



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“Correlación entre funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes con IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria en el H.G.R.1 IMSS Querétaro”

TESIS

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

Presenta:

Méd. Gral. Cecilia Cárdenas Maldonado

Dirigido por:

Méd. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez

SINODALES

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Presidente

Dr. Nicolás Camacho Calderón
Secretario

M. en C. Genaro Vega Malagón
Vocal

Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea
Suplente

Med. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco
Suplente

Méd. Esp. Javier Ávila Morales
Director de la Facultad de Medicina

Dr. Innes Torres Pacheco
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero, 2013
México.

RESUMEN

Introducción: Las cifras de morbilidad y mortalidad en México, de pacientes con insuficiencia renal crónica en alguno de los tratamientos sustitutivos, son alarmantes, es considerada, como una enfermedad doliente por el sufrimiento humano que provoca en los pacientes y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas, hospitalizaciones, y también por la importante repercusión económica a nivel individual y social. **Objetivo:** Determinar la correlación entre el perfil de funcionalidad familiar y el apoyo social en pacientes con IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria en el H.G.R.1 IMSS Querétaro. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo correlacional en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria del H.G.R.1. IMSS, delegación Querétaro, en el periodo septiembre a noviembre 2011. El tamaño de la muestra, se obtuvo con la fórmula para estudios correlacionales simples. Se aplicó el cuestionario de Perfil de Funcionamiento Familiar y el apoyo social con el cuestionario de DUCKE UNC-11. Se solicitó consentimiento informado. Se analizó con la prueba de Pearson, con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Se estudiaron 38 pacientes con un promedio de edad de 53.15 ± 12.06 años (32-76), con predominio del sexo femenino (52%), escolaridad primaria completa (44.7%), sin ocupación (52.6%), casadas(os) (76.3%) y estrato socioeconómico medio bajo (71.1%). Las familias disfuncionales corresponden a un 78.8% con un IC 95% (17.8-42.2) y las funcionales con 21.1% e IC 95% (0.8-15.2). El apoyo global, el afectivo y el confidencial fueron bajos en 84.2%, los dos primeros y 76.3% el último. La funcionalidad familiar y apoyo confidencial con r de 0.32, con significancia estadística. **Conclusiones:** Se encontró correlación entre la funcionalidad familiar y el apoyo social en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Palabras clave:(Insuficiencia renal crónica, funcionalidad familiar, apoyo social).

SUMMARY

Introduction: The figures for morbidity and mortality in Mexico for patients with chronic renal insufficiency in some of the substitute treatments are alarming. This disease is considered as a painful one due to the human suffering it causes in the patients and their families, the increased risk of medical complications, hospitalizations and also because of the strong economic repercussion on the individual and social levels. **Objective:** To determine the correlation between the family functionality profile and social support for patients with CRI in treatment with continuous, out-patient peritoneal dialysis in the H.G.R.1, IMSS (from their initials in Spanish), Queretaro. **Materials and methods:** A correlational type study was carried out of patients with chronic renal insufficiency in treatment with continuous, out-patients peritoneal dialysis at the H.G.R.1, IMSS, Queretaro division, from September to November, 2011. The size of the sampling was obtained with the formula for simple correlational studies. The Family Functionality Profile questionnaire was applied, as well as the DUCKE UNC-11 regarding social support. Informed consent was requested. Analysis was done with the Pearson test, with a confidence level of 95%. **Results:** 38 patients were studied with a mean age of 53.15 ± 12.06 years (32-76), females were predominant (52%), completed elementary school education(44.7%), unemployed (52.6%), married (76.3%) and medium low socio- economic status (71.1%). 78.8% were dysfunctional families with a CI of 95% (17.8- 42.2), functional with 21.1% and a CI of 95% (0.8- 15.2). Total support, affective support and confidential support were low, 84.2% for the first two and 76.3% for the last. The correlation between family functionality and confidential support with r of 0.32, with statistical significance. **Conclusions:** A correlation was found between family functionality and social support in patients with chronic renal insufficiency on continuous out-patient peritoneal dialysis.

Key words: (Chronic renal insufficiency, family functionality, social support)

DEDICATORIAS

A mi padre Natividad Cárdenas Molina que está en el cielo y Esther Maldonado Galván, por su apoyo incondicional, amor, aliento y estímulo durante toda mi formación profesional ya que esto es la herencia más valiosa que puedo obtener en la vida.

A mis hermanos José Juan, Claudia, Valente, Esther, Oscar, Hugo, Beatriz, Ricardo y Elizabeth, por su cariño, paciencia y consejos.

A mis angelitos Rocío y Cesar, que ya no se encuentran con nosotros, pero que desde donde están, velan por toda la familia.

El cumplimiento de un sueño no es fácil, lo difícil es entregarse a él para realizarlo, ante la adversidad de la vida.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos, que siempre estuvieron a mi lado en los momentos más difíciles de mi formación profesional, por su entrega para conmigo.

A la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez, Dra. María Eugenia Valdez Pulido, Dra. Leticia Blanco Castillo y al Dr. Enrique Villarreal Ríos como una muestra de cariño y perdurable agradecimiento por el apoyo moral y académico, compartiendo aquella lucha, para no desistir y lograr mí meta.

A todos y cada uno de mis tutores, que mostraron la paciencia en mi enseñanza y preparación, con el afán de formar un médico con la capacidad de enfrentarse al quehacer de la medicina.

A mis compañeros y amigos, por su apoyo incondicional, experiencias y momentos gratos en la convivencia dentro de la residencia.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I. Introducción	1
I.1 Objetivo general	3
I.1.1 Objetivos específicos	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
II.1 Insuficiencia Renal Crónica	4
II.1.1 Definición	4
II.1.2 Estadios	4
II.1.3 Terapia de Reemplazo de la función renal	5
II.1.4 Panorama epidemiológico	6
II.2 Familia	8
II.2.1 Definición	8
II.2.2 Ciclo vital	8
II.2.3 Clasificación de Familia	11
II.2.4 Funciones de la familia	12
II.2.5 Funcionalidad y disfuncionalidad familiar	12
II.2.6 Escala de funcionamiento familiar	14
II.3 Apoyo social	15
II.3.1 Definición	15
II.3.2 Tipos de apoyo social	15
II.3.3 Cuestionario de DUCKE- UNC	16
III. METODOLOGÍA	18
III.1 Diseño de la investigación	18

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	18
III.3 Consideraciones éticas	20
III.4 Análisis estadístico	20
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	31
VI. CONCLUSIONES	37
VII. PROPUESTAS	38
VIII. LITERATURA CITADA	40
APÉNDICE	45

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
IV.1	Frecuencia según genero en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria	22
IV.2	Frecuencia de la escolaridad en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria	23
IV.3	Frecuencia según ocupación en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria	24
IV.4	Frecuencia según estado civil en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria	25
IV.5	Frecuencia según nivel socioeconómico en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria	26
IV.6	Frecuencia de funcionalidad familiar en pacientes con en diálisis peritoneal continua ambulatoria	27
IV.7	Frecuencia, porcentaje e intervalo de confianza según nivel áreas de funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria.	28

IV.8	Frecuencia según apoyo global en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria.	29
IV.9	Correlación y significancia entre funcionalidad familiar y apoyo social.	30

I. INTRODUCCIÓN

Las cifras de morbilidad y mortalidad en México, de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en alguno de los tratamientos sustitutivos, son alarmantes, ya que es una de las principales causas de atención en hospitalización y urgencias; se considera una de las enfermedades más catastróficas en la actualidad por el número creciente de casos, en nuestro país, aún se carece de un registro exacto o aproximado de pacientes con esta patología. Se estima una incidencia de 377 personas afectadas por cada millón de habitantes y la prevalencia de 1,142 casos por cada millón de habitantes (Méndez, 2010).

La IRC es considerada, como una enfermedad doliente por el sufrimiento humano que provoca en los pacientes y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas, hospitalizaciones, mortalidad y también por la importante repercusión económica a nivel individual y social (Estudillo, 2005). El paciente está obligado a realizar cambios individuales complejos, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible (Rodríguez, 2004).

Minuchin (1984) define a la familia como el grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos principalmente influidos por el hecho de sentirse miembro de una familia, el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares, y por su participación con grupos intrafamiliares, sin embargo la OMS menciona a la familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (Membrillo, 2008).

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, así mismo presentando pautas transaccionales, fuerzas motrices (físicas, emocionales e intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y

crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas actúan de manera positiva o negativa y son determinantes en buen o mal funcionamiento (Estrada, 1997), en donde el apoyo social, visto según David J. Ekerdt (Contreras, 2010), como el “Proceso de interacción social en el cual las acciones de un individuo o grupo benefician a otro individuo o grupo”, tiene un papel fundamental.

