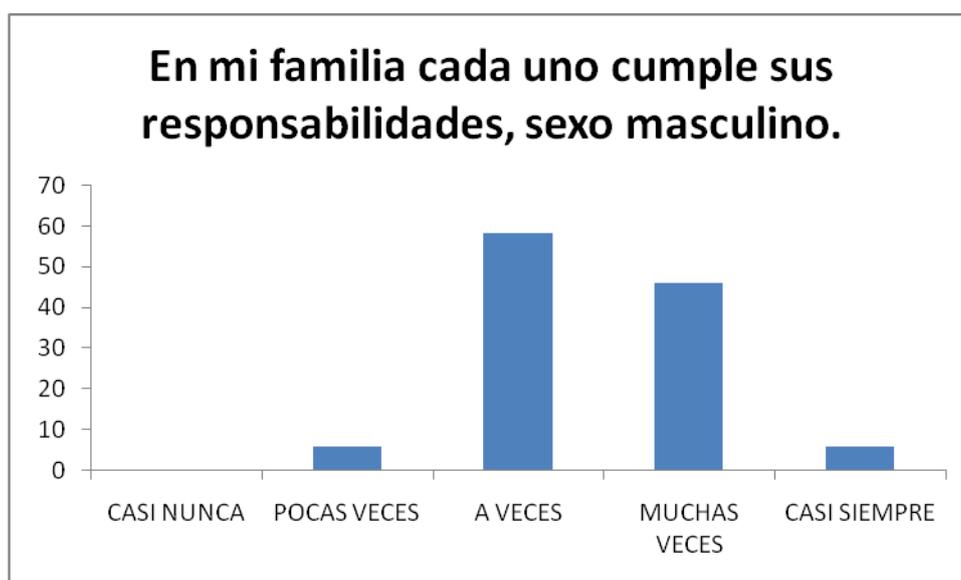
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	6	5.08
A VECES	59	50.00
MUCHAS VECES	47	39.84
CASI SIEMPRE	6	5.08
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 15.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “a veces”, representando el 50.00 % del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “muchas veces” con el 39.84 %, en tercer sitio y con similar porcentaje están los que respondieron “pocas veces” y “casi siempre”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 15.

CUADRO No. 16
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO FEMENINO.

En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	15	16.67
MUCHAS VECES	68	75.55
CASI SIEMPRE	7	7.78
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 16.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “muchas veces”, representando el 75.55 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “a veces” con el 16.67 %, en tercer sitio están las que respondieron “casi siempre”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 16.

CUADRO No. 17
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

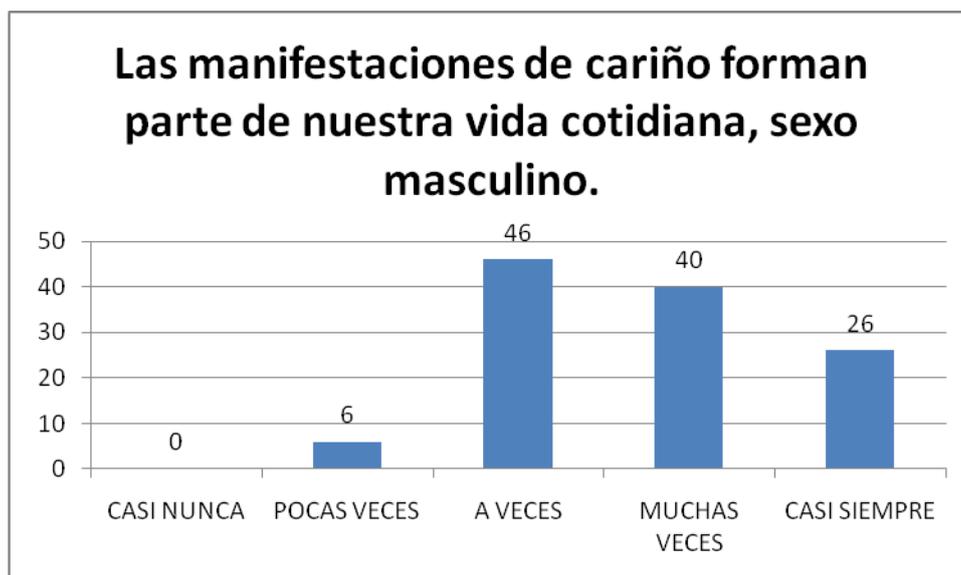
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	6	5.08
A VECES	46	38.98
MUCHAS VECES	40	33.91
CASI SIEMPRE	26	22.34
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 17.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “a veces”, representando el 38.98 % del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “muchas veces” con el 33.91 %, en tercer sitio están los que respondieron “casi siempre” con el 22.34 %; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 17.

CUADRO No. 18
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA SEGÙN CONDICIONES MÈDICAS;
SEXO FEMENINO.

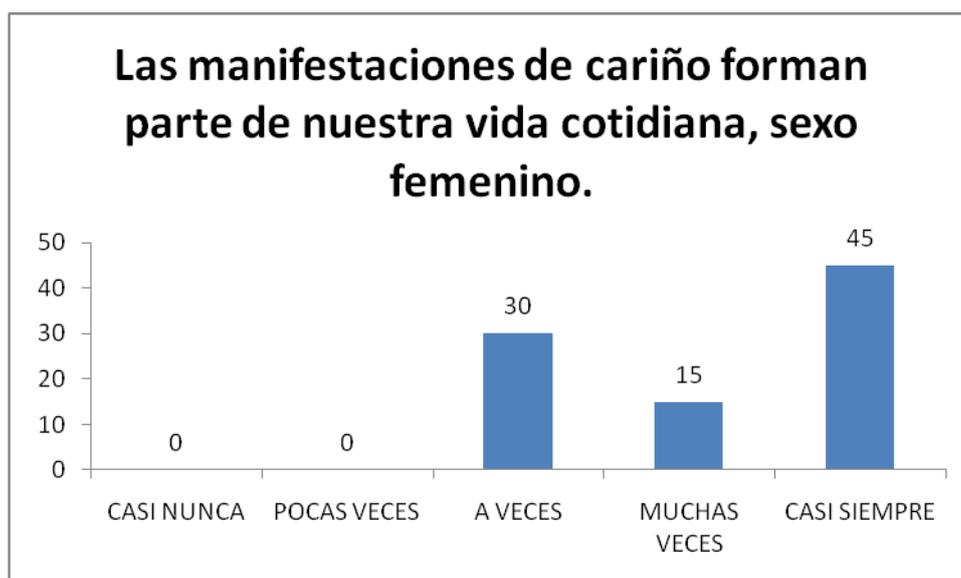
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.

CONCEPTO	NÙMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	30	33.33
MUCHAS VECES	15	16.67
CASI SIEMPRE	45	50.00
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 18.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “casi siempre”, representando el 50.00 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “a veces” con el 33.33 %, en tercer sitio están los que respondieron “muchas veces” con el 16.67 %; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 18.

