



Universidad Autónoma de Querétaro

PERFIL FAMILIAR DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON TERAPIA DE DIÁLISIS PERITONEAL.

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Berenice Pérez Calderón

Dirigido por:

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Querétaro, Qro. A febrero 2020.



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Especialidad de Medicina Familiar

**“PERFIL FAMILIAR DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA CON TERAPIA DE DIÁLISIS PERITONEAL.”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Méd. Gral. Berenice Pérez Calderón

Dirigido por:

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz.

Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz.

Presidente

MIMSP. Leticia Blanco Castillo.

Secretario

Med. Esp. José Alfredo Perea Rangel.

Vocal

MIMSP. Roxana Gisela Cervantes Becerra.

Suplente

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez.

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Febrero de 2020

México

Resumen

Introducción: Ante el diagnóstico de la enfermedad renal crónica el paciente entra en una crisis paranormativa de desgracia inesperada, siendo constante con el tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal crónica (diálisis peritoneal) por ser tratamiento largo, con cuidados extenuantes; afectando no solo al paciente sino también al funcionamiento familiar, llevándolos a cambios en su adaptabilidad y cohesión. Además de echar mano de sus redes de apoyo. Por lo cual en este estudio se investigó el perfil familiar del paciente ante la enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal. **Objetivo:** Determinar el perfil familiar del paciente con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis peritoneal en el HGR1 IMSS Querétaro. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prolectivo, con tamaño de muestra de 225 pacientes, utilizando muestreo no probabilístico por conveniencia acorde a los criterios de selección, evaluando la funcionalidad familiar con Faces III y el instrumento MOS para apoyo social; el plan de análisis estadístico incluyó frecuencias y porcentajes para variables cualitativas además media y desviación estándar para variables cuantitativas. **Resultados:** Se encontró un predominio del sexo masculino, con edad media de 46.13 ± 15.38 años (IC 95% 44.2-47.9), escolaridad secundaria en el 37.6%, siendo la hipertensión arterial la comorbilidad prevalente, teniendo 27.1 meses en promedio en diálisis, el tipo de familia predominó la nuclear simple en el 50%, contando con al menos 3.25 hijos en promedio, estando en la fase de independencia en un 49.3% del ciclo vital familiar. La funcionalidad familiar se encontró en un rango medio del 48.9%, además de contar con apoyo social global del 94%. **Conclusiones:** La familia con diálisis peritoneal perteneció al tipo nuclear simple, estando en la fase de independencia, contando con adecuado funcionamiento familiar es decir se adapta adecuadamente ante la enfermedad, teniendo buen apoyo social de sus redes de apoyo.

Palabras clave. Funcionalidad familiar, apoyo social, pacientes en diálisis peritoneal.

Summary

Introduction: Upon diagnosis of chronic kidney disease, the patient enters a paranormative crisis of unexpected misfortune, being consistent with the replacement treatment of chronic kidney disease (peritoneal dialysis) because it is a long treatment, with exhausting care; affecting not only the patient but also family functioning, leading them to changes in their adaptability and cohesion. In addition to leverage their support networks. Therefore, in this study the family profile of the patient was investigated before chronic kidney disease on peritoneal dialysis.

Objective: To determine the family profile of the patient with chronic kidney disease in peritoneal dialysis therapy in the HGR1 IMSS Querétaro. **Material and methods:** A descriptive, cross-sectional and prolective study was carried out, with a sample size of 225 patients, using non-probabilistic sampling for convenience according to the selection criteria, evaluating family functionality with Faces III and the MOS instrument for social support; The statistical analysis plan included frequencies and percentages for qualitative variables plus mean and standard deviation for quantitative variables. **Results:** A male predominance was found, with a mean age of 46.13 + 15.38 years (95% CI 44.2-47.9), secondary schooling in 37.6%, with arterial hypertension being the prevailing comorbidity, with an average of 27.1 months on dialysis, The type of family dominated simple nuclear in 50%, with at least 3.25 children on average, being in the independence phase in 49.3% of the family life cycle. Family functionality was found in a medium range of 48.9%, in addition to having global social support of 94%. **Conclusions:** The family with peritoneal dialysis belonged to the simple nuclear type, being in the independence phase, having adequate family functioning, that is to say, it adapts adequately to the disease, having good social support from its support networks.

Keywords. Family functionality, social support, patients on peritoneal dialysis.

Dedicatorias

A Dios por haberme permitido llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi esposo por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo, gracias por toda tu ayuda. A mis padres y a mis queridos hermanos por su apoyo y estímulo para poder continuar con mis estudios.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Agradecimientos

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de esta investigación, sin embargo, merece reconocimiento especial mi esposo Oscar que con su comprensión, paciencia, esfuerzo y dedicación me ayudo a no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradezco infinitamente a mis Padres Benigno y Guadalupe uno de mis pilares fundamentales, por su ejemplo de vida, por haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

De igual forma, agradezco a mis Hermanos Yanet, Darwin, Luis Enrique, cuñados Miguel, Amelia, Carolina y a mis hermosos sobrinos Dayram, Dana, Emmanuel, Karla, Lupita y Paquito que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy. Ojalá algún día yo me convierta en esa fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Familia	5
III.1.1 Definición	5
III.1.2 Tipología familiar	5
III.1.3 Ciclo vital familiar	6
III.1.4 Crisis familiar	8
III.1.5 Funcionalidad familiar	9
III.1.6 FACES III	9
III.1.7 Escala de MOS	12
III.2 Enfermedad renal crónica	13
III.2.1 Definición	13
III.2.2 Epidemiología	14
III.2.3 Fisiopatología	14
III.2.4 Clasificación	15
III.2.5 Factores de riesgo	16
III.2.6 Manifestaciones clínicas	17
III.2.7 Diagnóstico	18
III.2.8 Complicaciones de la ERC	19
III.2.9 Indicaciones de diálisis peritoneal	20
IV. Hipótesis	22

V. Objetivos	23
V.1 General	23
V.2 Específicos	23
VI. Material y métodos	24
VI.1 Tipo de investigación	24
VI.2 Población o unidad de análisis	24
VI.3 Muestra y tipo de muestra	24
VI.3.1 Criterios de selección	25
VI.3.2 Variables estudiadas	25
VI.4. Técnicas e instrumentos	25
VI.5. Procedimientos	26
VI.5.1 Análisis estadístico	26
VI.5.2 Consideraciones éticas	27
VII. Resultados	28
VIII. Discusión	36
IX. Conclusiones	39
X. Propuestas	40
XI. Bibliografía	41

Índice de cuadros

Cuadro		Página
IV.1	Perfil sociodemográfico de los pacientes con enfermedad renal en diálisis peritoneal	30
IV.2	Frecuencia de comorbilidades de los pacientes con enfermedad renal en diálisis peritoneal	31
IV.3	Frecuencia de tipología y ciclo vital familiar de los pacientes con enfermedad renal en diálisis peritoneal	32
IV.4	Frecuencia de funcionalidad familiar por dimensiones de los pacientes con enfermedad renal en diálisis peritoneal	33
IV.5	Funcionalidad Familiar; 16 tipos de Familia según Olsen	34
IV.6	Frecuencia de apoyo social por dimensiones de los pacientes con enfermedad renal en diálisis peritoneal	35

Abreviaturas y siglas

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

HGR1: Hospital General Regional 1

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

DPA: Diálisis Peritoneal Automatizada

DPCA: Diálisis Peritoneal Continúa Ambulatoria

TFG: Tasa de Filtración Glomerular

Dirección General de Bibliotecas UAQ

I. Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), en el 2016 a nivel mundial, afectaba al 7.2% de la población, en México en el mismo año contó con más de 10 millones y medio de personas con este padecimiento. En el 2016 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), contaba con una incidencia de 124 casos por millón de usuarios. De acuerdo al censo obtenido de jefatura de servicios médicos del departamento de nefrología del HGR1, IMSS Querétaro, en octubre del 2018 contaba con una población de pacientes con diálisis peritoneal de 843 (Méndez-Duran et al., 2016; Tamayo-y Orozco y Lastiri-Quiros, 2016; Ruiz-Mejía y Mendez-Duran, 2018).

La ERC cuenta con cinco estadios, la fase terminal corresponde al quinto, el cual requiere inicio de tratamiento de terapia de reemplazo renal, ya sea por medio de diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal y así mantener una función renal residual y mejorar la calidad de vida del paciente (Moe et al., 2017).

Cuando se inicia la terapia de reemplazo renal en un paciente es inevitable la afectación a nivel familiar ante el evento inesperado, lo cual, ocasiona una crisis paranormativa en el sistema, donde requieren cambios en la estructura familiar ante dicho evento, utilizando sus recursos, como el grado de adaptabilidad y cohesión familiar de la misma; además del apoyo social con el que cuenta el paciente, no solo económicamente, sino en el aspecto afectivo, de relaciones sociales, ya que de lo anterior depende el apego al tratamiento y por lo tanto el bienestar del paciente.