El abordaje de la relación entre la funcionalidad familiar y el apoyo social, no se ha estudiado en conjunto, en este grupo de pacientes, por lo que este trabajo de investigación permitirá dar a conocer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y el apoyo social que existe en nuestros pacientes del Hospital General Regional No.1 IMSS Querétaro, para así mismo darse cuenta cuáles son sus necesidades en estos aspectos y poder ser referidos a las instancias correspondientes, y se realice de manera multidisciplinaria, esto traería para ellos, redes de apoyo social dentro de la sociedad.

I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación entre el perfil de funcionalidad familiar y el apoyo social en pacientes con IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria en el H.G.R.1 IMSS Querétaro.

I.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento en diálisis peritoneal continua ambulatoria determinar:

1. El perfil de funcionalidad familiar global a través de la:

- La autoridad
- Control
- Supervisión
- Afecto
- Apoyo
- Conducta disruptiva
- Comunicación
- Afecto negativo
- Recursos

2. El apoyo social:

- Global
- Afectivo
- Confidencial

3. La correlación entre funcionalidad familiar y el apoyo social

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Insuficiencia Renal Crónica

II.1.1 Definición

La IRC es definida como “daño renal de una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular a menos de 60ml/min/1.73m²” (K/DOQI, 2002).

II.1.2 Estadios de la insuficiencia Renal Crónica

Se estatifican en cinco etapas en la evolución de la enfermedad crónica renal, esto para dar su diagnóstico las cuales se basan en la presencia de daño estructural y/o la disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) (K/DOQI, 2002).

Cuadro II.1 Estadios de Insuficiencia Renal Crónica

Estadio	Descripción	Filtrado Glomerular(FG) (mL por minuto por 1.73 m ²)	Plan de Acción
	Incremento del riesgo	≥ 90 (con factores de riesgo para insuficiencia renal crónica)	Escrutinio de factores de riesgo para insuficiencia renal crónica
1	Daño renal con tasa FG normal	≥ 90	Diagnóstico y tratamiento, tratamiento de morbilidad, intervenciones para retardar la progresión de la enfermedad y reducción de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular
2	Daño renal con tasa de FG levemente disminuido	60 a 89	Estimación, retraso de la progresión de la enfermedad
3	Moderada disminución de la tasa de FG	30 a 59	Evaluación y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad
4	Severa Disminución de la tasa de FG	15 a 29	Preparación para la terapia de reemplazo renal
5	Enfermedad renal terminal	< 15	Terapia de reemplazo renal (si hay uremia)

Fuente: National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am. J. Kidney Dis. 2002 Feb; 39(2 Suppl 1):S1-266

II.1.2.Terapias de reemplazo de la función renal

Existen múltiples causas de insuficiencia renal crónica, más que realizar una lista de las causas que la originan, es importante comentar que en décadas pasadas la glomerulonefritis se consideraba la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica; sin embargo, la nefropatía diabética ha llegado a ocupar el primer lugar, seguido por la nefroesclerosis hipertensiva y en tercer lugar la antes mencionada (López, 2009). Por lo tanto se debe reconocer que enfrentamos un gran problema de salud pública no sólo a nivel nacional sino internacional, teniendo la necesidad de recurrir a tratamiento sustitutos de la función renal, llegando hasta lo actual que es trasplante renal.

Los tratamientos sustitutos de diálisis se inician cuando el paciente tiene menos de 15 ml/min de filtración glomerular (medido en creatinina en orina de 24 hrs), a menos que no se tenga un donador para trasplante renal, los pacientes deberán ser sometidos a cualquiera de las tres opciones de tratamiento, las cuales son: a) Hemodiálisis, tres sesiones por semana con duración de 3-4 hrs; b) Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), 3 baños al día (8 litros diarios 7 días a la semana; c) Diálisis peritoneal continua cíclica o automática (DPA), esta va a depender del manejo otorgado según requiera el paciente, dado por el nefrólogo (Treviño, 2009). La Insuficiencia Renal Crónica es considerada como una enfermedad doliente por el sufrimiento humano que provoca en los pacientes y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas, hospitalizaciones, mortalidad y también por la importante repercusión económica a nivel individual y social (Vargas, 2003). El paciente está obligado a cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible (Rodríguez, 2004).

La utilización de las modalidades de diálisis varía en los diversos países. México es el país en desarrollo con la mayor utilización de DP (diálisis peritoneal), ya sea continua ambulatoria (DPCA) o automatizada (DPA), en el mundo, con una

prevalencia del 72% de los pacientes en diálisis, según datos de Jalisco en 2005 (USRDS, 2007), mientras que en Japón, menos del 4% de los pacientes están en DP. En Estados Unidos, la incidencia de la hemodialisis ha aumentado siete veces desde 1978, mientras que la DP fue en aumento hasta el año 1995 y a partir de entonces ha declinado (Domínguez, 2008).

Los pacientes al integrarse a un programa de reemplazo de la función renal, llevan consigo afectación del estado de salud, emocional, económico y social, ya que se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento al modificar su vida social, al soportar múltiples complicaciones, dieta restricción de líquidos, la pérdida de la esperanza de trasplante y en muchos casos el abandono familiar, disminuyendo su colaboración y presenta conductas negativas a la diálisis (Fernandez, 2005).

II.1.3. Panorama epidemiológico

En prácticamente todo el mundo se ha demostrado un incremento en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica. Se estima 92 pacientes por millón de habitantes en 1999 y 372 pacientes por millón de habitantes (ppmh) en el 2007 en Estados Unidos, cifra más alta en el mundo. Entre los que podemos mencionar es Japón con 285 ppmh y E.U.A con 361 ppmh. (GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana, 2009).

López (2008), las estadísticas de mortalidad mostraron que la IRC fue, por sí misma, la décima causa de muerte a nivel nacional, dando origen a más de 10 mil fallecimientos. Además, de un estudio de la UNAM permitieron estimar que aproximadamente 60 mil personas más mueren cada año con esta enfermedad, pero se registra alguna otra condición como la causa básica. Por lo anterior, se puede decir que el problema de la IRCT ha alcanzado ya dimensiones impresionantes. Si las condiciones actuales persistieran, para el año 2025 habrá cerca de 212 mil casos y se registrarán casi 160 mil muertes relacionadas.

En México, el problema es tan grave que el INEGI reporta que a partir de 1998 el porcentaje de defunciones generales de 30 a 64 años por Insuficiencia Renal Crónica se ha ido incrementando de 1.8 a 2.1 por ciento al año (INEGI, 2008).

En 2007, Paniagua y cols, publicaron un análisis sobre la situación de la IRC y la diálisis en nuestro país, lamentablemente, se desconoce la prevalencia de pacientes en terapia de remplazo renal (TRR) en México ya que no existe un registro nacional de los programas de IRC y TRR (Domínguez, 2008).

El costo del tratamiento de la Insuficiencia renal crónica terminal es enormemente caro. En países como Estados Unidos, en el año 2008 el gasto total fue de 39.5 mil millones de dólares. En México, en el año 2009 la insuficiencia renal ocupó el tercer lugar en el gasto por padecimiento dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con una inversión de 4,712 millones de pesos en tan sólo 4% de los derechohabientes, lo que representa un incremento del 27% con respecto al 2005. Por otro lado, la Secretaría de Salud informó en 2009 que sólo el 22% de los pacientes que requieren terapia de reemplazo renal en realidad la reciben, lo que tiene un costo anual estimado de \$7,550 millones y probablemente ascendería a \$33,000 millones de pesos si se atendiera al 100% de los pacientes que lo requieren (Martínez, 2011).

El enfermo que presenta IRC experimenta alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares de manera importante de tal manera que impacta; en el plano psicológico sobre su imagen y estima del paciente, quien al verse obligado a depender del cuidado de familiares o personal especializado y haber cambios de su estilo de vida, puede asumir desde una conducta pesimista y fatalista hasta una conducta agresiva o francamente psicopatológica (Azcarate, 2006). Esto orienta a que urge tomar decisiones para valorar lo que pasa con la calidad de vida y las familias de estos pacientes, así como del apoyo social recibido, sin embargo en México se han realizado pocos estudios de investigación al respecto.

Es innegable que una enfermedad crónica o de riesgo para la vida de un miembro de la familia, deviene un gran problema para la vida familiar y que demanda una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual.

II.2 Familia

II.2.1 Definición

La familia puede ser definida de diversas maneras dependiendo del enfoque y el contexto en la que se analice, social, antropológico, psicológico, jurídico; para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la familia se define como "los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio" (Huerta, 2000). Los sociólogos la definen "como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas" (Suarez, 2006)

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo abierto, como lo describió Bertalanffy (1968). Al conceptualizarlo así, se observa que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas, como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir (Estrada, 1997).

Al concebir a la familia como un sistema, se supone que constituye una unidad, una integridad, por lo que no se puede reducir a la suma de las características de sus miembros, ni a la suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones (Anzures, 2008).