CUADRO No. 19
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

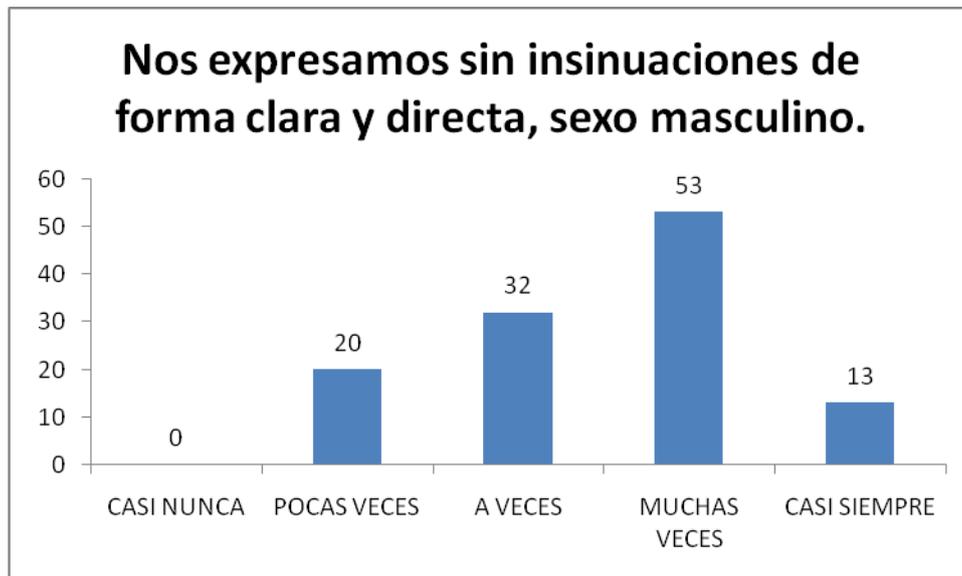
Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	20	16.95
A VECES	32	27.12
MUCHAS VECES	53	44.92
CASI SIEMPRE	13	11.01
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 19.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “muchas veces”, representando el 44.92 % del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “a veces” con el 27.12 %, en tercer sitio están los que respondieron “casi siempre” con el 11.01 %; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 19.

CUADRO No. 20
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO FEMENINO.

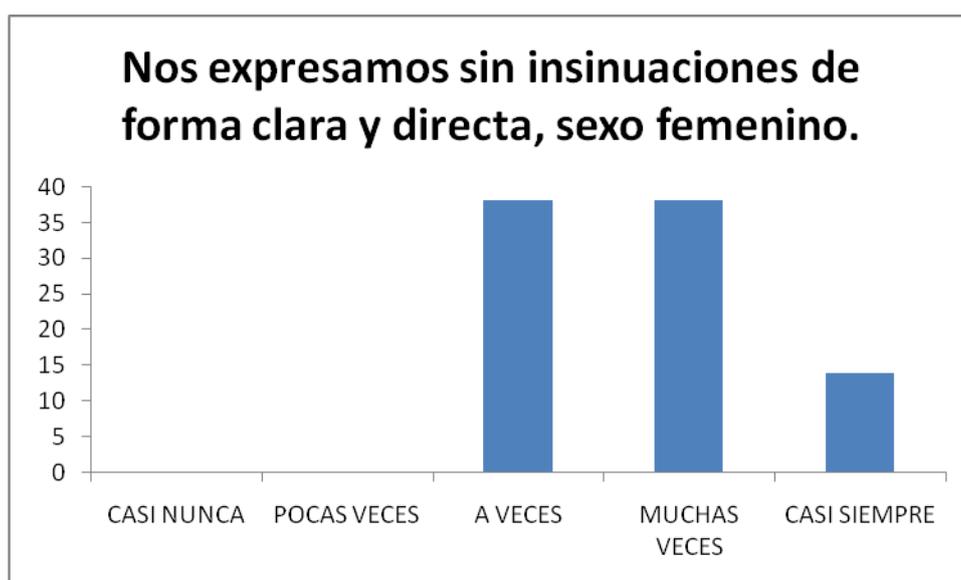
Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	38	42.22
MUCHAS VECES	38	42.22
CASI SIEMPRE	14	15.56
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 20.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “muchas veces”, representando el 42.22 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90 personas, con similar porcentaje del 42.22 %o las personas que contestaron “a veces”, en tercer sitio están los que respondieron “casi siempre” con el 15.56; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 20.

CUADRO No. 21
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA SEGÙN CONDICIONES MÈDICAS;
SEXO MASCULINO.

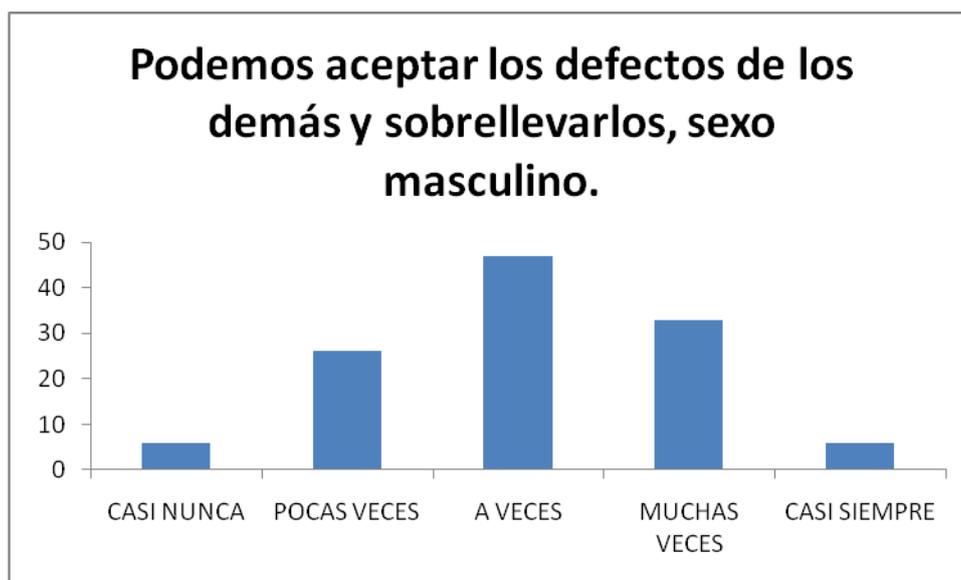
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.

CONCEPTO	NÙMERO	%
CASI NUNCA	6	5.08
POCAS VECES	26	22.03
A VECES	47	39.84
MUCHAS VECES	33	27.97
CASI SIEMPRE	6	5.08
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 21.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “a veces”, representando el 39.84 % del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “muchas veces” con el 27.97 %, en tercer sitio están los que respondieron “pocas veces” con el 22.03; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 21.

CUADRO No. 22
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO FEMENINO.

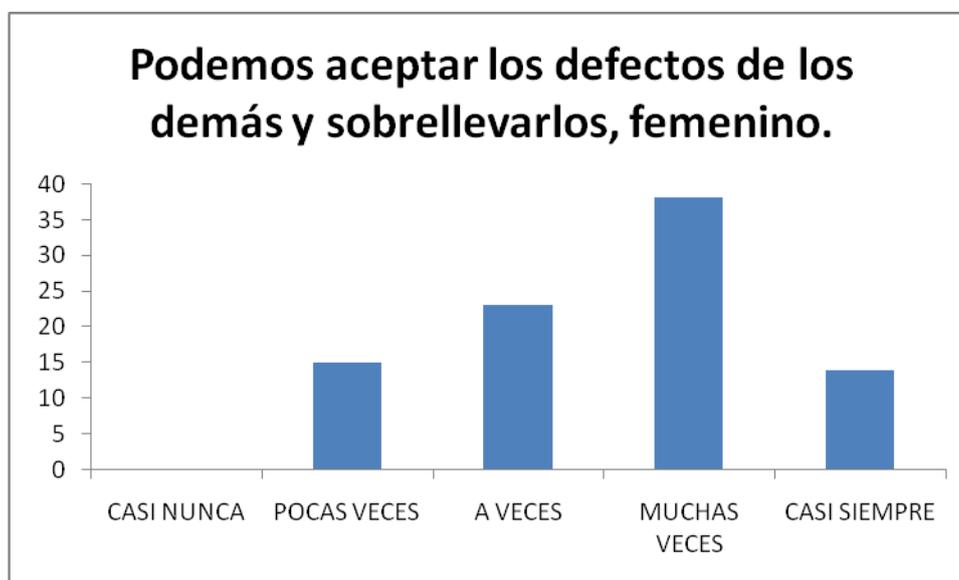
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	15	16.67
A VECES	23	25.55
MUCHAS VECES	38	42.22
CASI SIEMPRE	14	15.56
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 22.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “muchas veces”, representando el 42.22 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “a veces” con el 25.55 %, en tercer sitio están las que respondieron “pocas veces” con el 16.67; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 22.