Se han realizado diferentes estudios sobre funcionalidad familiar en pacientes con diálisis peritoneal, uno de ellos en Cuba realizado en el año 2016, donde valoraron la funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento dialítico; a nivel nacional realizado en el estado de Querétaro en el año 2013 por la Universidad Autónoma de Querétaro, donde evalúan la correlación que hay entre la funcionalidad familiar y el apoyo social de los pacientes. A pesar

de la importancia del perfil familiar no hay estudios que lo evalúen (Cardenas Maldonado, 2013; Matos et al., 2016).

Por lo tanto, el conocer el perfil familiar, la funcionalidad de la familia y el apoyo familiar hacia el paciente que enfrenta esta crisis paranormativa ante el tratamiento de remplazo renal; puede coadyuvar al personal de salud relacionado con su atención médica a identificar posibles áreas de oportunidad en donde principalmente los médicos de primer nivel de atención pueden intervenir de forma oportuna, para realizar acciones que faciliten una mejor adaptación al nuevo contexto del paciente frente a esta patología y por ende tener la posibilidad de mejorar su dinámica familiar.

Dirección General de Bibliotecas UHQ

II. Antecedentes

Las enfermedades renales crónicas son cada vez más frecuentes por lo tanto su tratamiento sustitutivo como es la diálisis peritoneal, lo cual tiene impacto en el sistema familiar por lo cual: se han realizado diferentes estudios sobre funcionalidad familiar en pacientes con diálisis peritoneal uno de ellos es en Cuba realizado en el año de 2016 donde valoraron la funcionalidad familiar con pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento dialítico, en el cual clasificaron las familias de acuerdo a la funcionalidad familiar arrojando resultados de familia funcional de mayor predominio con un 50.85%; seguido por la familia moderadamente funcional con 42.37%; familia disfuncional con un 6.78% y la familia severamente disfuncional con 0%. En este estudio, se puede observar que los pacientes que cuentan con este padecimiento tienen una familia funcional; se comenta superficialmente sobre la división familiar en extensa y nuclear; sin embargo, no se describe de forma amplia (Matos et al., 2016).

A nivel nacional existe como antecedente otro estudio realizado en el estado de Querétaro en el año 2013 por la Universidad Autónoma de Querétaro, donde evalúan la correlación que hay entre la funcionalidad familiar y el apoyo social de los pacientes, los resultados reflejan que el 78.8 % correspondieron a las familias disfuncionales y el 21.1% a las familias funcionales; la correlación fue significativa entre la funcionalidad familiar y el apoyo social ($r = .23$) (Cardenas Maldonado, 2013).

Como se puede ver en ambos estudios se evaluaron a poblaciones similares; sin embargo, se observó una gran diferencia pues en el primer estudio realizado en Cuba los resultados arrojaron que la mayoría de pacientes contaban con familias funcionales y en el segundo estudio que fue realizado en México, tuvo resultados de familias disfuncionales (Cardenas Maldonado, 2013).

Es evidente que existen diferencias significativas entre un tipo de población y otra; por lo cual, es importante conocer primero el perfil familiar de la población con enfermedad renal crónica con diálisis peritoneal adscritas a la consulta de

nefrología en el Hospital General Regional Número 1 (HGR1) IMSS; su tipología familiar, así como la fase del ciclo vital familiar en que se encuentran para así poder evaluar la funcionalidad familiar y el grado de apoyo. Esta información puede ser de suma importancia para el profesional de la salud del primer nivel de atención médica, ya que, al comprender mejor las características de las familias, puede emprender acciones encaminadas a mejorar la funcionalidad familiar de cada paciente y así favorecer un mejor apego al tratamiento con mejor pronóstico para el mismo (Cardenas Maldonado, 2013).

Dirección General de Bibliotecas UAQ

III. Fundamentación teórica

III.1.1 Familia

III.1.1 Definición

La definición de la familia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a los miembros del hogar que se encuentran emparentados entre sí, determinado por sangre, adopción y matrimonio. Según Membrillo es un sistema abierto en constante interacción con los entornos histórico, social, económico y cultural; no es una unidad homogénea en su conformación, lo cual indica que todas no están formadas de la misma manera (Mendoza-Rangel, 2005).

En ambas definiciones concuerdan que es un sistema en donde los integrantes tienen un vínculo y que éste se encuentra en constante cambio.

III.1.2 Tipología familiar

Se clasifica a la familia de acuerdo a 5 ejes: parentesco, presencia física en el hogar o convivencia, medios de subsistencia, nivel económico, nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales, esta forma de clasificar la familia fue originada en junio de 2005 en la 1ª Reunión de Consenso Académico de Medicina Familiar de Organismos de Instituciones Educativas y de Salud (Mendoza-Rangel, 2005).

Tabla 1. Tipología familiar (Membrillo, et al., 2008):

Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco con funciones familiares.

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre, mujer sin hijos.
Nuclear simple	Padre, madre, con 1 a 3 hijos.
Nuclear numerosa	Padre, madre, con 4 hijos o más.
Reconstruida	Padre y madre, alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos.
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos más otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
No parental	Familiares con parentesco que tienen funciones de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Con presencia de ambos padres en el hogar.
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de algunos de sus padres.
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral	Pareja que vive en casa de familiares colaterales (tíos).

III.1.3 Ciclo vital familiar.

Se refiere a las etapas por las cuales las familias pasan a lo largo del tiempo. En este caso se hablará de las etapas según el Dr. John P. Geyman quien es maestro de medicina familiar. Él propuso cinco etapas en el ciclo vital familiar las cuales son: Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia y Retiro (Membrillo-Luna et al., 2008).

El *Matrimonio* es la primera etapa y se inicia cuando una pareja se une ya sea de manera civil, religiosa o por concubinato; el tiempo de duración es indefinido para cada pareja y termina con la llegada del primer hijo. En esta etapa se presenta la adaptación y confrontación de la pareja, además de que aprenden a vivir juntos y al mismo tiempo se atienden las necesidades del cónyuge (Membrillo-Luna et al., 2008).

La segunda etapa de *Expansión* se inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último; se caracteriza por la llegada de los hijos, sin embargo es un proceso en el cual se deben observar diferentes aspectos entre los cuales se encuentran: el tiempo de unión que tiene la pareja, si los hijos fueron planeados y si su llegada fue elegida, si fue así la pareja se sentirá satisfecha, por el contrario si no fue así iniciará una serie de conflictos con la llegada de los mismos (Huerta-Gonzalez, 2007; Membrillo-Luna et al., 2008).

La tercera etapa es la *Dispersión* la cual comprende la entrada del primer hijo a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de casa. En ésta, se da un proceso de socialización, inicio de autonomía, además de cubrir las necesidades entorno al menor. También hay una nueva asignación de roles y tareas al interior de la familia, cambios indefinidos por lo cual puede haber 2 respuestas; la primera será por medio de la renovación de las normas y los valores intrafamiliares y de cierta manera llevará a la familia a una buena relación; la segunda de manera negativa, pues en ésta se presentará resistencia al cambio originando conflictos a la familia (Membrillo-Luna et al., 2008).

La cuarta etapa de *Independencia* inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa (estudio, matrimonio, trabajo, o independencia) y se

termina cuando el último hijo abandona el hogar. Los problemas que aquejan a la familia son la sexualidad de los hijos, las nuevas responsabilidades con su autonomía, además de iniciar su vida laboral e independencia. Conforme los hijos salen de casa los padres deben volverse independientes de nuevo (Huerta-Gonzalez, 2007; Membrillo-Luna et al., 2008).

La quinta etapa y la última es la de *Retiro y Muerte* o también se le conoce como etapa del “*nido vacío*”, iniciada con la salida del último hijo del hogar o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres. Hay cambios propios de la edad y la aparición de las enfermedades de tipo crónico degenerativas, además del reencuentro de la pareja (Membrillo-Luna et al., 2008; Mejia-Gomez, 2008).

Estas cinco etapas se pueden superponer unas con otras, pues no es necesario que termine una etapa para iniciar otra (Mejia-Gomez, 2008).

III.1.4 Crisis familiar

Una *crisis*, se refiere al estado temporal de trastorno y desorganización que se caracteriza por la dificultad de manejar situaciones particulares (Membrillo-Luna et al., 2008).

Al referirse a una *crisis familiar*, se habla de un evento de la vida en el presente o pasado que ocasionan cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia. Estos eventos, incrementan la tensión de la familia y si no son manejados adecuadamente pueden tener deterioro en la función familiar. Las “crisis familiares”, se pueden presentar en dos tipos: *Crisis normativas* (que se refieren a las etapas del ciclo vital familiar) se presentan situaciones planeadas, esperadas como parte de la evolución de la familia, además marcan la transición y cambios que obligadamente pasan en la misma. Diferentes autores hablan de este tipo de crisis; sin embargo, Geyman, en 1980 las clasificó de acuerdo al ciclo vital familiar en Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia, y Retiro de Muerte. El segundo tipo son las Crisis paranormativas (las que no son normativas, es decir no se relacionan con el ciclo vital familiar) según Pittman, de 1990 a 1991 las dividió en

cuatro etapas: la primera de *desgracia inesperada* en donde la familia está en situación de crisis donde la tensión está aislada y extrínseca. *Crisis de desarrollo* por los cambios universales o predecibles que engloban los cambios temporales, biológicos, sociales o por composición familiar. *Crisis estructurales*, se refiere cuando surge de una tensión oculta, aunque en realidad en estos casos no es una situación que lleve al cambio, sino una situación creada para evitar el cambio. *Crisis de desvalijamiento*, son frecuentes en las familias en la que algún miembro es disfuncional, este mantiene amarrada a la familia con sus demandas de cuidado y atención (Benítez-González, 2000; Huerta-Gonzalez, 2007; Membrillo-Luna et al., 2008).