II.2.2 Ciclo vital de la familia

A sabiendas de que la familia es una unidad con características propias y pasa por un ciclo vital cuyas fases son: Desprendimiento, encuentro, los hijos, la adolescencia, el reencuentro, la soledad y muerte (Estrada, 1997).

Cada etapa define interacciones entre los miembros de la familia que se divide en las áreas de identidad: Sexualidad, economía y fortalecimiento del yo.

El desprendimiento en todo ser humano es doloroso, sobre todo si se trata de relaciones emocionales significativas que se extinguen o que cambian su carga y su presentación psíquica. Relación emocional, ofrecer, obtener cuidados, intereses comunes, complemento biológico, expresar necesidades, procreación; dividir e intercambiar roles, ayuda mutua para aprenderlos, seguridad mediante la adquisición de bienes, libertad para expresar individualidad, defensas sociales adaptativas

El encuentro etapa en la cual se trata principalmente de lograr dos puntos: cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional e integrar un sistema de seguridad emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero. La seguridad emocional con el compañero, contrato matrimonial, aceptar al conyugue como nuevo y extraño, separación del mundo social que les rodea (Estrada, 1997).

La etapa de los hijos en la que actualmente la decisión de tener hijos se ha ido separando cada vez más de la decisión de casarse. El problema es muy complejo e incluye varios aspectos entre los cuales el económico es el número uno, posteriormente el religioso, el ético, el social, el político y el cultural. De cualquier forma la incógnita se encuentra a nivel de cuestionarse si el tener un hijo va a influir o no en la cadena secuencial que un individuo lleva en su ciclo vital, tanto familiar como personal (Irigoyen, 2005).

Todos los eventos en forma natural afectan a la familia, el advenimiento de la adolescencia es tal vez el que pone más a prueba la flexibilidad del sistema.

Ya que se combinan varios factores: se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios: los padres aun cuando ya se encuentran en la madurez, muy a su pesar se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia, la edad de los abuelos por lo general es crítica; se acercan a no

poder mantenerse por sí mismos, y la soledad y la muerte se avecinan; esto es motivo de otra preocupación (Irigoyen, 2004).

El reencuentro conocido como la del “nido vacío”, se debe a que para ese momento los hijos ya se han ido para formar su familia. Aquí se muestra la aceptación de los nietos, y el rol de abuelos, en lo que tiene que enfrentarse consigo mismo y con el compañero, en caso de que este aun se encuentre con vida. Es en esta etapa en que se encuentra la mayoría de la población en estudio.

La vejez con sus grandes complejidades y miedos en los padres adultos. Se necesita en esta etapa, la habilidad suficiente para aceptar las propias capacidades y limitaciones (Estrada, 1997).

En la familia cada acción o conducta elicitada por cada uno de sus integrantes influye en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de sus demás integrantes y viceversa. Y la conjunción e interacción entre ellos integra sucesos similares familiares, por lo tanto cada uno de sus integrantes puede definir y hasta pronosticar la posición, el comportamiento, las alianzas estratégicas, los sentimientos, las conductas reactivas, etc., de los demás miembros en base a la historia que los une y por el rol que han desempeñado en el interior de la propia familia. Si la relación que establece determinado miembro hacia otro de su sistema es saludable, esto va a reflejarse en los demás integrantes y viceversa, pero sino es saludable la repercusión tampoco lo será (Anzures, 2008).

En el ciclo vital de la familia, se hace referencia al a inevitabilidad de las crisis, muchas de las cuales son normativas y por ende previsibles, dentro de ciertos límites y las no normativas que pueden ser aquellas que rompen la lógica de los acontecimientos, en estas es posible ubicar a los accidentes y enfermedades crónicas que limitan o ponen en riesgo la existencia y calidad de vida de las personas, sino todo el sistema de relaciones interpersonales y particularmente la familia.

Dentro de la composición de la sociedad, la familia ocupa un lugar relevante, como contexto para la interacción con otros y como plataforma de formación e integración hacia dicha sociedad. Los seres humanos no poseen los conocimientos innatos acerca de la mayoría de los aspectos básicos del desarrollo y la vida familiar, natural o social, por esta razón todos los núcleos sociales buscan enseñar y transmitir sus saberes de una generación a las siguientes. (González, 2008).

II.2.3. Clasificación de Familia

Mencionar a la familia es primordial ya que, es la pauta para relacionar la IRC en DPCA, con la funcionalidad familiar y el apoyo social recibido por nuestros pacientes. Los tipos de familia orienta para saber la familia a la que se enfrenta, de acuerdo con la clasificación de Retana (2004).

- Familia nuclear: formada por dos individuos de distinto sexo sin hijos.
- Familia nuclear simple: Formada por los cónyuges con 1 a 3 hijos.
- Familia nuclear numerosa: Es la que conviven 4 o más hijos con sus padres.
- Familia nuclear ampliada: Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes o bien agregados.
- Familia reconstruida o binuclear: Familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.
- Monoparental: padre o madre con hijos
- Monoparental extendida: padre o madre con hijos más otra persona con parentesco.
- Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos mas otra persona con o sin parentesco.
- Familia extensa: Padre y madre con hijos más otra persona con parentesco.
- Familia extensa compuesta: padre y madre con hijo mas otras personas sin parentesco.
- No parental: Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones y roles de familia sin la presencia de los padres.

II.2.4. Funciones de la familia

Las familias dentro de la sociedad necesitan ser evolutivas, dinámicas y tener funciones que se deben realizar durante las etapas de desarrollo de la misma tales como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina actual llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros que se evalúa en el estudio de la salud familiar (Ramírez, 2008). La funcionalidad familiar se da cuando se cumplen los objetivos familiares o las funciones básicas dentro de la familia (seguridad económica, afectiva, social y de los modelos sexuales). Con la finalidad de crear una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. Se han propuesto diversos criterios para diferenciar entre la familia funcional y la familia disfuncional.

II.2.5. Funcionalidad y disfuncionalidad familiar

Se pueden identificar las siguientes características:

En la familia funcional: a) las relaciones están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros; se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, por lo que precisan de cierto grado de privacidad, b) no existen coaliciones internas ni competencia entre ellas, c) los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad, d) es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara que permite la espontaneidad, e) existe empatía, y f) hay apoyo emocional.

Por el otro lado, en la familia disfuncional: a) hay líneas intergeneracionales borrosas, b) no existe actitud negociadora, c) se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, d) los límites de la familias no imprecisos, e) las pautas de interacción resultan fijas y rígidas, y f) las funciones de los miembros no están claras ni limitadas (Vargas, 2009).

Algunos autores entienden como disfuncionalidad el no cumplimiento de las funciones básicas, pero en un sentido más extenso conlleva más que esto, una familia disfuncional no permite que sus integrantes tengan autonomía, existe un desequilibrio en las relaciones interpersonales, desarmonía, desequilibrio emocional, no se permite la realización de cada uno de sus integrantes es decir no existe una formación y transformación en donde lo más trascendental son las complicaciones familiares: enfermedad, trastornos psicológicos (Problemas de identidad, estrés, depresión y ansiedad), farmacodependencia, conductas delictivas, individuos socialmente no productivos y desintegración familiar (Estévez et al., 2005; Quiroz et al., 2007).

Por otra parte, se han relacionado algunas variables con la funcionalidad familiar tales como: La estructura familiar se considera como una variable independiente con una serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar, los aspectos socioeducativos y socioeconómicos: éstos influyen en el funcionamiento o clima familiar, lo que incluye a los patrones de comportamiento y culturales que se pueden traducir en el ejercicio de los roles, y patrones de comunicación, la familia de origen: se considera como una variable determinante en el funcionamiento de la nueva familia que forma al individuo.

El mantenimiento del sistema familiar comprende todas aquellas acciones que le permiten a éste protegerlo de los cambios, y que está constituido por las acciones conscientes de las personas que llevan a la toma de decisiones para aceptar e integrar, la nueva información, y cambiar, modificar o reemplazar valores, actitudes y conductas; la individuación, envuelve todas aquellas actividades físicas e intelectuales que amplían el horizonte de los individuos integrantes del sistema familiar, y que enseñan acerca de sí mismos y de otros y los llevan a tener un propósito en la vida(Santelices, 2009).

El estudio sobre la funcionalidad familiar incluye diferentes modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias; sin embargo, al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionalidad familiar, no han permitido estrategias de intervención, de evaluación y de diagnóstico que faciliten una forma organizada de pensar metódicamente para relacionar la funcionalidad familiar con las técnicas y estrategias de investigación (Vargas, 2003).

II.2.6. Escala de funcionamiento familiar

Para medir la funcionalidad familiar se han creado varios instrumentos, que permiten establecer su estado funcional mediante la técnica de APGAR, el doctor Gabriel Smilkstein ha diseñado un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Este cuestionario de cinco preguntas, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia, el cual mide adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos (Vargas, 2009). Tiene el inconveniente que sólo mide la percepción del paciente hacia con su familia.