CUADRO No. 23
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

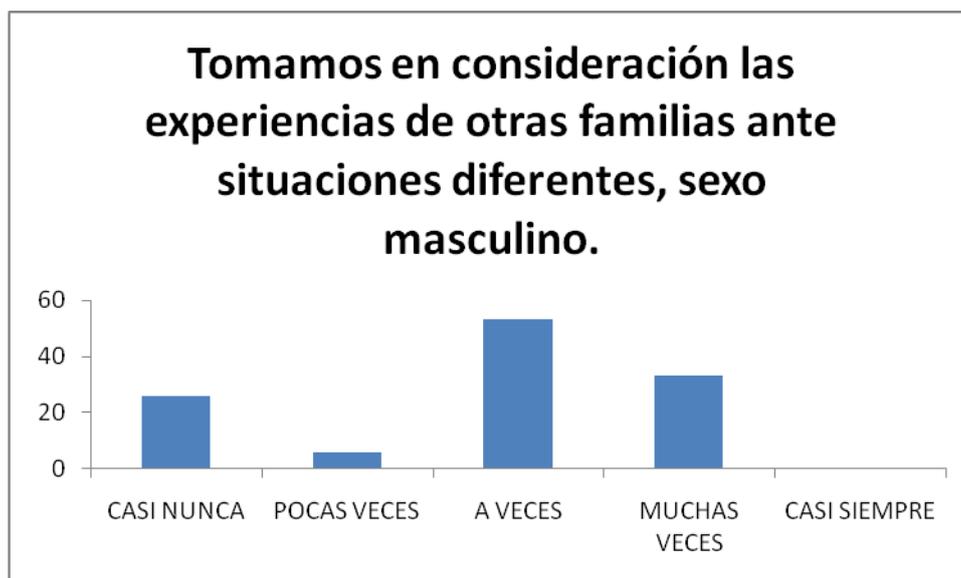
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	26	22.03
POCAS VECES	6	5.08
A VECES	53	44.92
MUCHAS VECES	33	27.97
CASI SIEMPRE	0	0.0
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 23.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “a veces”, representando el 44.92 % del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “muchas veces” con el 27.97 %, en tercer sitio están las que respondieron “casi nunca” con el 23.03; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 23.

CUADRO No. 24
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA SEGÙN CONDICIONES MÈDICAS;
SEXO FEMENINO.

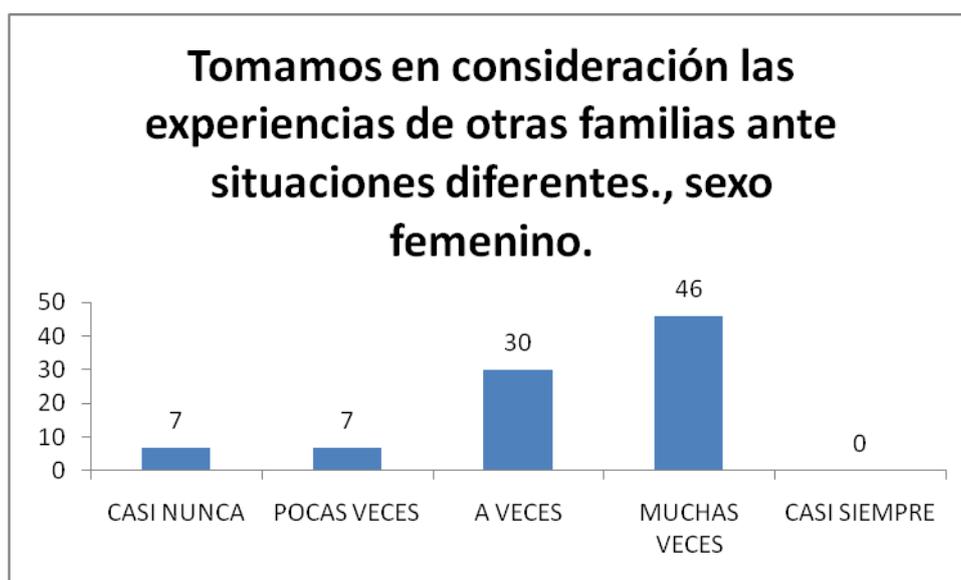
Tomamos en consideraci3n las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.

CONCEPTO	NÙMERO	%
CASI NUNCA	7	7.78
POCAS VECES	7	7.78
A VECES	30	33.33
MUCHAS VECES	46	51.11
CASI SIEMPRE	0	0.0
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro nùmero 24.- EN RELACI3N A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Tomamos en consideraci3n las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes”.

La percepci3n que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar est3n las que declararon que “muchas veces”, representando el 51.11 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90 personas, en segundo sitio las personas que contestaron “a veces” con el 33.33 %, en tercer sitio con similar porcentaje del 7.78 % est3n las que respondieron “casi nunca” y “pocas veces”; en la gr3fica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 24.

CUADRO No. 25
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

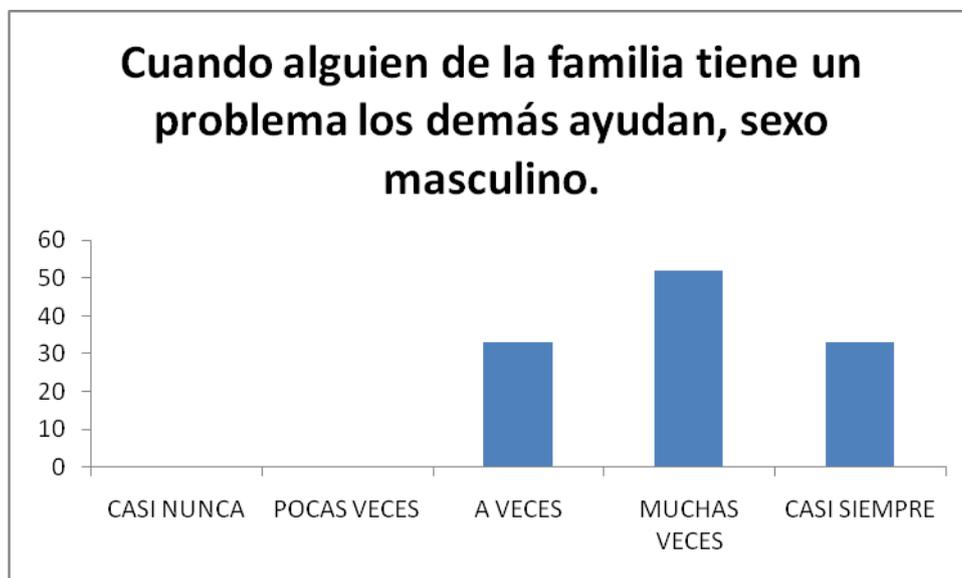
Quando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	33	27.97
MUCHAS VECES	52	44.06
CASI SIEMPRE	33	27.97
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 25.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Quando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “muchas veces”, representando el 44.06 % del total de la muestra de hombres consistente en 118 personas, en segundo sitio con similar porcentaje del 27.97 % están los que respondieron “a veces” y “casi siempre”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 25.

CUADRO No. 26
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO FEMENINO.