III.1.5 Funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar se define como atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican en las formas de como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. El funcionamiento familiar se analiza a partir de las tipologías familiares, las cuales cuentan con funcionalidad diferente tanto internamente como en relación al exterior (Valencia, 2010).

Se ha constatado que cuando un sistema familiar mantenga una adecuada vinculación emocional entre sus miembros (cohesión) y a la vez una gran capacidad de cambio de sus roles y estructuras familiares en función de las demandas externas a la familia (adaptabilidad) tendrá menos problemas para adaptarse durante el ciclo vital (Huerta-Gonzalez, 2007).

III.1.6 FACES III.

Este instrumento desarrollado por David Olson y colaboradores, en 1985 fue basado en el modelo circunflejo de sistemas materiales y familiares con el fin de integrar la práctica clínica, teoría y la investigación con familias. El significado de sus siglas se traduce del inglés: *Escala de Evaluación de la Familia en Cohesión y Adaptabilidad Familiar*, este instrumento cuenta con cuatro versiones; sin embargo, de la tercera versión, fue validado en México en el año 2002. Esta versión cuenta

con facilidad para la aplicación y la interpretación, se puede aplicar a mayores de 10 años que sean miembros de la familia, que sepan leer y escribir (Tordera Perpiñá et al., 2002; Martínez-Pampliega et al., 2006).

Este instrumento integra tres dimensiones de la funcionalidad: *Adaptabilidad*, la cual se refiere a la habilidad que tiene un sistema familiar para cambiar sus estructuras, poder, roles y reglas de relaciones en respuesta al estrés; *Cohesión*, es el grado de la vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí, grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia; *Comunicación*, en ésta se refiere a la integración de la adaptabilidad y cohesión. La escala consta de 20 reactivos; 10 reactivos corresponden a la adaptabilidad y 10 reactivos a cohesión (Huerta-Gonzalez, 2007).

Para obtener la calificación de Cohesión se debe de sumar el puntaje de los ítems pares, para adaptabilidad se realiza la suma de los ítems impares. Una vez realizada se debe buscar el tipo de familia de acuerdo a la cohesión y la adaptabilidad en un modelo circunflejo según Olson, que clasifica a la familia en 16 tipos posibles, teniendo en cuenta que pueden tener cuatro posibles dimensiones de los cuales los intermedios son los funcionales o balanceados y mientras que los más altos y más bajos (cuatro) son los extremos no funcionales (Huerta-Gonzalez, 2007).

Tabla 2. Calificación de cohesión del FACES III (Huerta-Gonzalez, 2007; Membrillo-Luna et al., 2008).

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10 a 34 puntos
Semirelacionada	35 a 40 puntos
Relacionada	41 a 50 puntos
Aglutinada	46 a 50 puntos

Calificación de adaptabilidad del FACES III:

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10 a 19 puntos
Estructurada	20 a 24 puntos
Flexible	25 a 28 puntos
Caótica	29ª 50 puntos

Tabla 2: Modelo circunflejo (adaptado por Olson, 1989) (Huerta-Gonzalez, 2007; Membrillo-Luna et al., 2008).

		Baja	Cohesión		Alta
		Disgregada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
Alta	Caótica	Caóticamente no relacionada	Caóticamente semirelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible	Flexiblemente no relacionada	Flexiblemente semirelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada	Estructuralmente no relacionada	Estructuralmente semirelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
Baja	Rígida	Rígidamente no relacionada	Rígidamente semirelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada

Extremo

Rango medio

Balanceado

En este esquema tabla 2, la familia balanceada se encuentra en la región central, mientras que los tipos extremos se encuentran en la zona lateral,

combinando estas mismas dan lugar a 16 tipos de familias. Por lo tanto, cada familia se clasifica en alguna de las 16 posibles combinaciones dependiendo del ciclo vital familiar y si presenta o no crisis familiar (Huerta-Gonzalez, 2007).

III.1.7 Escala de MOS

Desarrollado por Sherbourne y colaboradores en 1991, a partir del grupo de MOS-SSS, The Medical Outcomes Study Social Support Survey, donde *“centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo”* (Rodríguez-Espínola y Héctor-Carmelo, 2007).

El apoyo social debe ser visto como proceso complejo que implica la interacción entre las estructuras sociales, las relaciones sociales y los atributos personales; refiriéndose a la confianza de la disponibilidad del apoyo social en caso de ser requerido y como variable de gran relevancia en los procesos de salud enfermedad que favorece los procesos de adaptación personal, familiar, escolar y social (Pando M, 2014).

La escala de MOS es un cuestionario de 20 ítems el cual valora apoyo estructural y funcional con respecto a 5 dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta mediante una escala de 5 puntos con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo (Rodríguez-Espínola y Héctor-Carmelo, 2007).

El instrumento evalúa los siguientes componentes: a) *“Red de apoyo social”*, esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) *“Apoyo social emocional/informacional”*, definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) *“Apoyo instrumental”*, caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) *“Interacción social positiva”*, caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; e) *“Apoyo afectivo”*, caracterizado por las expresiones de amor y afecto (Arredondo-Perez et al., 2012).

Los resultados se interpretan de acuerdo a la tabla siguiente:

Tabla 3. Escala de MOS (Arredondo-Perez et al., 2012).

Tipo de apoyo	Ítems	Puntuación
Apoyo emocional	3,4,8,9,13,16,17,19	8-40
Apoyo material o instrumental	2,3,12,15	4-20
Relaciones sociales de ocio y distracción	7,11,14,18	4-20
Apoyo afectivo con respecto a amor y cariño	6, 10, 20	3-15
Índice global máximo de apoyo social es de 94		19-57

El primer ítem de la escala informa sobre el tamaño de la red social.

III.2 Enfermedad Renal Crónica.

III.2.1 Definición.

La Enfermedad Renal Crónica se refiere a un Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1.73 m² por al menos durante tres meses, o alguna anomalía estructural en el parénquima renal (lesión renal como enfermedades glomerulares, vasculares, o del túbulo intersticial), que ocasionan disminución del filtrado glomerular. También en ésta hay presencia de albuminuria (Ketteler y Leonard, 2016; Moe et al., 2017).

Enfermedad Renal Crónica en fase terminal, es la pérdida irreversible de la función renal estadiada mediante el cálculo de la tasa de filtrado glomerular con la fórmula de Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) con un resultado menor de 15 ml/min se clasifica en etapa 5 según The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), la cual requiere inicio de tratamiento de terapia de reemplazo renal y así brindar una alternativa para mantener una

función renal residual, mediante un soporte renal con diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal (Perea-Martínez et al., 2014).

La diálisis peritoneal la cual se define como tratamiento de reemplazo renal, la cual se basa en la aplicación de la cavidad peritoneal soluciones de diálisis para aprovechar propiedades del peritoneo y así eliminar sustancias de desecho generadas por el organismo, dando un balance hídrosalino el cual está alterado en la enfermedad renal crónica terminal. Aproximadamente los costos a nivel nacional durante el 2014 por el servicio de la diálisis peritoneal fueron de 5, 608, 290, 622 pesos de los cuales correspondieron a diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) de 48, 672 pesos por persona anualmente y para diálisis peritoneal automatizada (DPA) es 72, 983 pesos anualmente por persona (Perea-Martínez et al., 2014).

III.2.2 Epidemiología

La ERC en el 2016 a nivel mundial afectaba al 7.2% de la población, en México en el mismo año conto con más de 10 millones y medio de personas con este padecimiento. En el 2016, el IMSS contaba con una incidencia de 124 casos por millón de usuarios. De acuerdo al censo obtenido de jefatura de servicios médicos del departamento de nefrología del HGR1 IMSS Querétaro, en octubre del 2018, contaba con una población de pacientes con diálisis peritoneal de 843 (Perea-Martínez et al., 2014; Tamayo-y Orozco y Lastiri-Quiros, 2016).

En nuestro país en diciembre del 2014 la ERC a nivel nacional durante todo el año fue del 11.4%, que corresponde a diálisis peritoneal el 6%, de los cuales se dividen en “*Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria*” (DPCA) con el 4.9%, y “*Diálisis Peritoneal Automatizada*” (DPA) correspondiendo al 1.1% (Méndez-Duran et al., 2016).

