

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



TESIS

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA INTEGRADOS A UN PROGRAMA
DE DIALISIS PERITONEAL DE LA UMF 75 DEL IMSS”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCOYOTL**

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

**PRESENTA
M.C. PÉREZ HERNÁNDEZ MÓNICA YURIDIA**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. EDGAR RUBEN GARCIA TORRES**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. PIMENTEL RAMÍREZ MARÍA LUISA
E.M.F. LEON OJEDA NORA BEATRIZ
E.M.F. REYES JIMENEZ OLIVIA**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD
RENAL CRONICA INTEGRADOS A UN PROGRAMA DE DIALISIS
PERITONEAL DE LA UMF 75 DEL IMSS”**

AUTORIZACIONES

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación No. 1408 del IMSS.

Asignándole el número _____

Dra. Alma Luisa Lagunes espinosa
Coordinador delegacional de Educación en Salud

Dra. Nora Beatriz León Ojeda
Coordinador Clínico de Educación e Investigación
en salud UMF No. 75

Dr. Edgar Rubén García Torres
Coordinador de Residencia en medicina Familiar UMF. No. 75

Dr. Roberto Herver Díaz
Director UMF No. 75

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá Epifania

Por darme la vida, por su apoyo incondicional en todo momento, por creer en mí, por brindarme la oportunidad de estudiar y conseguir una carrera profesional con muchos sacrificios, por sus consejos y valores, por la motivación constante; que en general me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor incondicional de madre.

A mi esposo José Francisco

Por su gran amor y comprensión desde que inicie este largo camino para mi formación profesional, por entenderme hasta en los momentos más difíciles, por brindarme su apoyo incondicional y sobre todo darme ánimos cuando más lo necesitaba. Por ser mi otra mitad.

A mi hijo Francisco Javier.

Por ser lo más grande que la vida me ha dado, porque desde que naciste has sido y serás la razón para seguir adelante y nunca dejarme vencer ante las adversidades por difíciles que sean. Por ser el motor que impulsa la gran mayoría de mis acciones, Por ser la luz en mi vida.

A mi hermana Pilar

Por su cariño fraterno, por ser un ejemplo en mí vida, por su perseverancia y constancia que me han motivo para mi formación profesional, por apoyarme siempre cuando lo he necesitado.

A mis amigos y profesores

Por brindarme su amistan incondicional, por su apoyo mutuo en nuestra formación profesional. A mis maestros por brindarme su conocimiento y experiencia para formarme como un buen médico.

ÍNDICE

Cap	Pagina
I.- MARCO TEÓRICO	6
I.1.- Enfermedad renal crónica	7
I.2.- Funcionalidad familiar	8
I.3.- Marco contextual	9
I.4.- ERC y funcionalidad	11
I-5.- Antecedentes científicos	13
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
II.1 Argumentación.	
II.2 Pregunta de Investigación.	
III.- JUSTIFICACIONES	16
III.1 Académica.	
III.2 Científica.	
III.3 Social.	
III.4 Económica.	
IV. HIPÓTESIS	17
IV.1 Elementos de la hipótesis.	
IV.1.1 Unidades de Observación.	
IV.1.2 Variables.	
IV.1.2.1 Dependiente.	
IV.1.2.2 Independientes.	
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.	
V. OBJETIVOS	18
V.1 General.	
V.2.Específicos.	
VI. MÉTODO.	19
VI.1 Tipo de estudio.	
VI.2.Diseño del estudio.	
VI.3 Operacionalización de variables.	20

VI.4 Universo de Trabajo.	22
VI.4.1 Criterios de inclusión.	
VI.4.2 Criterios de exclusión.	
VI.4.3 Criterios de eliminación.	
VI.5. Instrumento de Investigación	24
VI.5.1 Descripción	
VI.5.2 Validación	
VI.5.3 Aplicación	
VI.6 Desarrollo del proyecto	26
VI.7 Límite de espacio	27
VI.8 Límite de tiempo	
VI.9 Diseño de análisis	
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.	28
VIII. ORGANIZACIÓN	29
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
X.- CUADROS Y GRÁFICOS	34
XI.- CONCLUSIONES	48
XII.- RECOMENDACIONES	50
XIII. BIBLIOGRAFÍA	52
XIV. ANEXOS	54

I.- MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes ¹; tan solo durante 2005, los datos de mortalidad oficiales generados por INEGI consignaron 12,162 muertes atribuidas a enfermedad renal crónica terminal (ERCT). No obstante, de acuerdo con el análisis realizado en las bases de datos del Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones (SEED), ese año ocurrieron otras 61,637 defunciones en personas con ERCT ²; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias ¹.

Está considerada como una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución ¹. Así como el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar ³.

El enfermo portador de ERC experimenta alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares importantes. En el plano familiar la enfermedad crónica genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar ³.

Desafortunadamente cuando el tratamiento es complicado o costoso, generalmente el cuidador termina por ser un miembro periférico para el sistema familiar, además de aparecer conductas disfuncionales, en otros miembros de la

familia. No es posible determinar cuando comenzaron a tomarse en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad crónica, sin embargo, existen múltiples reportes nacionales e internacionales que demuestran su influencia no sólo sobre la calidad de vida del enfermo y la familia, sino en la evolución y eficacia de la terapéutica empleada ⁴.