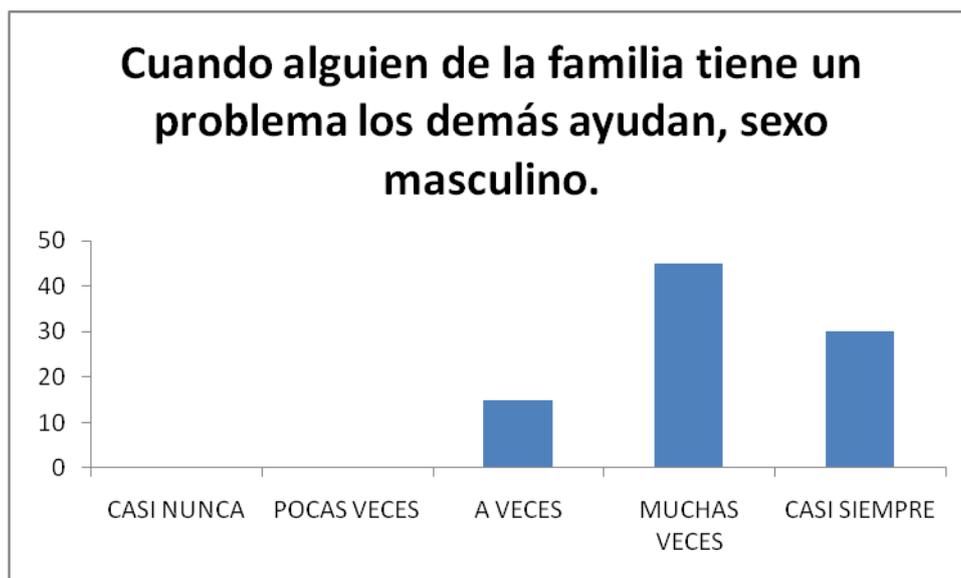
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	15	16.67
MUCHAS VECES	45	50.00
CASI SIEMPRE	30	33.33
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 26.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “muchas veces”, representando el 50.00 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90 personas, en segundo sitio con el 33.33 % están las que respondieron “casi siempre” y en tercer sitio con el 16.67 % las que respondieron “a veces”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 26.

CUADRO No. 27
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	6	5.08
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	80	67.81
MUCHAS VECES	26	22.03
CASI SIEMPRE	6	5.08
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 27.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “a veces”, representando el 67.81 % del total de la muestra de hombres consistente en 118, en segundo sitio con el 22.03 % están los que respondieron “muchas veces” y en tercer sitio con similar porcentaje del 5.08 están los que respondieron “casi nunca” y “casi siempre”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 27.

CUADRO No. 28
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO FEMENINO.

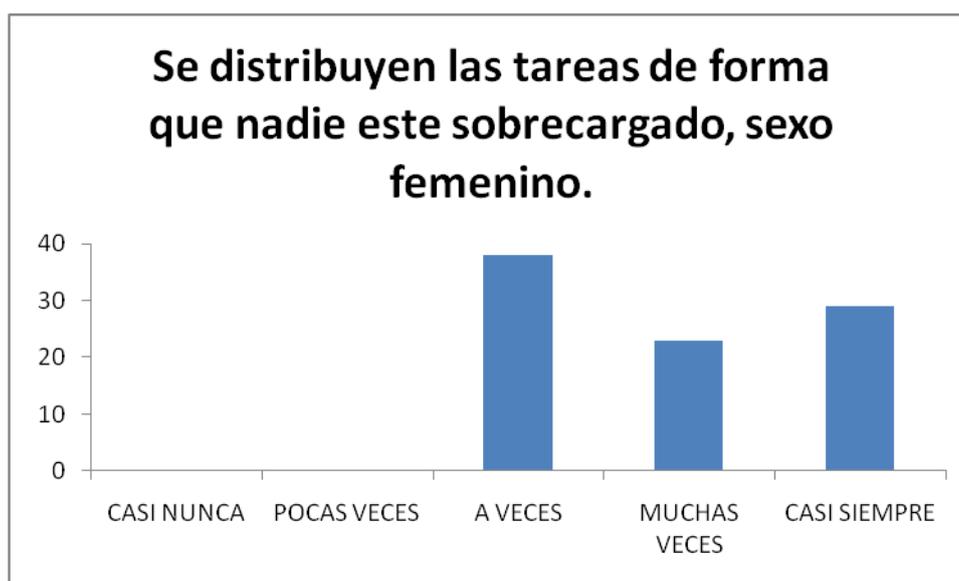
Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	38	42.22
MUCHAS VECES	23	25.55
CASI SIEMPRE	29	32.23
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

cuadro número 28.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “a veces”, representando el 42.22 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90, en segundo sitio con el 32.23 % están los que respondieron “casi siempre” y en tercer sitio con el 25.55 % están las que respondieron “muchas veces”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 28.

CUADRO No. 29
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

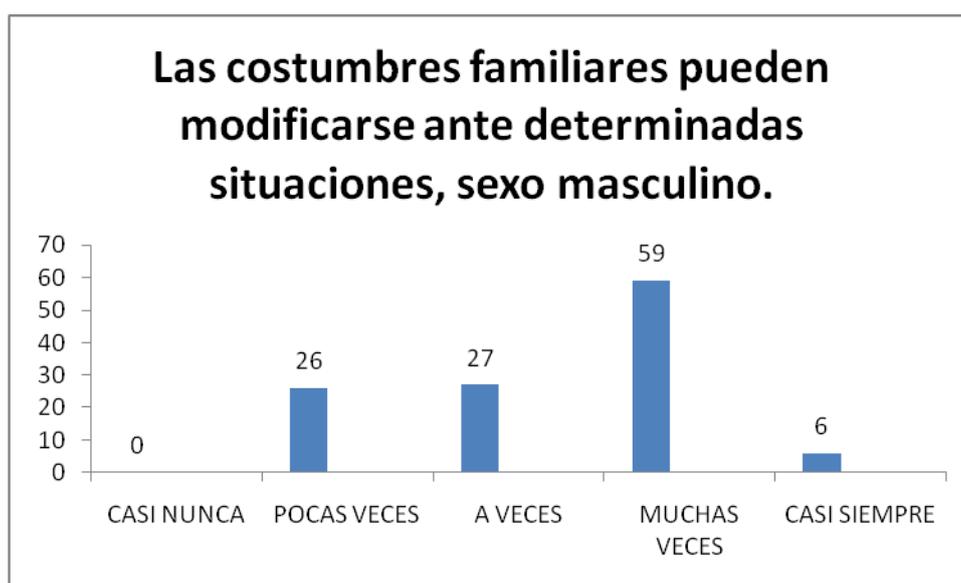
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	26	22.03
A VECES	27	22.87
MUCHAS VECES	59	50.00
CASI SIEMPRE	6	5.08
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 29.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “muchas veces”, representando el 50.00 % del total de la muestra de hombres consistente en 118, en segundo sitio con el 22.87 % están los que respondieron “a veces” y en tercer sitio con el 22.03 % están los que respondieron “pocas veces”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 29.

CUADRO No. 30
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA SEGÙN CONDICIONES MÈDICAS;
SEXO FEMENINO.

Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

CONCEPTO	NÙMERO	%
CASI NUNCA	7	7.78
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	23	25.55
MUCHAS VECES	38	42.22
CASI SIEMPRE	22	24.45
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 30.- EN RELACIÒN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “muchas veces”, representando el 42.22 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90, en segundo sitio con el 25.55 % están las que respondieron “a veces” y en tercer sitio con el 24.45 % están las que respondieron “casi siempre”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 30.