La escala de funcionamiento familiar de 1985, evalúa a la familia completa o de forma individual, el formato principal contiene la escala de funcionamiento familiar, un familiograma, datos socioeconómicos, económicos, de la vivienda y espacio, para que al final de la aplicación y revisión dé como resultado si la familia es funcional o disfuncional. Cuenta con 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia. Ellas son: Territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afecto y patología (Espejel et al; 1997).

En la dinámica familiar se incluye determinadamente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Frecuentemente existe dificultad de adaptación en 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 (Rodríguez, 2004).

II.3 Apoyo Social

II.3.1 Definición

La influencia del apoyo social en el surgimiento y desarrollo de esta enfermedad, es fundamental porque el desarrollo de esta temática ha centrado su análisis en las enfermedades de orden mental y no física, aunque de manera general se infiere que el apoyo social influye en la salud física de las personas y se ha planteado en el caso específico de los pacientes con IRCT que la presencia de apoyo sociofamiliar facilita la adaptación al tratamiento dialítico. (Reyes, 2003).

La Encyclopedia of Aging (2002) recoge la definición que David J. Ekerdt, sobre "Apoyo Social": "Proceso de interacción social en el cual las acciones de un individuo o grupo benefician a otro individuo o grupo (Contreras, 2010).

En los años 60 y 70 surge una gran fuerza el término de apoyo social, gracias al sociólogo Emile Durkheim que a finales del siglo XIX destacó la importancia de las relaciones interpersonales en la salud. En el año 1967, Holmes y Rahe publicaron sus estudios sobre los acontecimientos vitales como generadores de estrés, identificando algunos factores del medio como nocivos para la salud del individuo. Posteriormente en la década de los 70's, es que los estudios sobre este aspecto, como factor influyente en un gran número de patologías y sus efectos nocivos en la salud, comienzan a tener gran importancia hasta la actualidad (Reyes, 2003).

II.3.2. Tipos de Apoyo Social

Para valorar el apoyo social se debe tener conocimiento del mismo, y abordarlo con el fin de poderlo manifestar dentro de nuestro estudio y enfocarlo a nuestros pacientes. Existen varios tipos de apoyo social:

Tipos de apoyo social: a) el emocional, muestra la empatía, amor y confianza; b) instrumental, se refiere a conductas directamente dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora; c) informativo, es recibir información útil para afrontar el problema; d) evaluativo, información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo cualquier aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información, en cuyo caso se trataría de apoyo emocional (García, 2003). En este tipo de pacientes los tratamientos han sido meramente clínicos, y escasamente interesados en lo que está más allá de los síntomas físicos, sino como una enfermedad que requiere de un enfoque multidisciplinario que demanda la consideración de los aspectos psicológicos, sociales y familiares. En torno a esto se han creado instrumentos que miden el apoyo social percibido por los pacientes.

II.3.3. Cuestionario de DUKE- UNC

Este cuestionario que integra la escala de DUKE-UNC, consta de 11 ítems que recogen valores referidos al apoyo afectivo y confidencial. El apoyo confidencial se valora a través de 5 ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9 y 11 del cuestionario, con puntuación total de 25. Se considera apoyo confidencial bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado. Para valorar el apoyo afectivo contamos con 6 ítems que se corresponde con las preguntas 1, 4, 6, 7, 8, y 10 del test, con puntuación total de 30. Si se obtiene más de 18 puntos habrá buen apoyo afectivo (Villarroel, 2008).

La mayoría de los instrumentos refieren tanto la descripción de las acciones de apoyo como la evaluación de las mismas. Los hay que formulan sus respuestas en términos de acuerdo y desacuerdo (Courneya y McAuley, 1995; Vaux *et al.*, 1986, Vaux, 1987) y sus ítems se refieren básicamente a la percepción de sentirse estimado y respetado. Otros combinan ítems de apreciación junto con acciones específicas de apoyo (Courneya y McAuley, 1995; Norbeck *et al.*, 1983; Musitu *et al.*, 2001) y el tipo de respuestas se refieren a cuánto podría ayudarle determinada persona (Norbeck *et al.*, 1983). Sarason *et al.* (1983) preguntan en

términos de satisfacción global con el apoyo prestado, y mantienen esta misma línea incluyendo ambos tipos de ítems, 10 de percepción de estima junto con ítems de apoyo emocional e instrumental más específicos (Terol, 2004).

En un estudio que se realizó en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social que se evaluó el funcionamiento familiar en pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria la evaluación se hizo con la escala de Espejel, sus resultados muestran que las familias nucleares extensas, el tipo de diálisis no influyó sobre el funcionamiento familiar, los indicadores con mayor significancia fue la comunicación y la expresión de afectos (Azcarate, 2006).

Otro estudio evaluó la disfunción familiar en pacientes con IRC, además de su efecto en la asistencia del paciente, se entrevistaron a 226 pacientes y se utilizó como instrumento de medición Apgar familiar, en el que se encontró que el 41% pertenecía a disfunción familiar; por lo tanto se determinó que la funcionalidad familiar es un factor que influye de manera importante en la asistencia del enfermo (Rodríguez, 2004).

Vargas (2009) presenta un estudio para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes con IRC en DPCA, mediante Apgar Familiar obteniéndose como resultado que el 58% tienen buena funcionalidad familiar, mientras que el 2.8% se encuentran en disfunción familiar leve, 3% disfunción familiar moderada y un 11% en disfunción familiar severa. Como se observa en la literatura no hay estudios de investigación en donde se relaciona la funcionalidad familiar y apoyo social en paciente con IRC en DPCA.

III. METODOLOGIA

III.1 Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio de tipo correlacional en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria del H.G.R.1. IMSS, delegación Querétaro, en el periodo septiembre a noviembre 2011.

El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula para estudios correlacionales simples:

$$N=3+K/C^2$$

En donde $K=(Z\alpha+Z\beta)^2= 6.2$ es de una cola

$$C= 0.5 \ln (1+r)/(1-r)= 0.5 \ln (1+0.4)/(1-0.4)=0.5(\ln 2.333)= (0.5)(0.847)=0.424$$

r = coeficiente de correlación esperado

$$n= 3+(6.2)/(0.424)^2=3+(6.2)/(0.179)=3+34.5= 37.5$$

Se realizó muestreo probabilístico aleatorio simple.

Se incluyeron pacientes con IRC que convivían por lo menos con un familiar mayores de 18 años hombres o mujeres. Se excluyeron pacientes con otro tratamiento sustitutivo de la función renal de menos de un mes de ingreso al programa y aquellos que no aceptaron participar en el estudio.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición:

Se midieron variables sociodemográficas (edad, escolaridad, género, estado civil, ocupación y estatus socioeconómico), perfil de funcionamiento familiar y apoyo social.

El estatus socioeconómico fue medido con el test de Graffar, el cual los clasifica en estrato alto (puntaje 4-6), medio alto (7-9), medio bajo (10-12), obrero (13-16) y marginal (17-20).

Para medir funcionalidad familia se utilizó la Escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel et al. (1985). Este instrumento tiene una confiabilidad de 0.9% y discrimina sensiblemente las familias funcionales de las disfuncionales, está compuesta por 40 reactivos que investigan 9 áreas, las cuales miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia son: 1. territorio o centralidad, 2. Roles, 3. Jerarquía, 4. Límites, 5. Modos de control de conducta, 6. Alianzas, 7. Comunicación, 8. Afecto y 9. Psicopatología. Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y 4 cuando es funcional. Las categorías 2 y 3 son intermedias. La cual las clasifica como funcionales con un puntaje de 50 y mayor a este como disfuncionales.

Para medir el apoyo social se empleó el cuestionario de Duck UNC-11, para valorar el apoyo global social el cual se analizó su confiabilidad en la población mexicana donde se obtuvo una consistencia interna global con el de Alpha Cronbach obteniéndose un valor global de 77%. El cuestionario consta de 11 ítems o unidades de información con una escala de respuesta de Lickert con puntuaciones de 1-5. El primer factor se denomina apoyo confidencial que es valorado por los ítems: 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10; el segundo factor denominado de apoyo afectivo es valorado por los ítems 3, 4, 5 y 11. Se considera apoyo normal Global (33-55), Afectivo (15-20) y confidencial (18-35), y bajo Global (11-32), Afectivo (4-14) y confidencial (7-17).

III.3 Consideraciones éticas.

Esta investigación se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2008. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, el cual firmaron por su aceptación.

Se garantizó la confiabilidad de estos resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

III.4 Análisis estadístico

El análisis estadístico: descriptivo, a través de promedios, desviación estándar, rangos, frecuencias y la correlación de pearson, con un nivel de confianza y valores estadístico significativo de una $p < 0.05$, con un nivel de confianza del 95%. Los resultados se plasmarán en cuadros y gráficos.