III.2.3 Fisiopatología.

La manifestación patológica final que tiene en común la enfermedad renal crónica es la fibrosis renal; la cual representa la cicatrización infructuosa del tejido renal después de una lesión sostenida, caracterizada por tres componentes: glomeruloesclerosis, atrofia tubular y fibrosis intersticial (Gorostidi et al., 2014).

La glomeruloesclerosis es provocada por daño y disfunción endotelial, proliferación de células de músculo liso y células mesangiales, además, de destrucción de podocitos, ocasionando microinflamación glomerular (Gorostidi et al., 2014; Webster et al., 2017).

La atrofia tubular, la fibrosis intersticial y la cicatrización están relacionadas con la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) y la proteinuria. Las células epiteliales tubulares se estimulan para sintetizar productos inflamatorios, atrayendo células inflamatorias hacia el intersticio renal, iniciando interacciones con los miofibroblastos intersticiales.” *A medida que la fibrosis evoluciona, los epitelios tubulares dañados pierden su capacidad regenerativa y sufren apoptosis que conduce a la atrofia tubular y la creación de glomérulos no funcionales*” (Webster et al., 2017).

Al principio de la lesión por ERC, los capilares del intersticio se hacen progresivamente permeables (síndrome de fuga capilar renal); por lo tanto, las proteínas plasmáticas que por lo regular no se filtran llegan al intersticio renal provocando una respuesta inflamatoria. De igual manera la disminución en el área superficial de los capilares intersticiales provoca hipoxia renal que en riñones sanos puede influir en el pronóstico de la función renal a largo plazo. Estos mecanismos nos provocan de manera progresiva enfermedad renal crónica (Webster et al., 2017).

III.2.4 Clasificación.

Se clasifica la ERC según la KDIGO 2017 en 5 estadios según la TF (G1 a G5) y de albuminuria (A1 a A3):

Tabla 4. Clasificación en grados de la ERC (Cortés-Sanabria et al., 2009;Gorostidi et al., 2014).

Estadio	Característica	Filtrado glomerular (ml/min)
1	Normal alta	>90
2	Disminución leve	60-89
3 a	Disminución leve a moderada	45-59
3 b	Disminución moderada	30-44
4	Disminución severa	15-29
5	Enfermedad renal con terapia de sustitución	< 15

Tabla 5. Enfermedad renal crónica por categorías en albuminuria (Cortés-Sanabria et al., 2009;Gorostidi et al., 2014).

Categoría	Relación A/C	Descripción
A1	<30	Normal ligeramente elevada
A2	30-300	Moderadamente elevada
A3	>300	Muy elevada

Cuando la tasa de filtrado glomerular es inferior a 15 ml/min en este caso el estadio 5, el paciente ha alcanzado la enfermedad renal crónica en estado terminal, en este punto la función renal es incapaz de sostener la vida a largo plazo. Las opciones para los pacientes que tienen para prolongar la vida de manera adecuada es con terapia de reemplazo renal en este caso corresponden a la diálisis peritoneal en sus 2 alternativas DPCA y DPA, en su defecto hemodiálisis o trasplante renal, hay pacientes que se niegan a la terapia de reemplazo renal por lo cual toman la alternativa conservadora que se refiere a la atención paliativa o no dialisante (Webster et al., 2017).

III.2.5 Factores de riesgo

Factor de riesgo es definido por la OMS como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Por lo tanto, la ERC cuenta con factores de riesgo con diversos mecanismos fisiopatológicos comunes siendo la proteinuria y la hiperfiltración glomerular los más frecuentes e importantes. Dentro de los cuales se dividen en modificables y no modificables (Webster et al., 2017).

Los factores de riesgo no modificables son la edad, sexo, raza, bajo peso al nacer. Los factores de riesgo modificables que de forma directa o indirecta producen daño renal son hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia, tabaquismo, hiperuricemia, hipoalbuminemia. Como ya se había mencionado la obesidad se considera como factor de riesgo y susceptibilidad para la progresión de la enfermedad; se ha observado, que mediante el mantenimiento de un índice de masa corporal en parámetros normales hay presencia de disminución de proteinuria. Con la presencia de tabaquismo se han realizado estudios donde se demuestra que la nicotina tiene relación con el aumento de la proteinuria, ocasiona alteraciones hemodinámicas ocasionando disfunción en el intercambio de electrolitos ocasionando una disfunción en el intercambio de cationes en el túbulo renal, afectando directamente a nivel renal por lo cual puede haber una progresión mucho más rápida. El alcoholismo es un factor de riesgo que se asocia a disminución a la tasa de filtrado glomerular y aumento de proteinuria; sin embargo, es un factor de riesgo no tan estudiado (Cortés-Sanabria et al., 2009; Gorostidi et al., 2014).

Otros factores de riesgo de susceptibilidad para el desarrollo de la enfermedad renal crónica son; Edad mayor a 60 años, antecedentes heredofamiliares de ERC, síndrome metabólico, pertenecer a la raza hispana y afroamericana, reducción de masa renal, bajo nivel socioeconómico y educativo (Cortés-Sanabria et al., 2009; Gorostidi et al., 2014).

III.2.6 Manifestaciones clínicas.

Algunos pacientes son asintomáticos, sobre todo en estadios tempranos, y otros pacientes cuentan con los síntomas como consecuencia de su deterioro en la función renal ya en estadios avanzados secundario a la retención de toxinas urémicas complejas (las cuales afectan todos los órganos), estas contribuyen a la inflamación, la alteración inmune, enfermedad vascular, disfunción plaquetaria y un aumento del riesgo de sangrado en el intestino, alteraciones del metabolismo del fármaco, así contribuyendo a la progresión de la ERC (Agiolar-Kitsu et al., 2014; Webster et al., 2017).

La sintomatología es: palidez secundaria a presencia de anemia, hipertensión arterial secundaria a la ERC, disnea debido a la sobrecarga de líquidos, cardiomiopatía o cardiopatía isquémica, parestias, parestesias, cambios cognitivos, anorexia, vómito, oliguria, proteinuria y edema periférico (Webster et al., 2017).

III.2.7 Diagnóstico.

Los criterios diagnósticos de ERC son denominados como marcadores de la reducción del filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/1,73 m² con una duración mayor de tres meses (Ketteler y Leonard, 2016).

La evaluación del TFG se llevará a cabo mediante el valor de creatinina sérica determinada mediante química sanguínea y una fórmula para estimar el filtrado glomerular (CKD-EPI) requiriendo como datos la edad del paciente y el valor de creatinina sérica (Ketteler y Leonard, 2016; Moe et al., 2017).

La albuminuria también es un marcador de daño renal la cual se evalúa mediante una muestra aislada de orina de primera hora de la mañana, importante realizar la fórmula del cociente albúmina/creatinina. En caso de grados avanzados de albuminuria, el cociente proteínas/creatinina ofrece una mejor aproximación a la proteinuria, si bien esta determinación no se lleva a cabo de forma rutinaria en nuestro medio; sin embargo, es de suma importancia pues el primer dato de lesión renal antes de ver elevación de creatinina es la presencia de albuminuria en orina (Gorostidi et al., 2014; Ketteler y Leonard, 2016).

Para el diagnóstico nos debemos basar en la Clasificación en grados de la ERC. (Tabla 4).

III.2.8 Complicaciones de la ERC.

Los pacientes con ERC acumulan factores de riesgo cardiovascular, además de contar con complicaciones propias de la misma, entre las cuales se encuentra hiperkalemia, anemia, acidosis metabólica y enfermedad mineral ósea (Boffa y Cartery, 2015; Webster et al., 2017).

La hiperkalemia es la complicación más temida a corto plazo, se refiere al aumento de potasio sérico por arriba de 4.5 mEq, es favorecida por el uso de bloqueantes de la angiotensina y la acidosis metabólica. Dependiendo del nivel de potasio se encuentran los síntomas específicos. Los diuréticos del asa de Henle y los tiazídicos presentan un efecto en la secreción de potasio (Gorostidi et al., 2014).

La acidosis metabólica, complicación frecuente en los pacientes con ERC, contribuye al aumento de la morbimortalidad asociándose al aumento del catabolismo proteico y disminuye la síntesis de albúmina, lo cual favorece la desnutrición y al desarrollo de osteodistrofia renal, la cual se asocia a la disminución de formación ósea y estimulación de la actividad osteoclástica. Se recomienda mantener concentraciones de bicarbonato como mínimo de 23 mmol/l mediante un aporte de bicarbonato de sodio en fórmula magistral o con aguas minerales ricas en bicarbonato, siempre con un buen control de los aportes de sodio (Tamayo-y Orozco y Lastiri-Quiros, 2016; Webster et al., 2017).