Enfermedad Renal Crónica

En el año 2002, la National Kidney Foundation, en las guías K/DOQI, definió a la enfermedad renal crónica como la disminución de la función renal expresada por una TFG menor de 60 mL/min/1.73 m SC o como daño renal durante más de tres meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal ⁵.

La enfermedad renal crónica es un proceso fisiopatológico con múltiples causas, cuya consecuencia es la pérdida inexorable del número y el funcionamiento de nefronas, y que a menudo desemboca en enfermedad renal terminal ⁶.

A su vez, la enfermedad renal terminal es un estado o situación clínicos en que ha ocurrido la pérdida irreversible de función renal endógena, de una magnitud suficiente para que el sujeto dependa de forma permanente del tratamiento sustitutivo renal (diálisis o trasplante) con el fin de evitar la uremia, que pone en peligro la vida ⁶. Las metas de la terapia de reemplazo renal son: prolongar la vida, controlar los síntomas de la uremia y regresar al paciente a su funcionamiento premórbido, con un adecuado desempeño en las actividades de la vida diaria ⁷.

Diálisis peritoneal: proceso de intercambio de solutos y fluidos a través de la membrana peritoneal, que sirve como la superficie dialítica. Por medio de difusión y movimientos de los solutos, la urea, la creatinina y el potasio pasan a la cavidad peritoneal, mientras que el bicarbonato y calcio fluyen en sentido inverso a través de un gradiente de concentración y por convección. Los procesos empleados son:

diálisis peritoneal ambulatoria continua y diálisis peritoneal con ciclaje automatizado continuo ⁷.

Un programa de diálisis peritoneal se caracteriza por ser un medio eficiente de empleo de recursos destinados al tratamiento sustitutivo renal y potenciar la autonomía del paciente. Antes de iniciar un programa de diálisis peritoneal debe realizarse un plan funcional que comprenda: criterios de selección de pacientes, dotación mínima (física y personal especializado), previsión del despliegue del programa y la protocolización del procedimiento, Montenegro(1998). El éxito de un programa de diálisis peritoneal dependerá de gran medida de la correcta selección del paciente, Baxter (2000) que incluye criterios clínicos y sociales, en relación a estos, se encuentran determinados por las condiciones físicas, ambientales y el apoyo familiar ⁸.

Funcionalidad familiar

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad ⁹.

Se identifica el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base ⁹.

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la

desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar ¹⁰.

En cuanto a funcionamiento familiar Sinche (2006) refiere que está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia. El estudio de la dinámica familiar ayuda a comprender mejor los componentes, funciones e interacciones al interior de la familia. Estos conocimientos son de gran utilidad para los equipos de atención primaria, la familia funciona como un sistema en el cual los elementos constituyentes interactúan entre sí, al mismo tiempo que interaccionan con la comunidad ellos como un todo, e individualmente cada uno de los miembros ⁸.

Las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica ¹¹.

1.3 MARCO CONTEXTUAL

La Enfermedad Renal Crónica es un problema de salud pública observado con mayor incidencia en los hombres que en las mujeres (relación 2:1) y que está teniendo en el mundo una tendencia creciente debido fundamentalmente, a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus ¹². Se estima que 10% de la población mundial tiene ERC y 90% de las personas que la padecen no lo saben. ¹

A nivel mundial existen actualmente dos millones de personas con ERCT y, ¹³ alrededor de 1,5 millones de pacientes en el mundo están en diálisis o con trasplante renal, los cuales se duplicarán en los próximos 10 años ¹⁴ y; que en la

presente década se requerirá más de un billón de dólares para su tratamiento. El elevado costo del tratamiento de la ERCT representará un importante reto para los sistemas de salud, en especial los de los países en desarrollo ¹³.

La enfermedad renal crónica tiene una prevalencia de 0.92 personas afectadas por cada mil habitantes. A medida que pasan los años es notable el aumento de la incidencia, con un comportamiento epidémico en crecimiento a nivel mundial. Considerada la 7a causa de muerte ³.

En México reportes emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social estima una incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52,000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes se atienden en esta institución. Se registró un incremento de 92 pacientes por millón de habitantes (ppmh) en 1999 a 400 ppmh en el 2008 ⁵.

La diabetes mellitus ocupa el primer lugar entre las causas de enfermedad renal crónica en México. De acuerdo con diversos estudios, en el año 2009 el daño renal ocupó en el IMSS el tercer lugar en el gasto por padecimientos, con una inversión de 4,712 millones de pesos en tan sólo 4% de los derechohabientes, lo que representa un incremento de 27% con respecto al 2005. La Secretaría de Salud informó, en 2009, que sólo 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 que quizá ascenderá a 33,000 millones de pesos si se atendiera al 100% de los pacientes que lo requieren. Para el año 2012, de acuerdo con lo establecido por el Foro de Alto Nivel sobre Estrategias y Prevención de la Diabetes en México, al incrementar en 60% el gasto en prevención de complicaciones podrían ahorrarse 100,000 millones de pesos en el año 2050 ⁵.