IV. RESULTADOS

Se incluyeron 38 pacientes con un promedio de edad de 53.15 ± 12.06 años, y rango de 32-76, con predominio del sexo femenino (52%), escolaridad primaria completa (44.7%), sin ocupación (52.6%), casadas(os) (76.3%) y estrato socioeconómico medio bajo (71.1%) (Cuadros IV.1 al IV.5).

Las familias disfuncionales correspondieron a un 78.8% con un IC 95% (17.8-42.2) y las funcionales con 21.1% e IC 95% (0.8-15.2) (Cuadro IV.6).

En las áreas de funcionalidad familiar, fueron funcionales la supervisión (76.3%) y el apoyo con 73.3% con un IC 95% (16.1 - 39.9), mientras que las áreas autoridad, control, afectivo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos resultaron disfuncionales (Cuadro IV.7).

Con respecto al apoyo social, predominaron el apoyo global y afectivo bajo en un con 84.2% y el apoyo confidencial bajo en 76.3% (Cuadro IV.8).

Se encontró correlación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y apoyo confidencial con una $r=0.32$ (Cuadro IV.9).

Cuadro IV.1 Frecuencia según género en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Género	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Femenino	20	52.6	36.7 a 68.5
Masculino	18	47.4	31.5 a 63.3
Total	38	100	

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

Cuadro IV.2 Frecuencia de la escolaridad en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Analfabeta	6	15.8	4.2 a 27.4
Primaria completa	17	44.7	28.8 a 60.5
Primaria incompleta	3	7.9	66 a 92
Secundaria terminada	9	23.7	10.2 a 37.2
Secundaria incompleta	1	2.6	12.1 a 39.9
Preparatoria completa	2	5.3	37.1 a 68.9
Total	38	100%	

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

Cuadro IV.3 Frecuencia según ocupación en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Sin ocupación	20	52.6	36.7 a 68.5
Ama de casa	17	44.8	28.9 a 60.5
Comerciante	1	2.6	12.1 a 39.9
Total	38	100%	

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

Cuadro IV.4 Frecuencia según estado civil en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Soltera	1	2.6	12.1 a 39.9
Casada	29	76.3	62.8 a 89.8
Divorciada	1	2.6	12.1 a 39.9
Viuda	7	18.5	6.1 a 30.7
Total	38	100%	

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

Cuadro IV.5 Frecuencia según nivel socioeconómico en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Alto	0	0	
Medio alto	0	0	
Medio bajo	27	71.1	56.7 a 85.5
Obrero	7	18.4	6.1 a 30.7
Marginal	4	10.5	0.8 a 20.2
Total	38	100	

* De acuerdo con Graffar

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

Cuadro IV.6 Frecuencia de funcionalidad familiar en pacientes con en diálisis peritoneal continua ambulatoria

Funcionalidad	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Funcional	8	21.1	8.1 a 34.1
Disfuncional	30	78.8	65.8 a 91.8
Total	38	99.9%	

*De acuerdo con el cuestionario de Espejel et al (1997)

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

Cuadro IV.7 Distribución de las áreas de funcionalidad familiar de acuerdo con el cuestionario de Espejel et al. En pacientes con IRC en DPCA.

Áreas de funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Autoridad			
Funcional	7	18.4	6.1 a 30.7
Disfuncional	31	81.6	69.3 a 93.9
Control			
Funcional	9	23.7	10.2 a 37.2
Disfuncional	29	76.3	62.8 a 89.8
Supervisión			
Funcional	29	76.3	62.8 a 89.8
Disfuncional	9	23.7	10.2 a 37.2
Afectivo			
Funcional	9	23.7	59.2 a 87.4
Disfuncional	29	76.3	62.8 a 89.8
Apoyo			
Funcional	28	73.3	59.2 a 87.4
Disfuncional	10	26.7	12.3 a 40.3
Conducta disruptiva			
Funcional	3	7.9	66 a 92
Disfuncional	35	92.1	83.5 a 100.7
Comunicación			
Funcional	8	21.1	8.1 a 34.1
Disfuncional	30	78.9	65.9 a 91.9
Afecto negativo			
Funcional	11	28.9	14.5 a 43.3
Disfuncional	27	71.1	56.7 a 85.5
Recursos			
Funcional	2	5.3	37.1 a 68.9
Disfuncional	36	94.7	87.6 a 101.8

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

Cuadro IV.8 Frecuencia según apoyo global en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Apoyo Social	Frecuencia	Porcentaje	IC al 95%
Global			
Apoyo normal	6	15.8	4.2 a 27.4
Apoyo bajo	32	84.2	72.6 a 95.8
Afectivo			
Apoyo normal	6	15.8	4.2 a 27.4
Apoyo bajo	32	84.2	72.6 a 95.8
Confidencial			
Apoyo normal	9	23.7	10.2 a 37.2
Apoyo bajo	29	76.3	62.8 a 89.8

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

Cuadro IV.9. Correlación y significancia entre funcionalidad familiar y apoyo social.

		Apoyo global	Apoyo afectivo	Apoyo confidencial
Funcionalidad familiar	Correlación	.25	.11	.32
	Significancia	.12	.48	.04*

Prueba de Pearson, $p < 0.05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos y entrevista realizada a usuarios del HGR 1, del IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de noviembre a diciembre del 2011.

V. DISCUSIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una complicación derivada de múltiples enfermedades. Las cifras de morbilidad y mortalidad en México son impresionantes, ya que es una de las principales causas de atención en hospitalización y urgencias; se considera una de las enfermedades más fatales en la actualidad por el número creciente de casos, sin embargo aún se carece de un registro exacto de pacientes con esta patología a nivel nacional, la última cifra mencionada por Méndez (2010) muestra una prevalencia de 1,142 por cada millón de habitantes en nuestro país.

En INEGI (2010) las estadísticas de mortalidad mostraron que la IRC fue, por sí misma, la décima primera causa de muerte a nivel nacional, dando origen a más de 11,950 mil fallecimientos. Además, los resultados de la UNAM permitieron estimar que aproximadamente 60 mil personas más mueren cada año por esta enfermedad (Ortiz, 2008). Por lo que es considerado un problema de salud pública. Se toma en cuenta que para el año 2025 habrá cerca de 212 mil casos y se registrarán casi 160 mil muertes a causa de esta patología (Vargas, 2009).

En México, en el año 2009, la insuficiencia renal ocupó el tercer lugar en el gasto por padecimiento dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con una inversión de 4,712 millones de pesos en tan sólo 4% de los derechohabientes, lo que representa un incremento del 27% con respecto al 2005.

La importancia de este estudio radica en determinar la correlación entre la funcionalidad familiar y el apoyo social en estos pacientes, sin embargo, se han realizado pocos estudios al respecto, considerando que no se le ha dado la importancia, porque son enfermos terminales y por lo que no se puede ofrecer solo tratamientos paliativos, sin importar los cambios generados en el ciclo vital, y dinámica familiar, además de carecer de apoyo social.

En 2004 el estudio donde se evaluó el funcionamiento familiar en pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria; con la escala de Espejel, la edad promedio fue de 45 años, y sexo masculino en mayor porcentaje que el femenino, predominaron las familias funcionales en un mayor porcentaje, que las disfuncionales, en un 27.2% y 9% respectivamente, los indicadores con mayor significancia fue la comunicación y la expresión de afectos (Azcarate, 2006).

Vargas (2009), presenta un estudio para evaluar la funcionalidad familiar en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, mediante Apgar familiar, se obtuvo como resultado, que el 58% tienen buena funcionalidad familiar, mientras que el 2.8% se encuentran en disfunción familiar leve, 3% disfunción familiar moderada y un 11% en disfunción familiar severa. Sin embargo en este estudio no se puede valorar la funcionalidad familiar, pues este instrumento solo mide la percepción familiar de cada integrante de la familia.

No obstante al contrario a lo referido en la literatura lo encontrado en este estudio la edad promedio fue de 53.15 ± 12.06 años, con predominio del sexo femenino (52%), escolaridad primaria completa (44.7%), sin ocupación (52.6%), casados(as) (76.3%) y estrato socioeconómico bajo (71.1%) en el cual se encontraron familias disfuncionales en un 78.8% y funcionales en el 21.1%, lo que podría sugerir, una relevancia ya que es de esperar que en un mayor porcentaje es disfuncional, pues se consideran familias las cuales pasan por crisis paranormativas recurrentes, considerando que son pacientes muy inestables en su comportamiento clínico. Dentro de las áreas supervisión (76.3%) y apoyo (73.3%) fueron funcionales, mientras que la autoridad, control, afectivo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos resultaron disfuncionales.