La complicación siguiente es la anemia, secundaria al descenso de la producción de eritropoyetina (EPO) a nivel renal, cuya función es estimular la producción de glóbulos rojos en la médula ósea e impulsar la homeostasis de la hemoglobina. Típicamente es normocítica, normocrómica e hipoproliferativa, característicamente su prevalencia aumenta a medida que la TFG disminuye. Los tratamientos actuales proponen corregir la carencia de hierro antes de introducir un agente estimulante de la eritropoyesis (AEE). Se debe conseguir un coeficiente de

saturación de la transferrina superior al 20% y una ferritinemia superior a 150 mg/l. Se inicia el tratamiento con AEE cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 10 g/dl a pesar del aporte de hierro, y el objetivo es alcanzar una concentración entre 11 y 12 g/dl sin superar 13 g/dl. Una concentración superior a 13 g/dl se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado (Gorostidi et al., 2014).

La enfermedad ósea mineral es una complicación común de la ERC que implica alteraciones en el calcio, fósforo y hormona paratiroidea (PTH) o metabolismo de la vitamina D. Se puede manifestar como dolor óseo, aumento de la fragilidad ósea o calcificación extra esquelética (vasos sanguíneos y piel). A medida que progresa la ERC, la deficiencia de vitamina D aumenta produciendo hipocalcemia e hiperparatiroidismo secundario que estimula la actividad de osteoclastos ocasionando recambio, mineralización y disminución de volumen óseo lo que se manifiesta después de años de tratamiento en diálisis. El tratamiento se basa en disminución en la dieta de fósforo y el uso de aglutinantes de fósforo con o sin calcio para mantener concentraciones fósforo entre 0.87 mmol/L (Gorostidi et al., 2014).

III.2.9 Indicaciones de diálisis peritoneal.

Dentro de las indicaciones para iniciar la terapia de sustitución con diálisis peritoneal son el síndrome urémico grave, sobrecarga de volumen el cual no responde a tratamiento con diuréticos, hiperkalemia no controlada, acidosis metabólica grave, pericarditis urémica, taponamiento cardiaco y sangrado masivo de difícil control relacionado con uremia. Son importantes estos datos pues están relacionados con el estadio 5, además dan pauta para iniciar terapia de remplazo (Agiolar-Kitsu et al., 2014).

La diálisis peritoneal dentro de sus beneficios para el paciente son estabilidad hemodinámica, mejor control de anemia, mayor tiempo en la preservación de la función renal residual, mayor independencia y movilidad; por lo cual, se sugiere que en pacientes que van a iniciar con la terapia se considere ésta para iniciar con el remplazo (Agiolar-Kitsu et al., 2014).

Al contar con los datos clínicos para iniciar la terapia de remplazo es de suma importancia saber que la diálisis peritoneal se basa en la instilación dentro de la cavidad peritoneal de soluciones de diálisis, esto para aprovechar propiedades del peritoneo como membrana biológica, con el fin de eliminar las sustancias de desecho generadas por nuestro organismo y contribuir con el control del balance hidrosalino alterado en la insuficiencia renal (Barone, 2016).

Dirección General de Bibliotecas UAQ

IV. Hipótesis de trabajo

Dentro del perfil familiar de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis peritoneal el 50% son funcionales y cuentan con apoyo social.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

V.1.1 Determinar el perfil familiar del paciente con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis peritoneal en el HGR1 IMSS Querétaro.

V.1.1 Objetivos específicos

V.2.1 Determinar el perfil sociodemográfico del paciente con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis peritoneal: Edad, sexo, religión, escolaridad y ocupación.

V.2.2 Identificar el perfil clínico del paciente con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis peritoneal: Comorbilidades y tiempo de evolución con el tratamiento de diálisis peritoneal.

V.2.3 Describir el perfil familiar del paciente con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis peritoneal: tipo de familia con base en su composición y etapa del ciclo vital familiar, número de hijos.

V.2.4 Establecer la percepción de funcionalidad familiar del paciente con enfermedad renal crónica con terapia de diálisis peritoneal.

V.2.5 Determinar la percepción de apoyo familiar del paciente con enfermedad renal crónica con terapia de diálisis peritoneal

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prolectivo.

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes que acudieron a la consulta externa de nefrología con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, en el HGR1 del IMSS, Querétaro, de noviembre 2017 a noviembre de 2018.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para estudios de tipo descriptivo con población infinita, cuyo objetivo es la estimación de una proporción:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 pq}{d^2}$$

Donde se observó que los valores fueron los siguientes:

Z_{α}^2 =nivel de confianza =1.64

P=prevalencia de funcionalidad familiar en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal = 50%

q= no ocurrencia del evento (1-p) = 42

d=margen de error = 0.05

n=total de población

Se sustituyó la formula quedando:

$$n = \frac{(1.64)^2(0.50)(0.42)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(2.68)(0.50)(0.42)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.5628}{0.0025}$$

$n = 225$

El tamaño de muestra correspondió a 225 pacientes; para reunirlos se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a los pacientes que supiera leer y escribir, con autorización de su participación en el trabajo de investigación mediante la firma del consentimiento informado. Se consideró excluir a pacientes con cualquier grado de discapacidad visual y/o auditiva que no le permitiera por sí mismo contestar los instrumentos. Se eliminaron a pacientes que no proporcionaron la información completa (instrumentos incompletos).

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables indagadas pertenecen a los perfiles: Socio familiar (edad, sexo, religión, escolaridad, ocupación, comorbilidades, tiempo de evolución en diálisis peritoneal, número de hijos vivos, tipo de familia en base a su composición y ciclo vital familiar), al de funcionalidad familiar (evaluado por FACES III) y de apoyo social (escala de MOS).

VI.4 Técnicas e instrumentos

Los instrumentos utilizados en el estudio son:

FACES III desarrollado por David Olson y colaboradores, en 1985. Validado en México en el año 2002. Cuenta con alfa de Cronbach 0,89 para adaptabilidad y con alfa de Cronbach 0,87 para cohesión. La escala consta de 20 reactivos; 10 reactivos corresponden a la adaptabilidad que son nones y 10 reactivos a cohesión que son pares, evaluada con escala de Likert del 1 al 5 donde 1 corresponde a nunca, 2 casi nunca 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 corresponde a siempre. Según la puntuación obtenida la funcionalidad se clasifica en extremo, rango medio y balanceado (tabla 2) (Tordera, et al., 2002; Martínez, et al., 2006; Huerta, 2007).

Escala de MOS desarrollado por Sherbourne y colaboradores en 1991, validado en 2012 en Colombia, con índice de confiabilidad alfa de Cronbach 0.94. Este instrumento cuenta con 20 ítems valorando 5 dimensiones: a) “Red de apoyo social”, b) “Apoyo social emocional/informacional”, c) “Apoyo instrumental”, d) “Interacción social positiva”, e) “Apoyo afectivo”, evaluado mediante la escala de Likert del 1 al 5, correspondiendo 1 a nunca, 2 a casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre, además de una pregunta abierta donde el paciente pone el número de personas que cuenta para el apoyo. Obteniendo la puntuación se identifica apoyo social ausente o presenta (tabla 3) (Arredondo, et al., 2011; Revilla, et al., 2005).

VI.5 Procedimientos

Posterior a la aprobación por el Comité Local de Investigación en salud, se solicitó autorización por los directivos del HGR1 IMSS Querétaro, contando con su aprobación el investigador principal procedió a realizar mediante una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia; la invitación a participar en el estudio a los pacientes que acudieron a la consulta externa de nefrología, previa información otorgada al paciente. Se otorgó el consentimiento informado para aceptación de su participación en el estudio, con su autorización y firma en el apartado correspondiente, se procedió al interrogatorio del paciente para el llenado de la ficha de identificación. Posteriormente se le solicitó al paciente el llenado de los instrumentos FACES III y la escala de MOS. El investigador responsable procedió a evaluar en ese momento los mismos y en caso de que el paciente presentó puntuación compatible a extremos (disfuncionales) o escaso apoyo familiar se le entregó el formato de solicitud de servicios (4.30.200) dirigido a su médico familiar donde especificaba el resultado de ambos instrumentos y su interpretación, con la finalidad de facilitar el abordaje del enfoque médico familiar y posible derivación a otros servicios (psicología, trabajo social), de acuerdo a su criterio.

VI.5.1 Análisis estadístico

De tipo descriptivo acorde a las variables cualitativas utilizando frecuencias y porcentajes. Y en cuanto a las variables cuantitativas se empleó la media y desviación estándar. Se calcularon también los intervalos de confianza.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un Comité de Investigación Local en Salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se consideró la Declaración de Helsinki, 2013, en el cual refiere el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los sujetos que participan en la investigación”. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Se empleo el artículo 17 de la Ley General de Salud, categoría I de Investigación sin riesgo. “Donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio (cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos), en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Por las características del estudio no implicó riesgo para los pacientes. Se les explicaron los beneficios al mismo de conocer el perfil familiar. A aquellos pacientes en los cuales se detectó bajo apoyo social o familias disfuncionales se canalizaron con el médico familiar.

VII. Resultados

Se estudiaron a 266 pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.