CUADRO No. 31
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

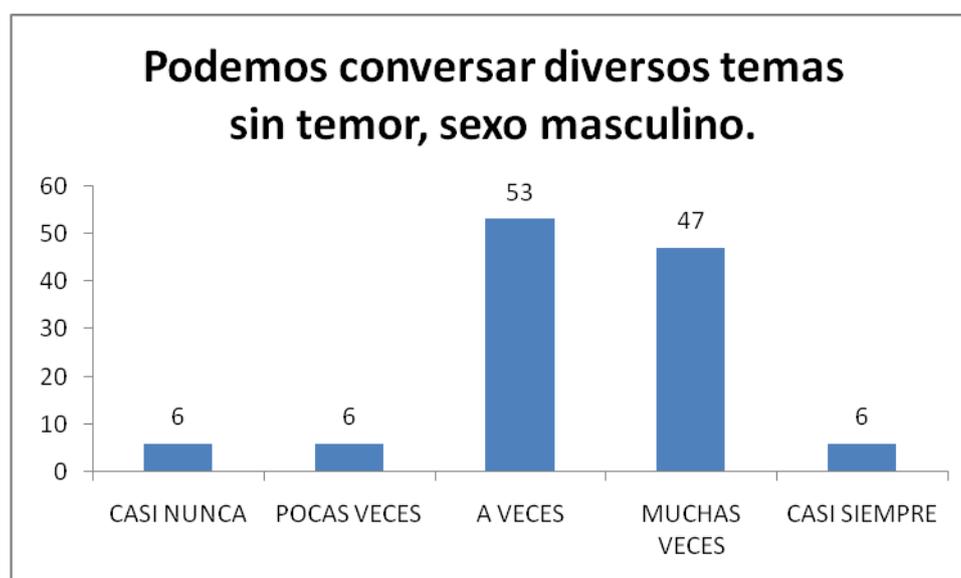
Podemos conversar diversos temas sin temor.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	6	5.08
POCAS VECES	6	5.08
A VECES	53	44.92
MUCHAS VECES	47	39.84
CASI SIEMPRE	6	5.08
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 31.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Podemos conversar diversos temas sin temor”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “a veces”, representando el 44.92 % del total de la muestra de hombres consistente en 118, en segundo sitio con el 39.84 % están las que respondieron “muchas veces” y en tercer sitio con similar porcentaje del 5.08 % están los que respondieron “casi nunca”, “pocas veces” y “casi siempre”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 31.

CUADRO No. 32
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO FEMENINO.

Podemos conversar diversos temas sin temor.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	15	16.67
MUCHAS VECES	52	58.33
CASI SIEMPRE	23	25.55
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

CUADRO NÚMERO 32.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Podemos conversar diversos temas sin temor”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “muchas veces”, representando el 58.33 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90, en segundo sitio con el 25.55 % están las que respondieron “casi siempre” y en tercer sitio están las que respondieron “a veces”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 32.

CUADRO No. 33
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

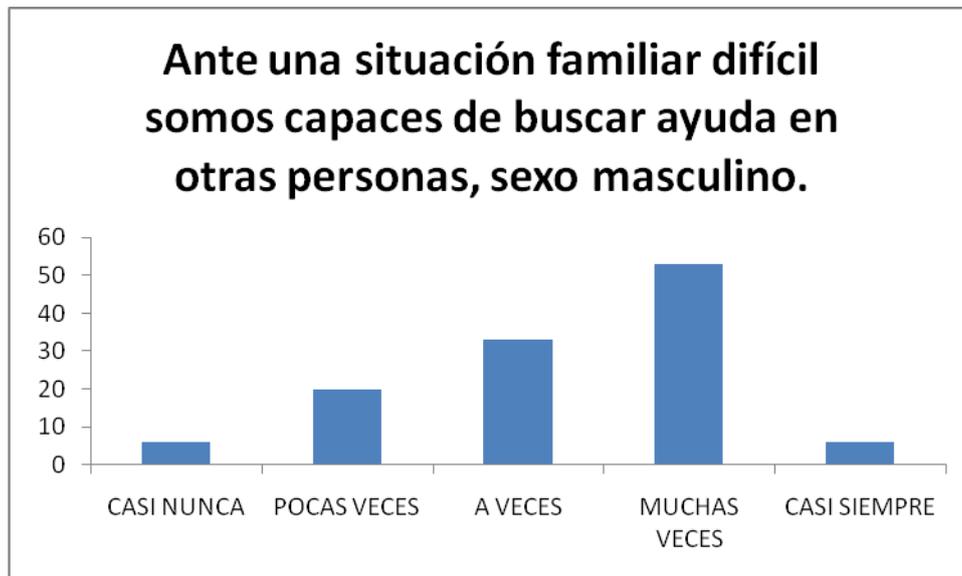
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	6	5.08
POCAS VECES	20	16.95
A VECES	33	27.97
MUCHAS VECES	53	44.92
CASI SIEMPRE	6	5.08
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 33.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “muchas veces”, representando el 44.92 % del total de la muestra de hombres consistente en 118, en segundo sitio con el 27.97 % están los que respondieron “a veces” y en tercer sitio están los que respondieron “pocas veces”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 33.

CUADRO No. 34
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO FEMENINO.

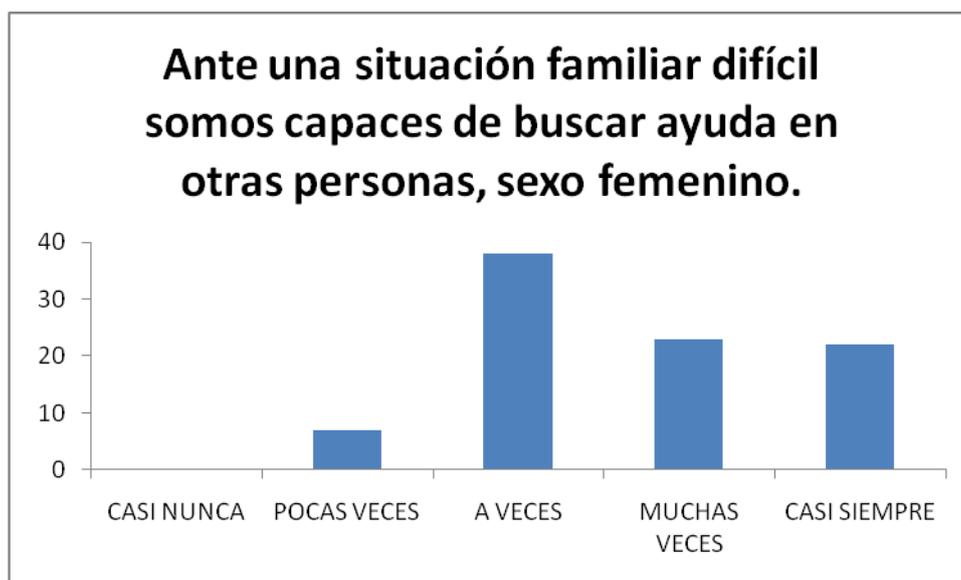
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	7	7.78
A VECES	38	42.22
MUCHAS VECES	23	25.55
CASI SIEMPRE	22	24.45
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

cuadro número 34.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “a veces”, representando el 42.22 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90, en segundo sitio con el 25.55 % están las que respondieron “muchas veces” y en tercer sitio están los que respondieron “casi siempre”; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 34.

CUADRO No. 35
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	6	5.08
A VECES	59	50.00
MUCHAS VECES	33	27.97
CASI SIEMPRE	20	16.95
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 35.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “a veces”, representando el 50.00 % del total de la muestra de hombres consistente en 118, en segundo sitio con el 27.97 % están los que respondieron “muchas veces” y en tercer sitio están los que respondieron “casi siempre” con el 16.95 %; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 35.

CUADRO No. 36
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO FEMENINO.