No hay estudios que relacionen el apoyo social con el funcionamiento familiar en pacientes con IRC en DPCA, es relevante mencionar que el apoyo social global, afectivo y confidencial resultaron bajos; sin embargo, este estudio muestra que si hay correlación entre la funcionalidad familiar y el apoyo

confidencial, es una realidad que si existe esta relación permite darse cuenta la existencia de una aprobación mutua de la conducta o puntos de vista del enfermo con los integrantes de la familia, presentando una funcionalidad dentro de la misma, adaptándose a una disfunción familiar funcional, sobrellevando las crisis paranormativas que genera el enfermo al presentar descontrol de la patología con frecuencia.

Sin embargo, al ingreso del paciente en cualquiera de los tratamientos sustitutivos de la función renal, ocasiona en la familia un consenso que los lleva a planear como dar atención al enfermo, trayendo consigo alteraciones en la vida cotidiana que pueden ir desde la economía familiar, el área laboral en la mayoría de los casos con la pérdida de su trabajo debido a las ausencias laborales, lo que origina la disminución de los ingresos económicos y sentimiento de no ser útil así mismo a su familia (Rodríguez, 2006).

Estos pacientes que presentan esta patología, sufren alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares de forma importante, impactando en el plano psicológico sobre su imagen y estima del paciente, quien al verse obligado a depender del cuidado de familiares o personal especializado y haber cambios de su estilo de vida, puede asumir desde una actitud pesimista y fatalista hasta una conducta agresiva o francamente psicopatológica (Azcarate, 2006). Esto orienta que en forma urgente a tomar decisiones para valorar lo que ocurre dentro de las familias de estos pacientes, así como del apoyo social recibido, sin embargo en México se han realizado pocos estudios de investigación al respecto.

Como se observa la edad promedio con IRC en DPCA, se considera que se encuentran en la etapa del ciclo vital donde los hijos abandonan el hogar para formar su propias familias, lo que ocasiona que las parejas vivan solas, y esto aunado a la presencia de la una enfermedad crónica afectando aspectos importantes de la vida y la familia (Vanaccia, 2005), en una fase crítica se asumen diferentes estrategias de afrontamiento, la más frecuente la negación, y en busca de información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar, posteriormente el

paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad y aparecen los sentimientos depresivos, lo que origina crisis paranormativas recurrentes. El proceso de enfermedad familiar puede traer diferentes significados, evitación de conflictos, escape de problemas, pautas repetitivas, comunicación de malestar. En la esto genera movilización de las interacciones y relaciones en busca de sustentar las crisis, a mayor nivel de individualización tenga la familia menor será el grado de estrés. Las familias disfuncionales ante las crisis tienden a la protección excesiva (Moreno, 2001). Así mismo, a esta edad, es difícil que el paciente se someta a una dieta rígida y restrictiva, al ignorar y vivir la diálisis como su máquina lavadora, que le reparara cualquier exceso. Pues se tiene poco conocimiento de las terapias de reemplazo de la función renal, la escolaridad es importante ya que si en un mayor porcentaje la primaria completa predomino es de esperar que no comprendan la importancia que tiene el llevar a cabo una buena diálisis y un desconocimiento total de la misma, lo que lleva a un mal control hidroelectrolítico y metabólico, aumentando los ingresos al servicio de urgencias y hospitalización.

Mientras que el predominio del género femenino, en comparación con la literatura, contribuye a pensar que repercutirá en la educación de los hijos, labores domesticas y la relación de pareja, ya que en un 30- 50 % de estos pacientes presentan disminución del deseo sexual, afectando su relación y un descenso en la calidad de vida, las causas pueden ir desde las alteraciones orgánicas y psicológicas, las cuales se viven como una vejez prematura y una muerte que se aproxima (Fernández, 2005). Ante esta situación es muy importante para los pacientes en tratamientos crónicos ya que se ha demostrado que una relación no adecuada entre la pareja se va a traducir en un aumento de la morbilidad de los cónyuges (Ruiz, 2008). La periodicidad de las diálisis supone para el enfermo el constante enfrentamiento a la enfermedad sin favorecer la elaboración del duelo, mantiene y provoca un duelo permanente y una ansiedad constante. De siempre el cuidado de los enfermos ha sido tarea femenina. También la familia desempeña un papel importante en el soporte y apoyo del El ama de casa es la persona capaz de estar todo el día a la cabecera del doliente, el

marido sea el que provee la economía familiar deslindaría la responsabilidad a sus hijas en caso de que las hubiese (Cubedo, 2005) aunque a veces potencia los sentimientos de inutilidad y actitudes regresivas, por lo tanto el paciente se resiste a esta sumisión y lucha para reivindicar su propia autonomía e independencia.

La familia siempre está inmersa dentro de alguna de las etapas del ciclo vital cumpliendo con las tareas necesarias para ella, por lo tanto de forma inevitable la llegada de una enfermedad coincidirá con uno u otro momento del ciclo evolutivo y el impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y al miembro al que le ocurra; de tal manera que no es lo mismo una enfermedad crónica en el esposo económicamente activo en la etapa de dependencia de los hijos, que en el cónyuge en fase de nido vacío (Huerta, 2010).

La enfermedad crónica en el adulto es vivida por el sistema familiar como una crisis mayor, ya que se necesita que alguien lo cuide y además lo sustituya en sus funciones afectivas, de autoridad o de proveedor a las necesidades de la casa (Navarro, 2004).

El nivel cultural y educativo es muy importante en la percepción de la enfermedad, y la valoración de los recursos para hacerle frente e incluso para una adhesión adecuada al tratamiento, en pacientes con IRC en DP es importante el estatus socioeconómico. Ya que tiene una relación directa con el número de peritonitis, condición para una mayor morbilidad (Ruiz, 2008). La escolaridad es importante ya que si en un mayor porcentaje la primaria completa predomina es de esperar que no se comprenda la importancia que tiene el llevar a cabo una buena diálisis y un desconocimiento total de la misma, lo que lleva a un mal control hidroelectrolítico y metabólico, aumentando los ingresos al servicio de urgencias y hospitalización.

Se ha demostrado que el estado civil, y apoyo social tienen relación en la enfermedad crónica, ya que las personas casadas disponen de mejores condiciones de apoyo social y familiar, que las viudas, solteras o divorciadas, lo

que influye significativamente en el afrontamiento de la enfermedad (Alarcón, 2009).

Sin embargo, el ambiente social es un factor importante a tener en cuenta en la salud y el bienestar de los individuos, y que tiene un efecto positivo el recibir apoyo social como medio para afrontar los sucesos vitales negativos, es decir, cuanto mayor sea el apoyo que recibe y percibe una persona en forma de relaciones sociales, mejor será su calidad de vida. Existen dos teorías que explican el efecto del apoyo social: a) La teoría del efecto principal, en la que el apoyo social actúa como variable antecedente, es decir, el dispone de una red de ayuda conlleva un sentimiento de control sobre su situación y b) y la del efecto amortiguador en la que el apoyo social actúa como variable intermedia, protege a los individuos de los efectos negativos del estresor favoreciendo los procesos de afrontamiento y aceptación (Ultrillas, 2002).

Por lo tanto es relevante que el apoyo social, Taylor (1999), aduce que los grupos de apoyo social representan un recursos para el enfermo crónico, pues en ellos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad, no solo representa el pertenecer a un grupo con algún interés en común o recibir apoyo material, sino en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo, familia, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, le brinda (Cantú, 2011).

VI. CONCLUSIONES

- a) El Perfil de Funcionamiento Familiar en el mayor porcentaje fue disfuncional.

- b) En las áreas de supervisión y apoyo se presentó funcionalidad familiar, mientras que las de autoridad, control, afectivo, conducta disruptiva, comunicación y afecto resultaron disfuncionales.

- c) El apoyo global, el afectivo y el confidencial fueron bajos.

- d) Hubo correlación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y apoyo confidencial con $r=0.32$.

VII. PROPUESTAS

La impartición de talleres a partir del aprendizaje basado en la experiencia, de pacientes que ya se encuentran en tratamiento sustitutivo de la función renal, para que den a conocer su experiencia de vida ante tal complicación.

Dar a conocer a la familia la importancia del apoyo que brinde para el manejo de la patología del paciente, ya que no sólo se beneficia el paciente sino toda ella.

Creación de fuentes de apoyo social más solidas dentro de la sociedad y de la familia, dentro de la primera realizando medidas de prevención diseñando trípticos explicando la definición, causas, fisiopatología, diagnostico y tratamiento de la insuficiencia renal crónica , para crear conciencia sobre la enfermedad para cuando se enfrente a ella, además de contactar a las instituciones gubernamentales u organizaciones civiles dedicadas al apoyo de este tipo de pacientes ya existentes, para hacer la referencia cuando sea necesario, en sus estadios más avanzados, o formar un grupo de familias de estos pacientes, para que se apoyen mutuamente, creando terapias de grupo, dispensario médico, convivencia familiar, fortalecer sus lazos entre los pacientes, y saber que no se encuentran solos, y darse cuenta que no son los únicos que están pasando por esta situación, así mejorando su actitud ante la vida y a la enfermedad misma.