En 2005, las estadísticas de mortalidad mostraron que la ERCT fue, por sí misma, la décima causa de muerte a nivel nacional, dando origen a más de 10 mil fallecimientos. Además, los resultados del estudio Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México, editado por el epidemiólogo

Malaquías López, la Facultad de medicina de la UNAM, estima que alrededor de 60 mil personas más mueren cada año por esta enfermedad aunque otra condición sea registrada como la principal causa de muerte, además revela que actualmente existen más de 129 mil pacientes en la etapa terminal de esa patología, que requieren diálisis para mantenerse con vida, pero menos de la mitad – 60 mil– reciben tratamiento ².

El problema de la ERCT ya posee dimensiones alarmantes y las proyecciones elaboradas por la UNAM (estimación de un diagnóstico elaborado por 12 especialistas coordinados por Malaquías López Cervantes, epidemiólogo de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM) apuntan a que el número de casos de ERC continuará en aumento si las condiciones actuales persisten, para el año 2025 habrá cerca de 212 mil casos y se registrarán casi 160 mil muertes relacionadas a dicha enfermedad ².

1.4 ERC Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El enfermo portador de ERC experimenta alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares importantes: En el plano psicológico la enfermedad impacta sobre imagen y estima del paciente, quien al verse obligado a depender del cuidado de familiares o personal especializado y haber modificación de su estilo de vida, puede asumir desde una conducta agresiva o francamente psicopatológica, pasando por periodos de distimia y depresión: condición que tiene una repercusión importante sobre las relaciones que establece con familiares, compañeros de trabajo y personal de salud ⁴.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación, Campbell TL, Ramsey C. Citado por palomino (2006). Esto depende de si la familia es disfuncional o por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social, Carballo (2008) ⁸.

Existen dos momentos críticos que exponen al enfermo y a su familia a un mayor sufrimiento. El primero es cuando se le informa de su entrada en diálisis, y segundo, la propia entrada, siendo para la mayoría de los pacientes, ésta última, la que los lleva a percibir su futuro tratamiento como algo negativo, como el final, como el fracaso del esfuerzo realizado (Marin y Mas Hesse, 1998) ¹⁵.

De ahí que, los esfuerzos realizados por los pacientes parecen nulos a la hora de relacionarlos con los estándares de vida que ellos creen que volverán a tener, puesto que, en muchos casos, este resultado no es el esperado, porque, comienza la reducción de las actividades, en algunos casos, se suspende la vida laboral con la consiguiente reducción del círculo social, se pierde en parte, el poder adquisitivo y aparece un cambio en el tiempo libre, que, con frecuencia, está vacío. (Marin y Mas Hesse, 1998) ¹⁵.

En la medida en que el paciente y/o su familia cumplan o se adhieran a las indicaciones terapéuticas se verán reflejados los esfuerzos por disminuir el riesgo de complicaciones en el procedimiento, de ahí lo que señala Martin (2008), la formación de los pacientes en diálisis peritoneal automatizada al igual que diálisis peritoneal ambulatoria continua, se implicaba a la familia en la enseñanza a pesar de ser paciente autosuficiente ⁸.

Desde el punto de vista práctico se ha podido observar en la labor profesional, las peculiaridades de las familias de estos pacientes en cuanto al nivel de demanda que se les impone, no solo por ser consideradas como familias con exigencias adicionales al contar en su seno con un paciente afectado por un proceso crónico, sino además, por asumir ciertos roles característicos de las familias de enfermos con ERCT en nuestro medio (siempre acompañan al paciente al tratamiento, pues como se prioriza en muchas ocasiones su atención médica, alguno de sus miembros se desvincula del trabajo para ocuparse de atenderle).Dicha situación puede conducir a una disfuncionalidad familiar sino se afronta convenientemente el hecho de tener a una persona enferma crónica en su seno ⁹.

La mayoría de las investigaciones al respecto se realizan en familiares de los niños con ERC, por su mayor influencia en la evolución de los pequeños. También

se destacan las evaluaciones del impacto de la diálisis ambulatoria en los miembros de la familia, así como la vinculación de esta en el proceso de apoyo social ⁹.

1.5 ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En uno de los estudios más recientes, donde se evalúa la estructura familiar de 74 pacientes afroamericanos de procedencia urbana, con tratamiento hemodialítico, señala que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis. De igual manera refiere que en 500 familias de pacientes afroamericanos de Washihgton y Filadelfia, en las que se evaluó el funcionamiento familiar y la adaptación a la enfermedad, los datos revelaron después de 3 años de seguimiento que solo la edad del paciente y la estructura familiar estuvieron asociadas con la supervivencia ⁹.

Existe otra investigación donde se dirime la relación existente entre apoyo social recibido y funcionamiento familiar en pacientes tratados con hemodiálisis, donde esta vinculación resulto altamente significativa. En este contexto se determinó que mientras más disfuncional era la familia más bajo era el apoyo percibido por los pacientes (Váldes I. El apoyo social percibido por los pacientes en hemodiálisis, Instituto Superior de Ciencias médicas, Ciudad de La Habana, 2003) ⁹.

En la república Mexicana, el Hospital Infantil de México es pionero en el estudio del funcionamiento de la familia con hijos portadores de síndrome urémico secundario a ERC, los resultados encontrados señalan que 20% de las familias presentaron alteración en su funcionamiento. Sin embargo estos reportes varían de acuerdo a la institución y población en que se realice la investigación ⁴.