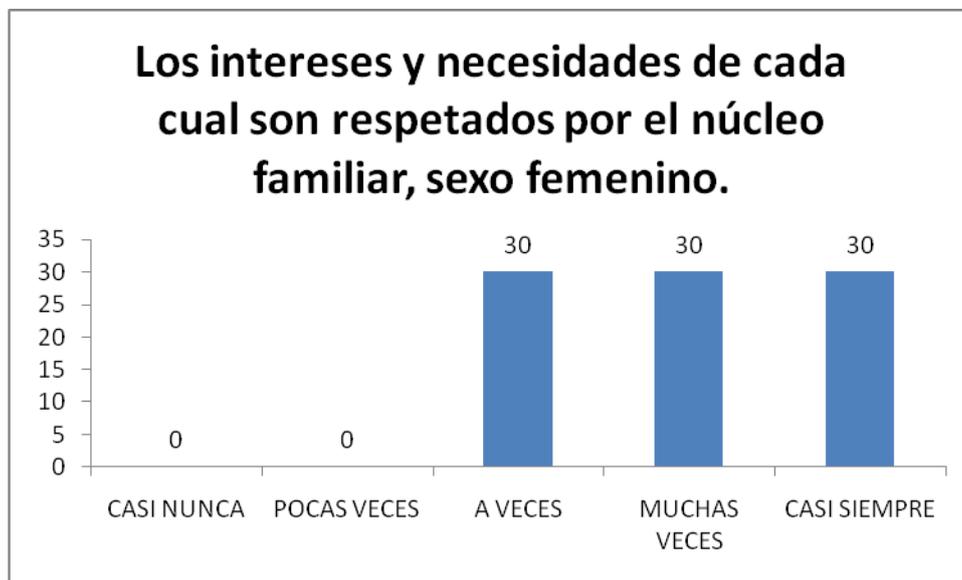
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	0	0.0
A VECES	30	33.33
MUCHAS VECES	30	33.33
CASI SIEMPRE	30	33.33
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 36.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, con similar porcentaje están las respuestas; “a veces”, “muchas veces” y “casi siempre” con el 33.33 % cada una; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Grafica 36.

CUADRO No. 37
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONDICIONES MÉDICAS;
SEXO MASCULINO.

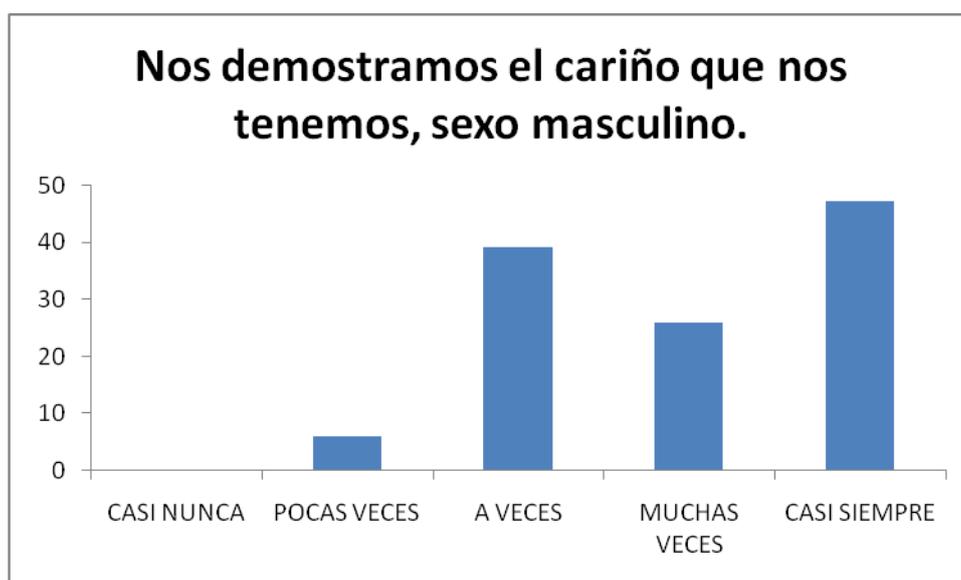
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

CONCEPTO	NÚMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	6	5.08
A VECES	39	33.05
MUCHAS VECES	26	22.03
CASI SIEMPRE	47	39.84
TOTAL	118	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 37.- EN RELACIÓN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO. “Nos demostramos el cariño que nos tenemos”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están los que declararon que “casi siempre”, representando el 39.84 % del total de la muestra de hombres consistente en 118, en segundo sitio con el 33.05 % están los que respondieron “a veces” y en tercer sitio están los que respondieron “muchas veces” con el 22.03 %; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 37.

CUADRO No. 38
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA SEGÙN CONDICIONES MÈDICAS;
SEXO FEMENINO.

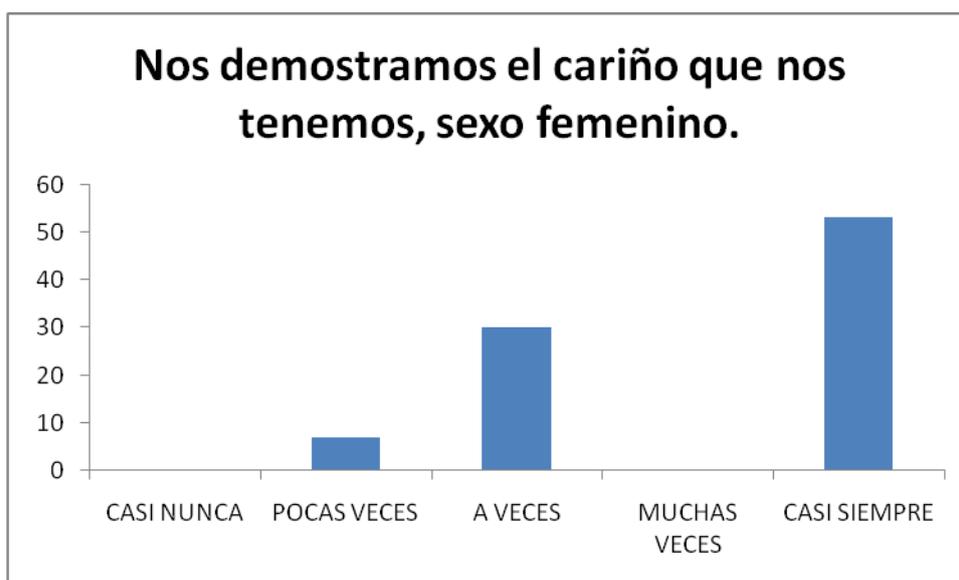
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

CONCEPTO	NÙMERO	%
CASI NUNCA	0	0.0
POCAS VECES	7	7.78
A VECES	30	33.33
MUCHAS VECES	0	0.0
CASI SIEMPRE	53	58.89
TOTAL	90	100.0

Fuente: Entrevista directa.

Cuadro número 37.- EN RELACIÒN A LA PREGUNTA FORMULADA A LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO. “Nos demostramos el cariño que nos tenemos”.

La percepción que tienen los pacientes entrevistados, en primer lugar están las que declararon que “casi siempre”, representando el 58.89 % del total de la muestra de mujeres consistente en 90, en segundo sitio con el 33.05 % están los que respondieron “a veces” y en tercer sitio están las que respondieron “pocas veces” con el 7.78 %; en la gráfica se observa objetivamente el resultado.



Gráfica 37.

CONCLUSIONES.

La insuficiencia renal crónica es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar.

En el estado de Hidalgo no se cuenta con datos estadísticos sobre esta patología, sin embargo en el HGZ MF NO. 1 de PACHUCA, HGO del IMSS, se tienen registrados un total de 456 pacientes mayores de 18 años con insuficiencia renal crónica.

Ante esta situación, y considerando que dentro de las funciones del médico familiar se encuentra la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo, y no solo de la enfermedad, se han identificado a partir de los resultados de la investigación aspectos importantes que tienen que ver con la disfunción familiar, vista desde la percepción que tienen de la misma los propios pacientes que cursan con insuficiencia crónica renal así como de la familia, logrando con ello que el médico que atienda a estos enfermos, otorgue una atención en una forma más integral, respecto al control de su enfermedad, con un enfoque familiar, tomando como base, el conocimiento de su funcionalidad.