Dentro del perfil sociodemográfico del paciente se observó un promedio de edad de 46.13 ± 15.38 (IC 95% 44.2-47.9), predominando el sexo masculino en un 60.2 %, la religión que profesan las familias en su mayoría es la católica teniendo un 91.7%; en cuanto a la escolaridad el 37.6% tenían escolaridad secundaria, seguido por la primaria en 34.6%, contando con minoría la escolaridad de preparatoria, licenciatura y posgrado. La ocupación con la que contaban fue la de actividad sin remuneración económica en un 41.4% seguido de pensionado y empleado con el 20.7% (Cuadro IV.1).

En el perfil clínico se encontró a la hipertensión arterial como la comorbilidad más frecuente en un 99.6%, seguido por diabetes tipo 2 en un 52.6% (Cuadro IV.2); los meses en promedio de diálisis peritoneal que tuvieron los pacientes fue de 27.1 ± 30.43 (IC 95% 23.5-30.8) meses.

Dentro del perfil de la familiar, el tipo de familia que predominó según su parentesco fue la nuclear simple correspondiendo al 50% de las familias seguido por la nuclear numerosa con un 23.7%. Dentro del ciclo vital familiar la etapa que prevaleció fue la independencia en un 42.9%, seguido de la etapa de dispersión con un 29.3% (Cuadro IV.3) el promedio de hijos vivos fue de 3.25 ± 2.22 (IC 95% 2.9-3.5).

La percepción de la funcionalidad familiar evaluada con el Instrumento Faces III, mostró que en cohesión predominó la relacionada en el 35%, seguido por semirelacionada en 28.6%; en adaptabilidad predominó la flexible en 27.1%, seguido de la estructurada en 20.7% (Cuadro IV.4). Al realizar el cruce de información de los anteriores se obtuvieron 16 tipos de familias, predominando en extremos la familia caóticamente aglutinada con un 13.9%, en rango medio prevaleció la familia caóticamente relacionada en un 17.3%, y en los medios

sobresalió la familia flexiblemente relacionada en un 9.8%; en un último momento todas las familias se clasificaron en extremos (disfuncionales) obteniendo el 31.2%, rango medio (medianamente funcionales) con el 48.9% y por último balanceado (funcionales) en el 19.9% (Cuadro IV.5).

El apoyo social se evaluó con el instrumento MOS logrando los resultados según las dimensiones en: emocional 89.8%, social 91%, Instrumental, 9.6.6% y afectivo 95.9%, teniendo como índice global del apoyo social presente en el 94% (Cuadro IV.6), la media del número de amigos y familiares cercanos del 3.81 ± 3.5 . (IC 95% 3.4-4.2).

Cuadro IV.1 Perfil sociodemográfico de los pacientes con enfermedad renal en diálisis peritoneal.

n=266

	Frecuencias	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sexo				
Masculino	160	60.2	54.3	66.1
Femenino	106	39.8	33.9	45.7
Religión				
Ateo	4	1.5	0.0	3.0
Católica	244	91.7	88.4	95.0
Testigo de Jehová	1	0.4	0.0	1.2
Cristiana	12	4.5	2.0	7.0
Evangélica	1	0.4	0.0	1.2
Ninguna	4	1.5	0.0	3.0
Escolaridad				
Sabe leer y escribir	11	4.1	1.7	6.5
Primaria	92	34.6	28.9	40.3
Secundaria	100	37.6	31.8	43.4
Preparatoria	39	14.7	10.4	19
Licenciatura	21	7.9	4.7	11.1
Posgrado	3	1.1	0	2.4
Ocupación				
Sin remuneración económica	110	41.4	35.5	47.3
Desempleado	9	3.3	1.2	5.6
Pensionado	55	20.7	15.8	25.6
Empleado	55	20.7	15.8	25.6
Comerciante	13	4.9	2.3	7.5
Obrero	9	3.3	1.2	5.6
Profesionista	5	1.9	0.3	3.5
Estudiante	10	3.8	1.5	6.1

Fuente: Entrevistas y cuestionarios de pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de diálisis peritoneal, en el HGR1 del IMSS en Querétaro, de noviembre del 2017 a noviembre del 2018.

Cuadro IV.2 Frecuencia de comorbilidades de los pacientes en diálisis peritoneal

Comorbilidades	n=266			
	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Diabetes	140	52.6	46.6	58.0
Hipertensión arterial	265	99.6	98.8	100.4
Enfermedad tiroidea	19	7.1	4.0	10.2
Dislipidemias	70	26.3	21.0	31.6

Fuente: Entrevistas y cuestionarios de pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de diálisis peritoneal, en el HGR1 del IMSS en Querétaro, de noviembre del 2017 a noviembre del 2018.

Cuadro IV.3 Frecuencia de tipología y ciclo vital familiar de los pacientes en diálisis peritoneal.

n=266

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Tipo de familia				
Nuclear simple	133	50	44.0	56.0
Nuclear numerosa	63	23.7	18.6	28.8
Extensa ascendente	47	17.7	13.1	22.3
Extensa descendente	23	8.6	5.2	12.0
Ciclo vital familiar				
Matrimonio	3	1.1	0.0	2.4
Expansión	10	3.8	1.5	6.1
Dispersión	78	29.3	23.8	34.8
Independencia	114	42.9	37	48.8
Retiro y muerte	61	22.9	17.9	27.9

Fuente: Entrevistas y cuestionarios de pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de diálisis peritoneal, en el HGR1 del IMSS en Querétaro, de noviembre del 2017 a noviembre del 2018.

Cuadro IV.4 Frecuencia de funcionalidad familiar por dimensiones de los pacientes en diálisis peritoneal

n=266

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Cohesión				
No relacionada	24	9.0	5.6	12.4
Semirelacionada	76	28.6	23.2	34
Relacionada	93	35.0	29.3	40.7
Aglutinada	73	27.4	22	32.8
Adaptabilidad				
Rígida	22	8.2	5.0	11.6
Estructurada	55	20.7	15.8	25.6
Flexible	72	27.1	21.8	32.4
Caótica	117	44.0	38.0	50.0

Fuente: Entrevistas y cuestionarios de pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de diálisis peritoneal, en el HGR1 del IMSS en Querétaro, de noviembre del 2017 a noviembre del 2018.

Cuadro IV.5 Funcionalidad Familiar: 16 tipos de Familia según Olson.

n=266

		Baja	Cohesión		Alta
		Disgregada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada
Alta	Caótica	Caóticamente no relacionada 1.9% (IC 95%: 0.3-3.5)	Caóticamente semirelacionada 10.9% (IC 95%:7.2-14.6)	Caóticamente relacionada 17.3% (IC 95%: 12.8-21.8)	Caóticamente aglutinada 13.9% (IC 95%:9.7-18.1)
	Flexible	Flexiblemente no relacionada 2.3% (IC 95%: 0.5-4.1)	Flexiblemente semirelacionada 8.6% (IC 95%:5.2-12)	Flexiblemente relacionada 9.8% (IC 95%:6.2-13.4)	Flexiblemente aglutinada 6.4% (IC 95%:3.5-9.3)
Baja	Estructurada	Estructuralmente no relacionada 2.3% (IC 95%:0.5-4.1)	Estructuralmente semirelacionada 7.1% (IC 95%:4.0-10.2)	Estructuralmente relacionada 5.6% (IC 95%:2.8-8.4)	Estructuralmente aglutinada 5.6% (IC 95%:2.8-8.4)
	Rígida	Rígidamente no relacionada 2.6% (IC 95%:0.7-4.5)	Rígidamente semirelacionada 1.9% (IC 95%:0.3-3.5)	Rígidamente relacionada 2.3% (IC 95%:0.5-4.1)	Rígidamente aglutinada 1.5% (IC 95%:0.0-3.0)

Extremo
31.2%
(IC 95%: 25.6-36.8)

Rango medio
48.9%
(IC 95%: 42.9-54.9)

Balanceado
19.9%
(IC 95%: 15.1-24.7)

Fuente: Entrevistas y cuestionarios de pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de diálisis peritoneal, en el HGR1 del IMSS en Querétaro, de noviembre del 2017 a noviembre del 2018.

Cuadro IV.6 Frecuencia de apoyo social por dimensiones de los pacientes en diálisis peritoneal

n=266

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Dimensiones				
Emocional	239	89.8	86.2	93.4
Social	242	91.0	87.6	94.4
Instrumental	257	96.6	94.4	98.8
Afectivo	255	95.9	93.5	98.3
Índice global				
Apoyo social presente	250	94	91.1	96.9
Apoyo social ausente	16	6.0	3.1	8.9

Fuente: Entrevistas y cuestionarios de pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de diálisis peritoneal, en el HGR1 del IMSS en Querétaro, de noviembre del 2017 a noviembre del 2018.

VIII. Discusión

La atención integral del médico familiar contempla a la familia como unidad de análisis, en este contexto al contar en una familia algún integrante con tratamiento en diálisis peritoneal por enfermedad renal crónica, este escenario impacta en la dinámica familiar lo cual ocasiona cambios de roles, conducta y adaptación ante el evento; es decir, se altera la funcionalidad de la familia. Los pacientes requieren del apoyo familiar, sin embargo, por el tipo de patología la familia muchas veces echa mano del apoyo externo a la misma, llamado como apoyo social del cual se recibe soporte por otras personas, grupos e instituciones. Este tema a pesar de tener una importancia vital para el médico familiar ha sido poco estudiado por lo cual es fundamental conocerlo.