En la UMF 94 del IMSS se realizó un estudio observacional, transversal y comparativo para evaluar el funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua (11 pacientes) y ambulatoria

(11 pacientes), evaluando el funcionamiento familiar a través de la escala de Espegel, encontrándose funcionamiento funcional en el 36% y 9% respectivamente, para DPCA y DPCI. La comunicación y el afecto fueron los indicadores que mostraron mayor significancia. Concluyendo que hubo predominio importante en las familias nucleares y extensas, tal vez por el apoyo y cohesión que muestra la familia consanguínea ante la presencia de una enfermedad crónica⁴.

En el Estado de México en el HGZ 53 del IMSS se realizó un estudio trasversal, descriptivo sobre disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica para evaluar la presencia de disfunción familiar y su efecto en la asistencia del paciente con insuficiencia renal crónica. Se estudiaron 226 pacientes con Insuficiencia renal crónica aplicándoles como instrumentos de medición el Apgar familiar y el test de Holmes para evaluar funcionalidad familiar. Encontrándose que solo 51 % de las familias participó en la asistencia de los pacientes. El 41 % pertenecía a familia disfuncional. Concluyendo que la funcionalidad de la familia es un factor que influye en la asistencia del enfermo¹⁶.

En vista del cambio de la dinámica familiar en los pacientes con ERCT, se hace necesario evaluar la funcionalidad familiar tomando en cuenta las áreas de importancia de la vida psicofamiliar del paciente o miembro de la familia; por lo cual se decide abordar el siguiente trabajo de investigación con la finalidad de conocer las características sociodemográficas de los pacientes adultos integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 y cuántos de ellos son referidos a el HGR 25; así como evaluar el grado de funcionalidad familia de estos pacientes.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación

La dinámica familiar influye de manera muy importante para el cuidado de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica sobre todo de los que se encuentran en un programa de diálisis peritoneal. Motivo por el cual es importante estudiar la relación que existe entre ambas situaciones. Ante lo cual se desprende la siguiente interrogante:

II.2 Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la funcionalidad familiar de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica

La enfermedad renal crónica terminal es consecuencia de otras enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Sistémica las cuales se encuentran con un aumento en su número de casos en los últimos años; por lo cual resulta importante, para los futuros especialistas en medicina familiar conocer la funcionalidad familiar de los paciente en un programa de diálisis para poder brindarles orientación a las familias y de esta forma mejorar sus condiciones.

III.2 Científica

La Enfermedad Renal Crónica Terminal es un problema de salud pública por lo cual resulta importante estudiar la relación que existe con la funcionalidad familiar; ya que esta juega un papel importante en el paciente con ERC debido a que una familia funcional mejora la adherencia al tratamiento, situación que retarda la progresión de la enfermedad en estos pacientes. Por lo cual resulta importante evaluar la asociación entre este padecimiento y su repercusión familiar.

III.3 Social

El presente estudio brindará mejor información sobre la magnitud del problema, así mismo nos mostrara como la funcionalidad familiar se ve afectada en pacientes con ERC que se encuentran en un programa de diálisis peritoneal. De esta manera poder tratar de mejorar su entorno biopsicosocial.

III.4 Económica

Por lo anterior se observa que la ERC es una enfermedad catastrófica ya que genera un alto costo a nivel nacional. De tal manera que el presente estudio está enfocado a disminuir los mismos al implementar estrategias para mejorar la funcionalidad familiar, el apego de los pacientes y su calidad de vida.

IV. HIPÓTESIS

Los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal presentan en su mayoría (más 50%) algún grado de disfunción familiar.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Pacientes adultos con enfermedad renal crónica de la UMF 75 del IMSS.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Funcionalidad familiar

IV.1.2.2 Independientes.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

Los, con, aun, de.

V. OBJETIVOS

V.1 General

- Determinar la funcionalidad familiar de pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS.

V.2 Específicos.

- Identificar al grupo de pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF 75 del IMSS.
- Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes en estudio.
- Describir las comorbilidades de los pacientes en estudio.
- Determinar el número de años con la enfermedad en estudio.

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Para este estudio emplearemos la metodología utilizada en los estudios de encuesta de tipo transversal, observacional, descriptivo.

VI.2. Diseño del estudio.

Estudio a realizó en pacientes con Enfermedad Renal Crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la unidad de medicina familiar número 75 de Ciudad Nezahualcóyotl del IMSS del turno matutino, en el período del mes de Marzo 2012 a Noviembre del 2013.