Dentro de la familia crear un programa de apoyo con terapia familiar y no solo al paciente, orientando de manera integral, la forma de afrontamiento de la enfermedad, considerando que son pacientes dependientes de la familia, sin generar ingresos económicos, y al mismo tiempo, compartiendo múltiples responsabilidades que afectan a cada integrante de la familia, presentando conflictos personales, familiares y sociales. Teniendo un gran impacto en la funcionalidad familiar.

No se lleva a cabo un sistema adecuado para la detección temprana de la insuficiencia renal crónica, a pesar de que existe ampliación de las Guías de Práctica Clínica para primer nivel de atención, por lo que la capacitación a los médicos, en la prevención y control de estos pacientes, con envío oportuno a segundo nivel es esencial.

Es una realidad que no se da la importancia al entorno familiar, y al apoyo social requerido en situaciones que agobian a la familia y al enfermo en estadios terminales, creando una esperanza en nosotros trabajadores de la salud, sin embargo en muchas ocasiones solo los tratamos como seres individuales olvidándonos que atrás de ese ser humano, hay personas que hacen lo posible por el bienestar de su paciente.

IX. LITERATURA CITADA

- Alarcón I, Farías D, Barrios S. 2009. Factores que influyen en la percepción de la calidad de vida de personas adultos bajo terapia de sustitución renal. *Horiz Enferm*; 20 (1): 57-65.
- Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. 2008. *Medicina familiar*. 1ª edición. Editorial Corinter: 205-338.
- Azcarate E, Ocampo P, Quiroz J.R. 2006. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal intermitente y ambulatoria; 8(2):97-102.
- Cantú GR, Uribe AB, Cirlos MC. 2011. Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*; 21 (1): 91-102.
- Contreras DC. 2011. Citado (18-12-2011): www.tisoc21sl.com/el-rincon-del-coach/apoyo-social.php?11.
- Cubedo R. 2006. La dependencia de los enfermos terminales: cuidados profesionales y familiares. Citado: (30-11-12) estaticos.elmundo.es/elmundosalud/documentos/2006/03/fund.pdf.
- Domínguez OM. 2008. Estudio de insuficiencia renal crónica en atención mediante tratamiento de sustitución. *Secretaría de innovación y calidad*; 5-224.
- Espejel Emma Aco y Cols. 1997. *Manual Para Escala de Funcionamiento Familiar*. Primera ed. Tlaxcala, Tlax. México; Pág.49-64.
- Estévez E, Musitu G, Herrero J. 2005. El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*; 28(4): 81-89
- Estrada L. 1997. *El ciclo vital de la familia*. Editorial Grijalba: 17-147.

- Estudillo W, Casado RA, Mandinueta AC. 2005. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. 1ª edición. Editorial SOVPAL. España.
- Fernández SR, Martín AA, Barbas GM, González FM, Alonso A, et al. 2005. Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Angiología* ; 57 (supl 2): 85-98.
- García Herrera Ángel. 2003. El apoyo social. No. 53 Epoca II Febrero. 1-4.
- González CM, González GS. 2008. Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Rev. Mex. Orient. Educ*; VI (5):1-6
- Huerta FC, 2010. Reorganización, funcionamiento y adaptación familiar en le insuficiencia renal crónica. Tesis de licenciatura. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Huerta J. 2000. Medicina Familiar. La Familia en el proceso salud-enfermedad. *Med. Fam. Edit. Alfil*: 9-57
- IMSS. 2009. Guía de Práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. Citado: (13-12-11) www.imss.gob.mx/profesionales/guias:clinicas/gpc.htm.
- INEGI 2008. Defunciones Generales por Principales causas de muerte 2008. Santiago de Querétaro. Citado (15-12-11) www.inegi.org.mx/serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/agenda/2010/Agenda_2010.pdf.
- INEGI 2010. Defunciones Generales por Principales causas de muerte. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?L0demo107&s=es&=23587>.
- Irigoyen C. 2005. Nuevo diagnóstico familiar. 1ª ed. Edit. Medicina Familiar Mexicana: 45-93.

- Irigoyen. 2004. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. *Medicina Familiar Mexicana*; 2: 34-37
- López-Cervantes M; Rojas-Russell ME; Tirado-Gómez LL; Durán-Arenas L; Pacheco-Domínguez RL; Venado-Estrada AA; et al. 2009. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. Facultad de Medicina, *Universidad Nacional Autónoma de México*.
- Martínez HR, Cueto AM, Rojas E, Cortés L. 2011. Estrategias para la prevención diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana en primer nivel de atención. *Rev El residente*; VI (1):44-50.
- Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PJ, Rodríguez LJ. 2008. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Primera edición. Editores de textos mexicanos; 73-150.
- Méndez A, Méndez FJ, Tapia T, Muñoz A, Aguilar L. et. Al. 2010. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Rev. Elsevier DOYMA*; 31(1):7-11.
- Moreno TL. 2001. Las pautas de apoyo y cuidado familiar ante el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Tesis de licenciatura. Universidad de la Sabana, Santafé de Bogotá.
- National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. 2002. *Am. J. Kidney Dis.* Feb; 39(2 Suppl 1):S1-266.
- Quiroz N, Villatoro J, Juárez F, Gutiérrez M, Amador N, Medina M. 2007. La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud Mental*; 30(4): 47-5.

- Ramírez M, Ortega JL. 2008. Evaluación de los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica, sala 9B, Hospital Universitario. *Rev Cub Enfermer*; 23 (1): 1-9.
- Retano L, Covarrubias E. 2004. Retos que enfrentan las madres de familia con un hijo que presenta capacidades diferentes. Tesis presentada en Universidad de Colima para obtener el título de maestra en trabajo social con orientación en desarrollo humano y familia. (Tesis no publicada). Noviembre, Colima.col.
- Reyes A.2003. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis. Escuela Nacional de Salud Pública. Nov; 3-37.
- Rodríguez AG, Rodríguez AI.2004 Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Med IMSS*; 42(2):97-102.
- Rodríguez A, García M, Hernández P, Ramírez J, Padilla J, Ponz E, et al. 2001. Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal retirada de diálisis bajo protocolización. *Nefrología*.XXI (2):1-10.
- Ruiz GR, Minguela PI, Ocharán LJ, Gimeno MI, Chena AA. 2008. El entorno social de los pacientes en diálisis peritoneal. *Nefrología*; Supl (6): 133-136.
- Santelices MP, Garrido L, Fuentes M, Guzmán M, Lizano M. 2009. Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Univ. Psychol*; 8 (2): 413-422.
- Suarez M. 2006. El médico familiar y la atención a la familiar. *Rev Paceyña Med Fam*; 3(4): 95-100.
- Terol M, López S, Carmen M, Rodríguez J, Pastor Á, Martín M.et.al.2004. Apoyo social en instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*; 35:23-45.

- Treviño A. 2009. Tratamiento sustitutivo en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. Rev Cir Ciruj; 77:411-415.
- Utrillas SM, Vidal SE. 2002. Apoyo psicológico al paciente renal. Rev Esp Enfermería Nefrológica; 18: 65-67.
- Vargas JJ, Ibañez EJ, Jiménez D. 2003. Redes de apoyo en proceso de la enfermedad crónica. Revista electrónica de psicología iztacala. 6 (2): 1-28 www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num1/art5-n1-05.pdf
- Vargas M, Cerino G, Palma E, Vargas E. 2009. Funcionalidad familiar en los pacientes del programa de diálisis peritoneal al través del método de Apgar familiar. Revista Electrónica de Portalesmedicos; Dic: 1-3. (www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1892/3/Funcionalidad-familiar-en-los-pacientes-del-Programa-de-Dialisis-Peritoneal-a-traves-del-metdodo-apgar-familiar).
- Villaroel Z. CR .2008. Redes de apoyo social y calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital Obrero no.2 de la caja nacional de salud. Dic: 21-25.
- Vinaccia S, Orozco LM. 2005. Aspectos psicológicos asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Perspectivas en Psicología; 1 (2): 125-137.