Dentro del perfil sociodemográfico, en este estudio, se encontró que el sexo predominante fue el masculino, con edad promedio de 46 años, con escolaridad en su mayoría secundaria, en contraste con los antecedentes descritos en la literatura en el trabajo de investigación realizado por Cárdenas, 2013, en Querétaro, en donde la población estudiada predominaba el sexo femenino y el promedio de la edad de la población fue mayor de 50 años. Dato que resulta alarmante debido a la tendencia de la población de padecer este tipo de complicaciones a una edad más temprana (Cardenas Maldonado, 2013).

La enfermedad renal crónica se presenta a temprana edad por ende su tratamiento con diálisis; esto podría explicarse a consecuencia de que las enfermedades crónicas como la diabetes o hipertensión se están presentando actualmente en pacientes más jóvenes. Así mismo el fenómeno observado con relación al predominio actual de sexo masculino en la población estudiada, podría guardar relación a que los hombres cuentan con peor apego al tratamiento (Santes-Bastián, et al., 2016).

A pesar de que en el presente estudio se observa un aumento de escolaridad en el número de pacientes que contaban con preparatoria y licenciatura en la población estudiada, no hubo cambios representativos en comparación con

el estudio realizado por Cárdenas, 2013, Querétaro, predominando en ambos estudios la educación básica (Cardenas Maldonado, 2013).

Con relación a la religión católica que profesan los pacientes de la población estudiada; no existe precedentes en la literatura con los cuales comparar.

En el presente estudio arrojó que los pacientes contaban con actividad sin remuneración económica, a pesar de ser adultos jóvenes en su mayoría quienes en teoría deberían de ser económicamente activos, más sin embargo por el tipo de tratamiento tan demandante no les permite desarrollarse laboralmente.

Integrando al perfil clínico se encuentran las comorbilidades que en la literatura no existe punto de referencia; sin embargo, esta información es de utilidad ya que el control de las anteriores merma la calidad de vida del paciente y por lo consiguiente a nivel familiar por los cuidados requeridos, siendo un dato que a pesar de su importancia es poco estudiado. De igual manera el tiempo de tratamiento con diálisis es una variable que no había sido analizada, pero es de suma importancia ante la funcionalidad familiar y el apoyo social ya que en este proceso la familia entra en crisis paranormativa la cual es enfrentada de diferente manera según las características propias del sistema familiar y el tiempo de evolución del tratamiento.

Pese a la importancia que tiene la familia ante las enfermedades crónicas y tratamientos propios de las mismas es poco estudiada el tipo de familia; en este estudio predominó la nuclear simple, es decir, las familias se encuentran constituidas por la presencia de ambos padres y menos de 3 hijos lo cual es importante en el comportamiento del padecimiento. Otra variable no estudiada previamente es el ciclo vital el cual se refiere a las etapas por las cuales la familia pasa a lo largo del tiempo; cabe mencionar que el sistema está inmerso en constantes cambios en cuanto a su evolución, los cuales son considerados como crisis normativas que ante estas requieren de una adaptación continua ante los eventos de acuerdo al ciclo en el que se encuentren, en este estudio la etapa más predominante fue la de independencia; es decir, al menos uno de los hijos se encontraba fuera del hogar.

Por lo que se refiere al perfil de funcionalidad familiar en la actualidad existen diversos instrumentos para evaluarla, la aplicación del FACES III facilita el enlace entre la práctica clínica y la investigación familiar, este instrumento es de fácil autoaplicación e interpretación y alto nivel de confiabilidad. En este instrumento se identifica la cohesión y adaptabilidad, estableciendo a partir de ello 16 categorías de tipo de familia que posteriormente se pueden agrupar en 2 dimensiones para llegar a la familia funcional y disfuncional, perspectiva que se utilizó en este trabajo. La funcionalidad encontrada fue de predominio en el rango medio es decir que las familias dentro de su disfuncionalidad se encuentran funcionando adecuadamente ante la situación que les aqueja, lo cual comparado con el estudio de efectuado en Querétaro por Cadenas en el año 2013 arrojó que en su momento la población era funcional; a pesar de que la funcionalidad tuvo cambios de funcional a rango medio, el sistema familiar continua teniendo una adecuada adaptación y cohesión familiar ante la enfermedad. (Cardenas Maldonado, 2013).

Entrando al perfil de apoyo social se sabe que para evaluarlo existen instrumentos, pero específicamente el MOS permite indagar este aspecto en pacientes con padecimientos crónicos; en el estudio realizado en Querétaro en el año 2013 con el que hemos estado comparando hasta este momento, se utilizó la escala de DUKE, la cual mide el apoyo social pero está diseñado para la población general, esto nos permite incrementar la confiabilidad del estudio realizado por el tipo de escala utilizada más acorde a la población estudiada. Sin embargo, estos dos instrumentos sólo evalúan la percepción del paciente con relación al apoyo social, por lo que resultaría interesante contrastar esta información con la percepción de los familiares en relación a este mismo fenómeno, para ello podría aplicarse algún otro instrumento a los familiares en alguna otra investigación para comparar los resultados.

IX. Conclusiones

Dentro del perfil socio demográfico del paciente con enfermedad renal crónica predominaron los pacientes en la quinta década de la vida con sexo masculino, con escolaridad secundaria, teniendo en su mayoría actividad sin remuneración económica, perteneciendo a la religión católica.

En relación al perfil clínico la comorbilidad más frecuente es la hipertensión arterial y el tiempo de evolución del tratamiento sustitutivo a base de diálisis peritoneal en el paciente con enfermedad renal son 27 meses.

El paciente con enfermedad renal crónica con diálisis peritoneal dentro del perfil familiar cuenta en promedio con 3 hijos, prevaleciendo el tipo de familia nuclear simple, encontrándose en la fase de independencia del ciclo vital familiar.

El comportamiento de la funcionalidad familiar en los pacientes con ERC en diálisis peritoneal fue medianamente funcional ante la patología, por lo cual, a pesar de lo extenuante del tratamiento sustitutivo, la familia dentro de su disfuncionalidad, se adapta adecuadamente para continuar con su vida diaria.

En el perfil de apoyo social, el paciente con diálisis cuenta en promedio con 3 personas como red de apoyo, además de tener adecuado apoyo familiar, en sus 4 dimensiones emocional, social, instrumental y afectivo.

El conocer las características del perfil social, de funcionalidad y apoyo social de los pacientes en diálisis peritoneal le proporciona elementos a los profesionistas de salud del primer nivel de atención que pueden emplear para mejorar el manejo integral del paciente.

IX. Propuestas

Cuando se realizaron las preguntas sobre el perfil socio familiar algunos pacientes contestaron en actitud de enojo o bien se mostraban con tendencia al llanto, posiblemente por el tratamiento extenuante.

Al evaluar la percepción del paciente con diálisis peritoneal y al estar en estado posiblemente de depresión el paciente no se percata de sus redes de apoyo es decir puede sentir no contar o contar con apoyo recibido por familiares, por lo cual es importante conocer la perspectiva del cuidador primario que de alguna manera echa mano de las mismas.

Los instrumentos aplicados requieren de sinceridad al contestar, sería ideal que por el tipo de preguntas abordadas en los instrumentos se aplique por el médico tratante, ya que los mismos cuentan con una relación médico paciente ya establecida, y esto puede influir ante las respuestas.

El médico de familia, al enfrentarse con enfermedades crónicas en su actividad diaria, es de suma importancia una adecuada educación del paciente y hacerlos conscientes de la gravedad de estos padecimientos, con el objetivo de prevenir las complicaciones de las mismas, como la enfermedad renal crónica y por lo consiguiente el tratamiento sustitutivo.

X. Bibliografía

Agiolar-Kitsu, M., A., Barrera-Cruz, y C. Gomez-Tenorio. 2014. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. México.

Arredondo-Perez, N, Londoño-Rogers, S. Tang-Castilla, José Filadelfo Posada-Gómez, N. L. O. Arizal, M. Á. Pérez-Jaramillo, M. Torres-Oliveros, J. E. Palacio-Sañudo, y D. C. Aguirre-Acevedo. 2012. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int. J. Psychol. Res.* 5:142–150.

Barone, R. J. 2016. Principios básicos para prescribir la diálisis peritoneal crónica. *Rev. Nefrol. Diálisis y Traspl.* 36:179–186. Available from: <http://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/75>

Benítez-González, I. 2000. Las crisis familiares. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.* 16:280–286.

Boffa, J.-J., y C. Cartery. 2015. Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica. *EMC - Tratado Med.* 19:1–8. doi:10.1016/S1636-5410(15)72803-5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1636541015728035>

Cardenas Maldonado, C. 2013. ART ERC.PDF. Universidad Autónoma de Queretaro.