VI.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Enfermedad Renal Crónica	Disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular disminuido o por un aclaramiento de creatinina estimado <math><60\text{ml}/\text{mín}/1.73\text{m}^2</math>, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses ¹⁷ .	Disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular menor a 15ml/min ya diagnosticado con ERC en etapa 5.	Cualitativa	Ordinal	Clasificación de Kdoqi: 1.- Estadio 1 (120-90ml/min) 2.- Estadio 2 (90-60 ml/min) 3.- Estadio 3 (60-30 ml/min) 4.- Estadio 4 (30-15 ml/min) 5.- Estadio 5 (<15 mil/min)
Funcionalidad familiar	Es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan.	La presencia de funcionalidad familiar medido a partir del instrumento denominado FF-SIL	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL 1.- De 70 a 57 puntos. Familia funcional 2.- De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional 3.- De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional 4.- De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional
Edad	Tiempo transcurrido en un individuo desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Es la edad del individuo al momento del estudio.	Cuantitativa	Intervalo	Edad en años: 1.- 26-30 años 2.- 31-35 años 3.- 36-40 años 4.- 41-45 años 5.- 46-50 años 6.- 51-55 años 7.- 56-60 años 8.- 61-65 años 9.- 66-70 años 10.- 71-75 años
Sexo	Características biológicas que caracterizan a la	Características fenotípicas del sujeto, que distinguen al hombre de la mujer.	Cualitativa	Nominal	1.-Masculino 2.-Femenino

	especie humana en hombres y mujeres; tanto aspectos físicos y caracteres sexuales.				
Años o tiempo con diagnóstico	Es el tiempo transcurrido de la enfermedad hasta un momento determinado.	Es el tiempo transcurrido de la enfermedad hasta el momento de realización del estudio.	Cuantitativa	intervalo	0-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años
Ingreso económico	Cantidad económica que percibe una persona por su actividad laboral o por medio de otra actividad.	Cantidad que percibe una persona bien sea por su actividad laboral o por medio de otra actividad la cual sea remunerada.	Cuantitativo	Intervalo	1.-1-2 Salarios 2.- 3-4 salarios 3.- 5-6 salarios
Percepción económica	Recepción o cobro de algo material, especialmente de un sueldo u otra cantidad de dinero que le corresponde por algo	Recepción de una cantidad de dinero para gastos.	Cualitativa	Ordinal	1.- Por actividad laboral 2.- Incapacidad o pensión 3.- Percepción de recursos económicos no propios.
Escolaridad	Es el año más alto de estudios aprobados dentro del nivel de educación más avanzado que ha cursado en el sistema regular de enseñanza del país.	Grado de estudios del paciente, referidos por el mismo.	Cualitativa	Ordinal	1.-Primaria completa 2.- Primaria incompleta 3.-Secundaria completa 4.- Secundaria incompleta 5.- Nivel medio completa 6.- Nivel medio incompleta 7.-Universidad completa 8.- Universidad incompleta
Tipología familiar	Personas que forma parte de un grupo familiar dentro de un mismo domicilio.	Grupo de personas con las que vive el paciente en su casa.	Cualitativa	Nominal	1.- Nuclear 2.- Extensa 3.- Monoparental 4.- No parental

Edo. Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o su mismo sexo	La condición del vínculo personal referido por el paciente.	Cualitativa	Nominal	1.- Casado 2.- Soltero 3.- Unión libre 4.- Viudo 5.- Separado
Ocupación	Es el tipo o clase de trabajo principal que efectúa o efectuó una persona, independientemente de rama de actividad económica o de su categoría ocupacional.	Función que desempeña el paciente para adquirir un sustento económico o la actividad diaria que realiza.	Cualitativa	Nominal	1.Hogar 2.Desempleado (a) 3.Profesionista 4.Pensionado (a) 5.Negocio propio 6.Empleado 7.Obrero
Comorbilidades	Coexistencia temporal de una o más enfermedades diferentes a la enfermedad primaria en el mismo individuo.	Enfermedades existente al momento del estudio reportadas por el paciente	Cualitativa	Nominal	1.- Diabetes Mellitus 2.- Hipertensión Arterial 3.- Otras

VI.4 Universo de Trabajo.

El universo de trabajo estuvo conformado por 71 pacientes adultos con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF 75, referidos y en control en el HGR 25 en el periodo comprendido de Marzo 2012 a Noviembre 2013.

Determinación del tamaño de la muestra: El tipo de muestre fue no probabilístico consecutivo, no se realizó cálculo para determinación del tamaño de la muestra, ya que ingresaron todos los pacientes que se encontrarán en dicho programa a partir de la fecha de aprobación del protocolo por el comité de ética e investigación.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes adultos con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica integrados al programa de diálisis peritoneal
- Pacientes de 25-75 años
- De uno u otro sexo.
- Adscritos a la UMF 75 turno matutino
- Referidos y en control en el HGR 25
- Pacientes que cuenten con un núcleo familiar

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes que estén incluidos en algún otro programa de tratamiento sustitutivo renal.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- Pacientes que no contesten completo el cuestionario
- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Defunción
- Cambio de residencia
- Hospitalización al momento del estudio
- Pacientes con una enfermedad psiquiátrica.

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción

El instrumento de evaluación consta de una cedula de identificación, así como factores sociodemográficos y el instrumento de Funcionalidad familiar FF-SIL, el cual se describirá a continuación:

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FFSIL):

Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Funcionamiento familiar: Dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

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

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

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

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

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

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

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones Variables que mide

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

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa Escala Cuantitativa

Casi nunca	1 pto.
Pocas veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi siempre	5 ptos

La suma de las respuestas totaliza un puntaje global que permite al investigador calificar a la familia como funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.