X. APENDICE

Escala de Funcionamiento Familiar

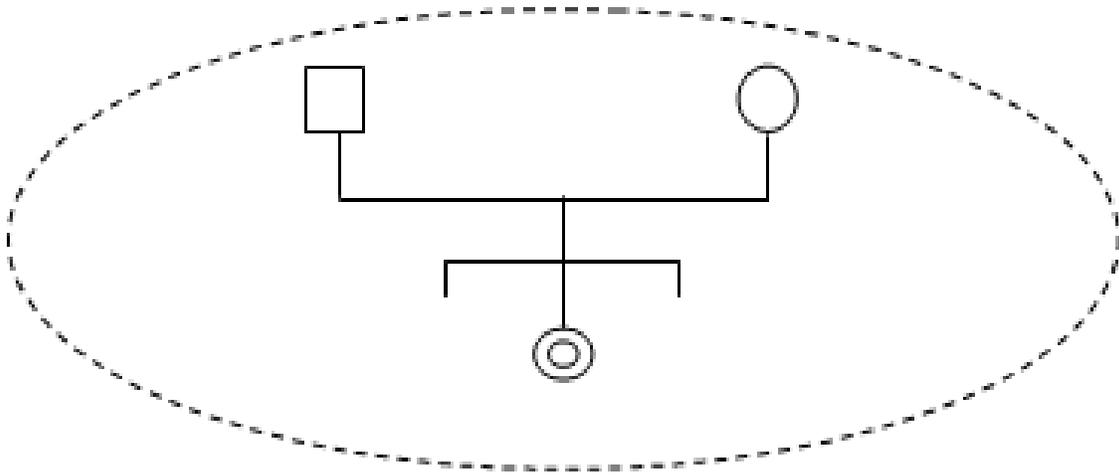
Familia: _____
Tiempo de Unión: _____ Edad del primer hijo(a): _____
Ingreso Familiar: _____
Ingreso per cápita _____

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación Económica A la Familia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Descripción de la vivienda:

Observaciones:

Familiograma



Instrucciones para el examinador: marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3. En su familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver televisión, ¿quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5. ¿Quién o quiénes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6. ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7. En los problemas de los hijos, ¿quién o quiénes interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

No existen horarios

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a uno de los hijos, ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

No ha sucedido

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa ¿a quién se le avisa?

Quién invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nunca invitan

Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién sustituye a quién, para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14. En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quién? ¿A quién se pide permiso?

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

16. Cuando alguien comete una falta, ¿quién y cómo castiga?

Quién castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿quién pide ayuda? ¿A quién se le pide ayuda?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién o quiénes lo hace?

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que no lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

No

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quién o a quiénes se les hace saber con claridad?

Quiénes acuerdan	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia, ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

FRECUENCIA

Instrucciones para el examinador:

A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro

Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.), ¿quién los ha tenido?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

Función

SUMA

Autoridad
Control
Supervisión
Afecto
Apoyo
Conducta disruptiva
Comunicación
Afecto negativo
Recurso

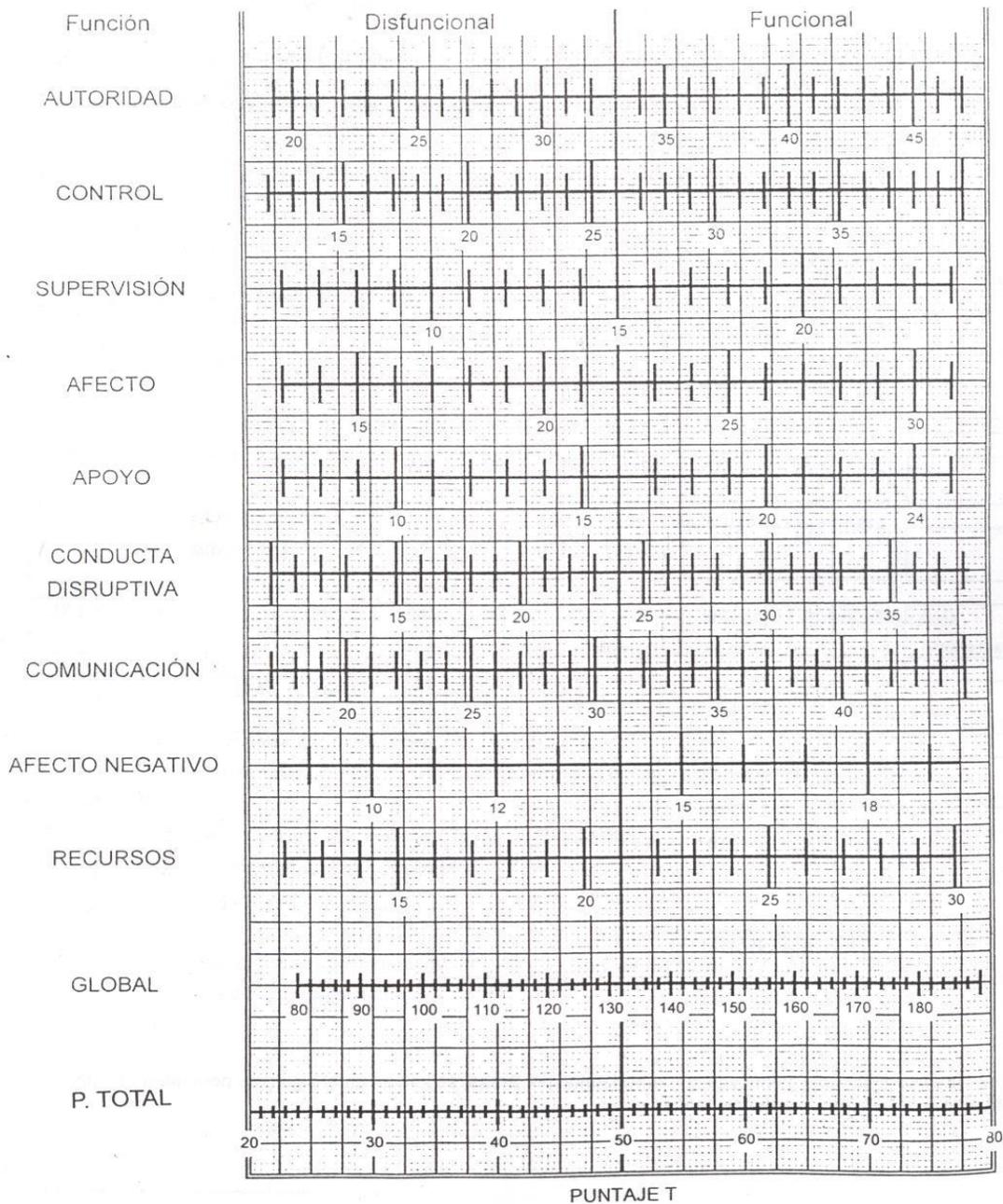
1	3	4	5	11	12	14	28	39	40
8	10	17	26	31	34	35	40		
16	25	26	28	30					
22	23	24	27	31	32	33			
7	16	18	20	39	40				
5	9	36	37	38	39	40			
4	10	15	18	19	21	22	36	38	
6	15	29	34						
2	12	13	14	17	40				

PUNTAJE GLOBAL

Perfil de funcionamiento familiar

Familia: _____ Fecha de aplicación: _____
 Tiempo de formada: _____ Años Etapa de ciclo vital: _____
 Nivel socioeconómico: _____ Número de miembros: *Adultos* _____
 Adolescentes: _____ Niños _____ Tipo de familia: _____

64



TABLAS DE CONVERSION

		DIGIFUNCIONAL										FUNCION														
P.C.	20	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	P.C.	
P.G.	80	84	82	96	100	104	102	112	113	120	124	123	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	P.G.
P.T.	24	25	28	30	32	34	35	38	40	42	44	45	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	P.T.
P.C.	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	P.C.	
P.G.	65	62	66	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	P.G.	
P.T.	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	P.T.	
P.C.	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	P.C.	
P.G.	102	106	114	120	126	132	136	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210	216	222	228	234	240	P.G.	
P.T.	35	38	41	44	47	50	53	57	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	101	104	P.T.	
P.C.	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	P.C.	
P.G.	90	96	102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210	216	222	228	P.G.	
P.T.	29	32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	P.T.	
P.C.	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	P.C.	
P.G.	56	102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210	216	222	228	234	P.G.	
P.T.	32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	101	P.T.	
P.C.	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	P.C.	
P.G.	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	184	188	P.G.	
P.T.	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	P.T.	
P.C.	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	P.C.	
P.G.	98	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	P.G.	
P.T.	26	25	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	P.T.	
P.C.	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	P.C.	
P.G.	92	102	112	122	132	142	152	162	172	182	192	202	212	222	232	242	252	262	272	282	292	302	312	322	P.G.	
P.T.	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	P.T.	
P.C.	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	P.C.	
P.G.	56	102	108	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210	216	222	228	234	P.G.	
P.T.	32	35	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	101	P.T.	

Fuente: Orinco, P.C.

CUESTIONARIO DE DUCKE UNC-11

Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según la escala.	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando agobien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales o familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Apoyo social	Global	Afectivo	Confidencial
Normal	33 a 55	15 a 20	18 a 35
Bajo	11 a 32	4 a 14	7 a 17

Cuestionario de Graffar

VARIABLES	Puntaje	Ítems
1. Profesión del jefe de familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Estrato	Total de Puntaje Obtenido
I	4,5,6
II	7,8,9
III	10,11,12
IV	13,14,15,16
V	17,18,19,20