Cortés-Sanabria, L., A. M. Cueto-Manzano, S. P. De Santillana-Hernández, J. A. Guarneros-Bonilla, H. R. Martínez Ramírez, y L. D. P. Torres Arreola. 2009. Prevención y tratamiento de la enfermedad Renal Crónica Temprana.

Gorostidi, M., R. Santamaría, R. Alcázar, G. Fernández-Fresnedo, J. M. Galcerán, M. Goicoechea, A. Oliveras, J. Portolés, E. Rubio, J. Segura, P. Aranda, ángel L. M. de Francisco, M. D. del Pino, F. Fernández-Vega, J. L. Górriz, J. Luño, R. Marín, I. Martínez, A. Martínez-Castelao, L. M. Orte, C. Quereda, J.

C. Rodríguez-Pérez, M. Rodríguez, y L. M. Ruilope. 2014. Documento de la sociedad española de nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 34:302–316. doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464.

Huerta-Gonzalez, J. 2007. *Medicina Familiar, la familia es un proceso de la enfermedad*. Primera. Mexico.

Ketteler, M., y M. Leonard. 2016. Kdigo 2016 Clinical Practice Guideline Update on Diagnosis , Evaluation , Prevention and Treatment of CKD-MBD. *Off. J. Int. Soc. Nephrol.* 1:1–45.

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I. Galíndez, y M. Edurne-Sanz. 2006. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Int. J. Clin. Heal. Psychol.* 6:317–338.

Matos, G., S. Vargas, V. Román, y Á. Betsy. 2016. Multimed. Available from: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/133/181>

Mejia-Gomez, D. 2008. *Ciclo Vital de la Familia*. Chile.

Membrillo-Luna, A., A. Ortega-Fernandez, M. R. Quiroz-Perez, y J. Rodriguez-Lopez. 2008. *Familia Introducción al estudio de sus elementos*. Primera. Mexico.

Méndez-Duran, A., M. H. Ignorosa-Luna, G. Pérez-Aguilar, J. Rivera-Rodríguez, J. de J. Gonzalez-Izquierdo, y J. Dávila-Torres. 2016. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 54:588–93. doi:10.1016/j.gaceta.2016.06.015.

Mendoza-Rangel, A. 2005. *Conceptos Basicos para el Estudio de Medicina Familiar*.

Moe, S. M., T. B. Drueke, y for the K. W. Group. 2017. KDIGO clinical practice

guideline for the diagnosis, evaluation, prevention and treatment of chronic kidney disease mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney Int.* 76:S1–S128. doi:10.1038/ki.2009.188. Available from: <http://www.nature.com/ki/journal/v76/n113s/index.html>

Pando M. 2014. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev. Investig. en Psicol.* 16:233–245.

Perea-Martínez, A., G. López-Navarrete, E. Espinosa-Garamendi, M. Padrón-Martínez, A. Lara-Campos, C. Santamaría-Arza, M. Ynga-Durand, y J. Ballesteros-del Olmo. 2014. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta Pediatr. Mex.* 35:316–337. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n4/v35n4a9.pdf>

Rodríguez-Espínola, S., y E. Héctor-Carmelo. 2007. Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate 7 Psicol. Cult. y Soc.* 7:155–168.

Ruiz-Mejía, R., y A. Mendez-Duran. 2018. Problema de salud pública: enfermedad renal crónica en México, la urgente necesidad de formar médicos especialistas. *Gac Med Bilbao.* 115:194–199.

Santes-Bastián, M. del C., A. P. Mar-Cervantes, N. Martínez-Díaz, y M.-C. Sendy. 2016. Estado nutricional y control metabólico en pacientes diabéticos. *Rev. medica la Univ. veracruzana.* 16:7–18.

Tamayo-y Orozco, J., y S. Lastiri-Quiros. 2016. La enfermedad renal crónica en México. Primera. (Tamayo y Orozco Juan, editor.). Mexico.

Tordera Perpiñá, M., A. Fuster Belloch, E. Negrillo Ayllón, y A. Damiá De Diego. 2002. Validez de constructo del cuestionario Información y Decisiones en el Asma. *Asma.* 38:22–27.

Valencia, U. 2010. Funcionamiento Familiar : Evaluación de los Potenciadores y

Obstructores (I) El sistema familiar.

Webster, A. C., E. V. Nagler, R. L. Morton, y P. Masson. 2017. Chronic Kidney Disease. Lancet. 389:1238–1252. doi:10.1016/S0140-6736(16)32064-5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)

Dirección General de Bibliotecas UAQ

XI. Anexos

PERFIL FAMILIAR DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON TERAPIA DE DIÁLISIS PERITONEAL.

X1.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FOLIO

NOMBRE: _____ NSS: _____

SOCIO FAMILIAR				
EDAD:	SEXO: 1. Hombre 2. Mujer	RELIGION: 1. Ateo 2. Católica 3. Testigos de Jehová 4. Cristiana 5. Evangélica	ESCOLARIDAD: 1. Sabe leer y escribir 2. Primaria 3. secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Postgrado	OCUPACION: 1. Actividad sin remuneración económica 2. Desempleado 3. Pensionado 4. Empleado 5. comerciante 6. Obrero 7. Profesionista
NUMERO DE HIJOS:	TIPO DE FAMILIA: 1. Nuclear simple 2. Nuclear numerosa 3. Extensa ascendente 4. Extensa descendente		CICLO VITAL: 1. Matrimonio 2. Expansion 3. Dispersion 4. Independencia 5. Retiro y muerte	
COMORBILIDADES: 1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión Arterial 3. Enfermedad tiroidea 4. Dislipidemia		TIEMPO DE TRATAMIENTO CON DIALISIS PERITONEAL:		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III)				
ADAPTABILIDAD: 1. Rígida 2. Estructurada 3. Flexible 4. Caótica		COHESION FAMILIAR: 1. No relacionada 2. Semirrelacionada 3. Relacionada 4. Aglutinada		FUNCIONALIDAD: 1. Familia funcional. 2. Familia medianamente funcional. 3. Familia disfuncional.
PERCEPCION DE APOYO FAMILIAR (ESCALA MOS):				
Red de apoyo social	Apoyo social emocional:	Apoyo instrumental	Interacción social positiva:	Apoyo afectivo:

XI.2 Instrumentos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FOLIO

NOMBRE:

NSS:

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar					

FACES III. Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.



ESCALA MOS. Apoyo social.

NOMBRE:

NSS:

A.-Aproximadamente cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómoda contigo y puedes hablar acerca de lo que tú sientes y piensas)

1. Escriba el número aproximado de amigos cercanos y familiares cercanos: _____

B. Marca con una X en el cuadrado que mejor se acerque	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite					
6. Alguien que le muestre amor y afecto					
7. Alguien con quien pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender la situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas					
15. Alguien que le ayude con las tareas domésticas					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18. Alguien con quien invertirse					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quien amar y sentirse querido					

XI.3 Carta de consentimiento informado.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Perfil familiar en pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de remplazo renal en diálisis peritoneal en consulta externa de nefrología del HGR1 IMSS Querétaro.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Santiago de Querétaro. HGR1 IMSS, Delegación, Querétaro, 2018

Justificación y objetivo del estudio: Justificación: En 2017 en Querétaro en el IMSS HGR1 había 796 pacientes con ERC en diálisis peritoneal, siendo un tratamiento que requiere cambios en la dinámica familiar (funcionalidad), para llevar un apego estricto al tratamiento necesitando apoyo familiar por lo cual es importante, conocer el perfil familiar de pacientes con esta patología. Objetivo general: Determinar el perfil familiar en pacientes con ERC en diálisis peritoneal en el HGR1 IMSS QRO.

Procedimientos: Aplicar encuestas de FACES III el cual indaga la funcionalidad familiar ante la enfermedad, escala de MOS da a conocer la percepción del apoyo social del paciente con enfermedades crónicas.

Posibles riesgos y molestias: Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Contribuir al mejor conocimiento sobre esta enfermedad

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los pacientes con resultado de familias en extremos acorde al FACES III (disfuncionales) y con inadecuada red de apoyo, serán canalizados a su médico familiar.

Participación o retiro: El retiro no afectará la atención médica que recibe en el IMSS.

Privacidad y confidencialidad: El uso de la información será anónimo y confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Informar sobre los resultados obtenidos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dr. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz
Especialista en Medicina Familiar
Investigador responsable
Matrícula: 99207263 Adscripción: UMF 9 Querétaro.
Tel: 210 04 64 ext. 51432
Celular: 442 364 66 28
Correo electrónico: dr.montesdeoca@hotmail.com

Colaboradores: Dra. Berenice Pérez Calderón
Residente de Medicina Familiar
Investigador principal
Matrícula: 99297320 Unidad de Adscripción: UMF 9 Querétaro.
Tel: 210 04 64 ext. 51432
Celular: 246 47 62 382
Correo electrónico: bepeca25@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente _____
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo: _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio
Clave: 2810-009-013

Dirección General de Bibliotecas UAQ