- 1.- De 70 a 57 puntos. **Familia funcional**
- 2.- De 56 a 43 puntos. **Familia moderadamente funcional**
- 3.- De 42 a 28 puntos. **Familia disfuncional**
- 4.- De 27 a 14 puntos. **Familia severamente disfuncional**

VI.5.2 Validación

El cuestionario FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar (De la Cuesta D, Pérez-González E, Louro-Bernal I. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana, 1994).

VI.5.3 Aplicación

Se aplicó el cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL a los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneales adscritos a la UMF 75, referidos y atendidos en la HGR 25 en el mes Noviembre del 2013.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Se obtuvo el listado de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica que se encuentran en un programa de diálisis peritoneal referidos de la UMF 75 atendidos en el HGR 25, en el departamento de Enfermedad Renal Crónica de medicina interna. Posteriormente se acude a ARIMAC de la UMF 75 para recabar la información de los pacientes con ERC que se atienden en el turno matutino, para extrapolar ambos datos y obtener el total de paciente con ERC integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75, correspondientes al turno matutino.

Posteriormente se procede a realizar las encuestas en el HGZ 25 en los consultorios de diálisis, pacientes renales y consulta de enfermería de pacientes renales en el horario de 8:00 hrs a 12:00 hrs en el mes de Noviembre.

Los datos obtenidos de las encuestas serán capturados en una plataforma electrónica del sistema de Excel 2010, previamente elaborado para su análisis posterior.

VI.7 Límite de espacio.

Hospital General Regional No. 25, Iztapalapa, D.F.

VI.8 Límite de tiempo.

Marzo de 2012 a Diciembre de 2013

VI.9 Diseño de análisis

Para la presentación de resultados se utilizaron tablas y gráficas del sistema Word profesional 2010; para luego realizar la descripción y análisis de los mismos. La discusión de resultados se realizó contrastando los resultados obtenidos con la literatura existente en torno al tema.

Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva (media, moda, mediana). Realizando un análisis univariado mediante cálculo de frecuencias simples. Finalmente se emitieron conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos.

VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS

Basándonos en el reglamento actual y vigente de la **Ley General de salud** en Materia de Investigación para la Salud en nuestro país, este trabajo se apega al título segundo , que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos; capítulo 1, artículo 13 y 17 categoría 1, Investigación sin riesgo debido a que los individuos a participar en este estudio solo aportaran datos por medio de una entrevista, lo cual no provoca daños físico ni mentales, no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para la guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participaran seres humanos contenidos en la **declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial** , enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo , Escocia , en Octubre 2000.

Apegada a la declaración Helsinki de la Asociación médica mundial que establece los principios para la investigación en seres humanos.

Así mismo se solicitó permiso a los pacientes y su autorización para su participación y elaboración de un cuestionario por medio de una carta de consentimiento informado donde se les explicaba en que constaba dicho estudio y la confiabilidad y discreción a los cuales se apegará dicho estudio.

La enmienda de Tokio, incluye la investigación médica combinada con la atención profesional.

VIII. ORGANIZACIÓN

Para fines de tesis la organización será la siguiente:

Director: E.M.F. García Torres Edgar Rubén

Tesista: M.C. Pérez Hernández Mónica Yuridia

Para fines de publicación y/o presentación en foros, congresos o cartel los créditos serán:

Autor: E.M.F. García Torres Edgar Rubén

Coautores: M.C. Pérez Hernández Mónica Yuridia

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este estudio se incluyeron 71 pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF no. 75 del turno matutino; de los cuales el 43.7% corresponde a familias funcionales, otro 43.7% a familias moderadamente funcionales y el 12.6% corresponde a familias disfuncionales, en este caso no se encontraron familias severamente disfuncionales. (Cuadro 1)

La edad con mayor porcentaje de nuestra población en estudio se encuentra entre 56 a 60 años de edad lo que corresponde a un 25%, siendo así, la población que menos predomina se encuentra entre 41 a 45 años de edad con solamente el 1% (Cuadro 2).

Se encontró para la población de 71 pacientes, una media de 58.6 años, mediana 60 años y bimodal de 63 y 69 años, con un rango inferior de 26 años y rango superior de 75 años (Cuadro 2.1).

Del total de pacientes evaluados con enfermedad renal crónica, el 58% pertenece al sexo femenino y el 42 % restante al sexo masculino (Cuadro 3).

En relación al estado civil de los pacientes encuestados la gran mayoría están casados con un total del 69%, el 10% es viudo, un 8% es soltero, 7% están separados y el 6% se encuentra en unión libre (Cuadro 4).

De acuerdo a la escolaridad de la población en estudio el 31 % cuentan con primaria incompleta y solo el 1.5 % tiene estudios a nivel licenciatura; es importante mencionar que el 11 % de nuestra población es analfabeta (Cuadro 5).

Se encontró que del total de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) el 93% presenta enfermedades concomitantes, del cual el 49% tiene Diabetes mellitus, el 46% Hipertensión arterial sistémica y solo el 5% refiere presentar otro tipo de enfermedad asociada (Cuadro 6 y Cuadro 6.1).