Con los resultados, se da respuesta al problema planteado y que junto con los objetivos sirvieron de hilo conductor de la investigación; con ello se concluye el trabajo; el problema es el siguiente:

¿Cuál es la frecuencia y grado de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica del HGZ y MF No. 1 Pachuca, Hgo?

El criterio que se adoptó para determinar los grados de disfunción, fue a base de clasificar las puntuaciones recopiladas a partir del cuestionario, que se les aplicó directamente a los pacientes y familiares; esta clasificación quedó determinada de la siguiente manera:

FUNCIONAL: Entre 57-70 puntos.

MODERADAMENTE FUNCIONAL: Entre 43-56 puntos.

DISFUNCIONAL: Entre 28-42 puntos.

SEVERAMENTE DIFUNCIONAL: entre 14-27 puntos.

Los resultados obtenidos se clasificaron específicamente tanto para hombres como para las mujeres para identificar las diferencias; además, se calcularon las medidas de tendencia central y las de dispersión, con lo que quedan determinados los intervalos de confiabilidad (95 %) que establecen el rango más probable en el que quedan en forma resumida los resultados de la investigación.

EN EL CASO DE LOS HOMBRES.

Se obtuvo una calificación promedio de 48.67 puntos que comparado con los criterios se clasifica como moderadamente funcional.

EN EL CASO DE LAS MUJERES.

Se obtuvo una calificación promedio de 54.08 puntos que comparado con los criterios se clasifica también como moderadamente funcional.

Sin embargo, al resumir los resultados de los 118 hombres utilizando la media aritmética y la desviación estándar vemos que para los hombres el intervalo de confianza quedó así;

34.102-----63.238, y para las mujeres; 39.741-----68.418

Con respecto a este resultado, y al analizar los porcentajes de las tablas, se observó que en los hombres, el 11.00 % caen dentro del rango de calificación de familia disfuncional, el 5.55 % caen en la clasificación de familia funcional, el resto del 83.39 % caen en la calificación moderadamente funcional.

Con respecto a este resultado, y al analizar los porcentajes de las tablas, se observó que en las mujeres, el 8.33 % caen dentro del rango de calificación de familia disfuncional, el 50.00 % caen en la clasificación de familia funcional, el resto del 16.61 % caen en la calificación moderadamente funcional.

Se concluye que “sí” existen diferencias importantes en cuanto a la percepción que tienen los hombres y las mujeres, ya que los hombres acusan más disfuncionalidad familiar con respecto a las mujeres; mientras que en los hombres se registró tan solo un 5.55 % de familia funcional, las mujeres registraron el 50.00 %; y es por demás decir que en la clasificación “MODERADAMENTE FUNCIONAL”; los hombres rebasan por mucho a las mujeres, lográndose 83.39 % vs. 16.61 %.

Como conclusión final cabe decir que se logró el objetivo planteado de Determinar la frecuencia y grado de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en pacientes del HGZ y MF No.1 Pachuca, Hgo. De acuerdo a la clasificación en: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional; así también se logró el objetivo de clasificar a los pacientes de acuerdo a sus características generales y cuyos resultados se aprecian en los cuadros y gráficas diseñadas previamente.

Las conclusiones son trascendentales, ya que pueden utilizarse para poder promover ayuda a las familias con pacientes con insuficiencia

renal, aspecto que la mayoría de las veces pasa desapercibido por el equipo de salud, como condicionante de un mal control del paciente; actualmente los programas para prevención realizados por las instituciones de salud van enfocados a la disminución de la morbi-mortalidad en este tipo de pacientes, por lo que es necesario realizar programas de salud con un enfoque familiar para lograr mejorar el control del paciente renal e incrementar el nivel de calidad de vida de los pacientes y la familia como núcleo.

Los resultados son interesantes, ya que al conocer el grado y frecuencia de disfunción familiar entenderemos mejor al núcleo familiar y se les podrá dar mejor orientación, así como envío al servicio especializado para otorgar apoyo psicológico y social, disminuyendo con ello la carga emocional familiar, condicionando con ello un mejor entendimiento de la patología y logrando un mejor control del paciente.

DISCUSIÓN.

Hoy en día se reconoce que los avances de la medicina y la mejora general en la calidad de vida de los países industrializados, están haciendo que los individuos hayan incrementado y ganado años de vida, (78.7 como promedio). Uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido por el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, estrés, ansiedad) por ello, es potencialmente posible proporcionar atención médica a través de procedimientos básicos más eficaces en el domicilio, con la participación activa del paciente y sus familiares, integrándolos tempranamente al autocuidado de su salud y a restablecer sus actividades cotidianas.

Lo anterior ha llevado a poner especial atención en un concepto relativamente nuevo que es el de calidad de vida relacionada con la salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

En relación a la promoción comunitaria, se considera que es necesario realizar estudios para medir en los domicilios los cambios de comportamiento y de actitudes por parte de los pacientes, ya que en el estudio realizado solo se captaron datos de la percepción que de la disfunción familiar tienen los propios pacientes; por ello, se considera conveniente aplicar los conceptos que proporciona tanto la teoría como de los que aportan diferentes investigadores, sobre todo pensando en que con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad que es donde hay una serie de factores que incluso están plenamente identificados por la OMS y que en su conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica; como es el caso de la insuficiencia renal crónica que conduce a la diálisis y hemodiálisis.

Al respecto de lo anterior, es preciso comentar que a nivel de la medicina familiar se efectúa el control estrictamente médico, apoyado en la administración de medicamentos y en la indicación de diferentes estudios para evitar el agravamiento de la salud, sin embargo, en cuanto a incidir en mejorar la calidad de vida de los pacientes es poco lo que realmente

se hace, dando solo pequeñas orientaciones, y es en este aspecto donde se localizan las debilidades y prioridades para la

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Sandoval –Medina L. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista médica de la Sociedad Cochabambina de Medicina Familiar*. 2009; 1:1, 7-13.
- 2.-Azcarate-Garcia E, Ocampo-Barrio P, Quiroz –Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de DPCA. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8(2), 97-102.
- 3.-Rodriguez-Abrego G, Rodríguez -Abrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Médica IMSS*. 2004; 42(2): 97-102.
- 4.-Ramirez-Forero B. Insuficiencia renal crónica. *El portal de la salud*. 2009: 1-6.
- 5.-Martinez-Camps E. Tratamiento médico de la IRC. *Anales de Cirugía Cardíaca y vascular*. 2004; 10(1): 8-76.
- 6.-Andres-Ribes E. Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica. *Anales de Cirugía Cardíaca y vascular*. 2004; 10(1): 8-76.
- 7.-Sierra-Arnedo P, Andres-Ribes E. Enfermedad renal crónica: nuevos conceptos e implicaciones. *Revista Esp. Anestesiología y Reanimación*. 2006; 53:529-531.
- 8.-Braunwald, Fauci, Kasper, Harrison. Insuficiencia renal crónica. *Principios de medicina interna*. 15ª. Edición, II: 1815-1839.
- 9.- Rutkowski M, Mann W, Derose S, Selevan D, Pascual N, Diesto J, et al. Implementing KDOQI CKD definition and staging guidelines in Southern California Kaiser Permanente. *Pub. Med*. 2009. Mar; 53 (3):86-99.
- 10.-Silva-Ferrera J, Rizo-Rodriguez R, Castañeda-Marquez V, Hing-Leon JR. Prevalencia y causas de la insuficiencia renal en 2 áreas de salud de Santiago de Cuba. *Hospital provincial Infantil Norte. MEDISAN* 2008; 12(2).
- 11.-Lameire N, Jager K, Van Biesen W, de Bacquer D, Vanholder R. Chronic Kidney disease: a European perspective. *Pub Med*. 2005 Dec; (99):30-8.
- 12.-William-Couser G. A call to action on World Kidney Day, 8 March 2007. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2007. 22(3):676-677.
- 13.-Nwankwo E, Bello A, Chronic Kidney Disease in the Developing World: An Iceberg Turned Volcano. *Prevention & Management of Renal Diseases in Cuba*. 2010:1527-3172.
- 14.-Marcello-Tonelli E, Natasha Wiebe, Bruce Culleton, Andrew House, Chris Rabbat, Mei Fok et al. Chronic Kidney Disease and Mortality Risk: A Systematic Review. *The American Society of Nephrology*. 2006: 1046-6673.
- 15.-Herrera V. Cuba's National Program for Chronic Kidney Disease, Dialysis and Renal Transplantation *Medic* 2005; 7(5): 2-5.
- 16.-Traviño-Becerra A. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cir Ciruj*. 2004; 72: 3-4.
- 17.-Alabat Eduardo, Alos Belen, Barada Caudia, Colli Gustavo, Gonzalez Rosa, Romero Ariel, et al. Enfermedad renal crónica: una epidemia. *Revista Médica Universitaria. FCM UNCuyo*. 2009:1-9.
- 18.- Microsoft® Encarta ® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporation

- 19.-Buch-López A. Estado actual de los pacientes en métodos dialíticos en Cuba. Instituto de Nefrología. 2005:1-10.
- 20.-Clínica universitaria de Navarra: Insuficiencia Renal Crónica. Dr. Francisco Javier Lavilla Royo. Especialista de Nefrología. Revisión miércoles 3/Septiembre/2008.
- 21.-Pérez-Olivia J, Pérez-Campa R, Herrera-Valdes R, Almaguer L, Marmol A. Estado actual de los pacientes en métodos dialíticos en Cuba. Instituto de Nefrología. 2005:1-5.
- 22.-Gail-Reed A. Estudios Cubanos Objetivo Nacional para la Prevención de Insuficiencia Renal Crónica. Prevención y Manejo de las Enfermedades renales en Cuba. 2010: 1527-3172.
- 23.-Pérez-Olivia J, Herrera R, Almaguer M, Pérez M, Marmol A. Estado actual del tratamiento renal sustitutivo en Cuba. Instituto Nacional de Nefrología. Ciudad Habana. Cuba. 2005; 25(25)6: 721-722.
- 24.-Cusumano A, García-García G, González -Bedat C. The Latin American Dialysis and Transplant Registry: report 2006. Ethnicity of Disease. 2009, (9): 3-6.
- 25.-Huerta-González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil. Primera edición 2005:57-117.
- 26.-Membrillo-Luna A, Fernández-Ortega A, Quiroz-Pérez JR, Rodríguez-López JL. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Editores de Textos Mexicanos. 2008:73-134.
- 27.-Mendoza-Solis LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC. An International Journal. 2006,8(1):27-32.
- 28.-Irigoyen-Coria A, González-Dzib R, Morales de Irigoyen H. Guía práctica para la elaboración de estudios de salud familiar. Tercera edición. 2006. MEM editorial. pp:20-27.
- 29.- Estrella-Sinche EE, Suárez-Bustamante M. Introducción al estudio de la dinámica familiar. Fascículos CADEC. RAMPA. 2006. 1(1):38-47.
- 30.- E. Azcarate García, P. Ocampo Barrio; J.R. Quiroz Pérez. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal. Archivos en Medicina Familiar, mayo-agosto, 2006/vol.8, número 002, pp: 97-102.
- 31.-Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de DP. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C. An International journal. 2006. 8(2):97-102.
- 32.- Ortiz-Gómez MT, Louro-Bernal I, Jiménez-Cangas L, Silva-Ayza LC. La salud familiar. Caracterización en una área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2006. 6(3): 1-6.
- 33.- Silva Ferrera J, Rizo Rodríguez R, Castañeda Márquez V, Hing León JR. Prevalencia y causas de la insuficiencia renal crónica en 2 áreas de

salud de Santiago de Cuba [artículo en línea]. MEDISAN 2008; 12(2). [Consulta: fecha de acceso].

34.-Reyes-Saborit A, Castañeda-Marquez V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. MEDISAN. 2006: 10(4):1-6.

35.-Salazar-Sosa X, Gonzalez-Dzib R, Dominguez-Hernandez C. Disfunción familiar en pacientes mayores de 18 años con diabetes mellitus tipo 2 con diálisis peritoneal ambulatoria. Atención familiar. Proceedings del XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar. Aten.Fam.2008.15 (2):32.

CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	FECHAS														
	JULIO-AGOSTO					SEPTIEMBRE-OCTUBRE					NOVIEMBRE				
SEMANAS (2010)	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
DELIMITACION DEL TEMA	X														
REVISION BIBLIOGRAFICA	X														
ELABORACION DE PROTOCOLO	X														
PRESENTACION AL COMITÉ DE INVESTIGACION							X								
MODIFICACIONES AL PROTOCOLO DE INVESTIGACION						X									
APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS								X	X						
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS										X	X				
AVANCES												X			
PRESENTACIÓN DE LA TESIS													X		

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZMFNo.1PACHUCA HIDALGO
ANEXOS**



CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) Anexo 1.

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia.

Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia._____
2. En mi casa predomina la armonía._____
3. En mi familia cada uno cumple 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 diferentes._____
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás 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._____

PUNTUACION:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZMFNo.1PACHUCA HIDALGO.



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACION. (Anexo 2)**

Lugar _____ HGZ y MF 1 Pachuca, Hgo. ____ Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: “Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica del HGZ y MF No. 1 Pachuca”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNCI con el número:

El objetivo de este estudio es: Conocer la frecuencia y grado de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal del HGZ y MF no.1 , Pachuca, Hgo. ____

Que el procedimiento a realizar en este estudio de investigación y que se me ha explicado totalmente por el médico, consiste en realizar una entrevista para obtener datos que servirán como materia prima para el análisis y posterior toma de decisiones.

El médico me ha explicado con detalle el resultado que espera conseguir y me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y ha respondido a mis dudas.

Declaro que se me ha informado (he leído y se me ha leído esta hoja de consentimiento y autorización de estudio de investigación) sobre los posibles inconvenientes (que el paciente no acepte la ayuda psicológica en caso de necesitarla a sí como la orientación familiar si es necesaria), beneficios de este estudio (son tratar de valorar la disfunción familiar, para mejorar la calidad de atención que se otorga a los pacientes con insuficiencia renal crónica) y, por lo tanto autorizo al médico realice los procedimientos y estudios que sean necesarios a su juicio profesional. Así mismo, doy consentimiento para que después el material obtenido pueda ser utilizado con propósitos educativos. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en la presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Firma del investigador responsable:

Dr. Héctor Ávila Ramírez

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas, preguntas relacionadas con el estudio: 7712027488

Testigo

Testigo

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZMFNo.1PACHUCA HIDALGO.



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha _____

DATOS PERSONALES:

Nombre _____ Edad _____

Sexo:

Masculino
Femenino

Estado civil:

Soltero ()
Casado ()
Unión de hecho ()
Divorciado ()
Viudo ()

Años de evolución de la insuficiencia renal crónica: _____

Tratamiento sustitutivo renal con:

Hemodiálisis ()
Diálisis ()

Número de hijos: _____

Dependientes económicos: _____

Ingreso familiar mensual: _____

Escolaridad:

Analfabeta ()
Primaria ()
Secundaria ()
Preparatoria ()
Licenciatura ()

Toxicomanías: _____

Condiciones médicas:

Neurológicas () _____
Endocrinopatías () _____
HTA () _____
Metabólicas () _____
Otras() _____