La gran mayoría de los pacientes cursa con un promedio de 0 a 5 años de diagnóstico de ERC, correspondiendo al 72%, el 21% se encuentra entre 6 a 10 años, el 4% entre 16 a 20 años y el 3% entre 11 a 15 años (Cuadro 7).

El ingreso mensual de la población en estudio se encuentra entre 1 a 2 salarios mínimos, correspondiente al 72% y únicamente el 4 % percibe entre 5-6 salarios mínimos (Cuadro 8).

En este estudio se observó que el tipo de familia predominante es la de tipo nuclear con un 49%, seguida de la familia extensa con 32%, posteriormente la familia monoparental con el 13% y por último la no parental con un 6% (Cuadro 9).

Es importante mencionar que la gran mayoría de nuestra población no labora condicionado por su misma enfermedad, encontrándose que el 62% se dedica al hogar, el 21% está pensionado, el 10% que se encuentra en edad productiva está desempleado y solo el 7% tiene una actividad laboral (Cuadro 10).

Por lo mencionado anteriormente, un porcentaje alto de estos pacientes sus ingresos los perciben de recursos económicos no propios (otras personas) con un total del 72%, el 21% por incapacidad o pensión y solo el 7% por actividad laboral (Cuadro 11).

La mayoría de las familias en estudio presentaron una composición nuclear y de ellas un 45 % fueron con una funcionalidad funcional y 58% moderadamente funcional (Cuadro 12).

DISCUSION

La enfermedad renal crónica es un padecimiento que tiene un alto impacto en la familia ya que el hecho de presentar en su seno un integrante con una enfermedad crónica la cual llega a una etapa terminal en donde requieren tratamiento sustitutivo renal, implica cambios en su dinámica familiar y con ello en muchas ocasiones alteración en su funcionalidad.

Por lo cual resulta importante estudiar la manera en que repercute la enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal en la funcionalidad familiar de estos pacientes, objeto de estudio de este trabajo investigación. Comparando los resultados obtenidos con otros estudios.

En esta investigación encontramos que una solo el 12.6% de las familias de los pacientes en estudio presentaban una disfunción moderada, lo cual es menor a la encontrada en otros estudios en donde existe un porcentaje más elevado. Descartando de esta manera nuestra hipótesis en donde se consideraba que más del 50% de los pacientes presentaban una alteración en su funcionalidad, pero no por ello esta investigación es menos importante.

En estudios previos se ha identificado que la ERC afecta a pacientes entre 30 a 65 años, encontrado resultados similares en este estudio con un mayor porcentaje entre la población de 56 a 70 años, que por lo general es la población que a esta edad presenta mayor número de comorbilidades.

A diferencia de otras investigaciones como la realizada por Gabriela Rodríguez Ábrego et al sobre disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en el HGZ 53, IMSS; en donde existe una mayor frecuencia en el sexo masculino, nuestros resultados mostraron un mayor porcentaje en el sexo femenino con el 58%.

Al igual que en el resto de la literatura respecto a las causas que comúnmente producen enfermedad renal crónica, se encontró una mayor frecuencia de Diabetes Mellitus seguida de Hipertensión Arterial Sistémica como enfermedades concomitantes causantes de ERC.

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1

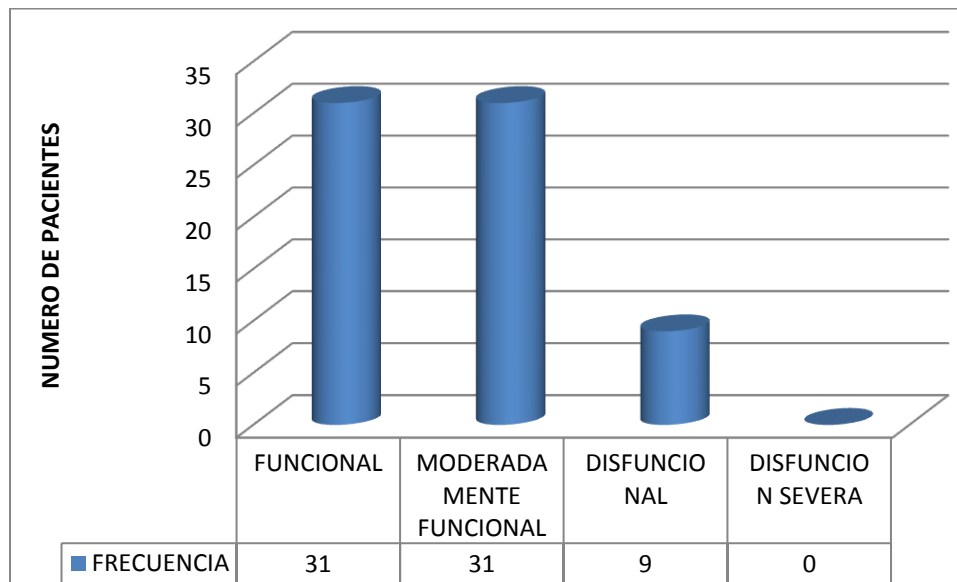
Funcionalidad familiar de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	31	43.7%
MODERADAMENTE FUNCIONAL	31	43.7%
DISFUNCIONAL	9	12.6%
DISFUNCION SEVERA	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 1; Cuestionario FF-SIL “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

GRAFICO I

Funcionalidad familiar de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico I; Cuestionario FF-SIL “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75” del IMSS. 2013.

CUADRO 2

Distribución por edad de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF 75 del IMSS, 2013.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
26-30	3	4%
31-35	2	3%
36-40	2	3%
41-45	1	1%
46-50	7	10%
51-55	5	7%
56-60	18	25%
61-65	13	18%
66-70	11	16%
71-75	9	13%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 2; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

CUADRO 2.1

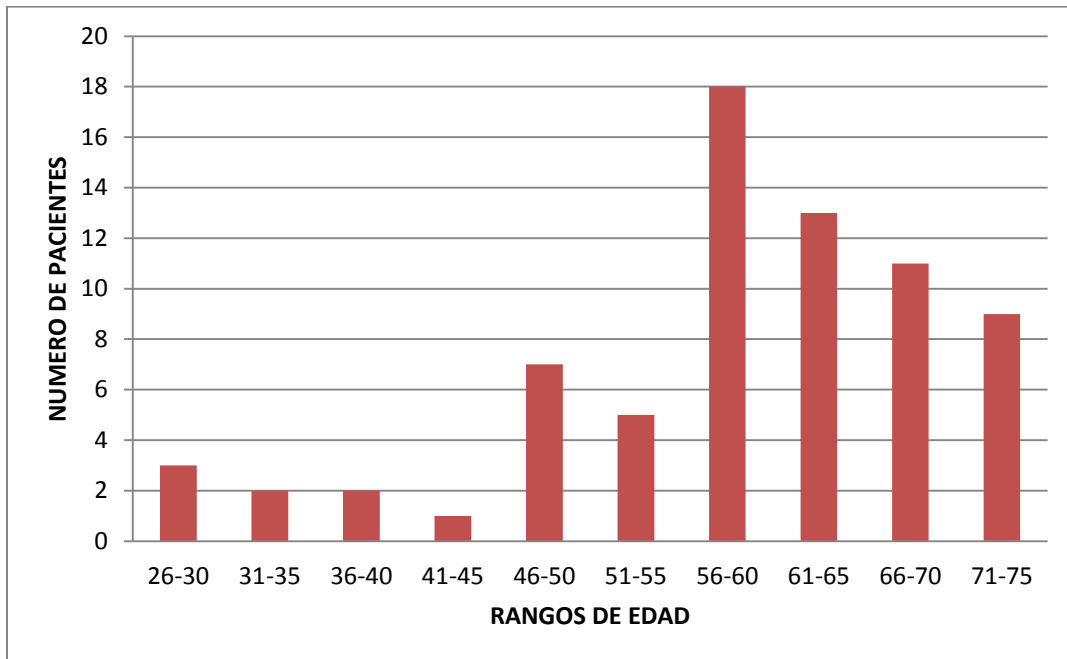
Medidas de tendencia central de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF 75 del IMSS. 2013.

MEDIDA ESTADISTICA	VALOR
MEDIA	58.6
MEDIANA	60
BIMODAL	63, 69
RANGO INFERIOR	26
RANGO SUPERIOR	75
MUESTRA	71

FUENTE: Cuadro 2.1; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

GRAFICO II

Distribución por edad de los pacientes adultos de enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Grafico II; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

CUADRO 3

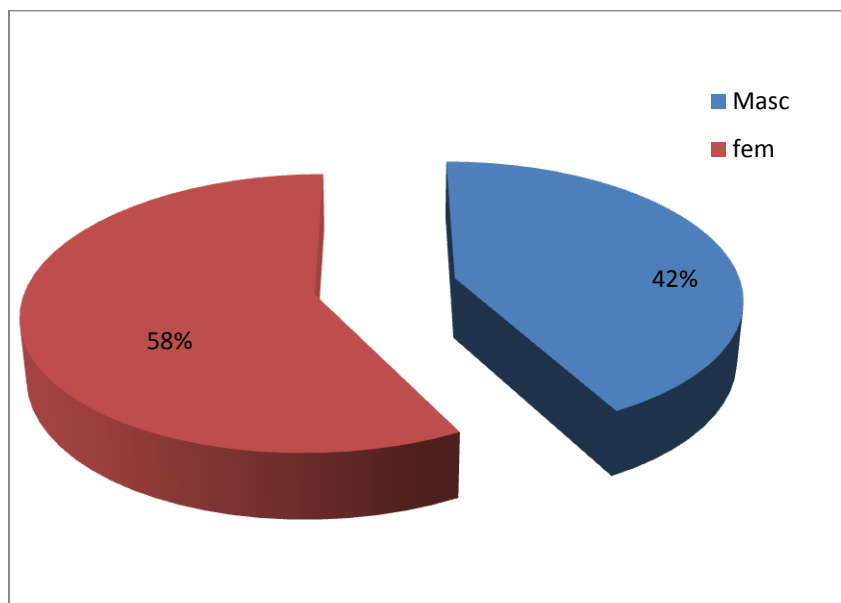
Frecuencia y Porcentaje según sexo de pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	30	42 %
FEMENINO	41	58 %
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Cuadro 3; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMS". 2013

GRAFICO III

Frecuencia de sexo y porcentaje de pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013



FUENTE: Gráfico III; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013.

CUADRO 4

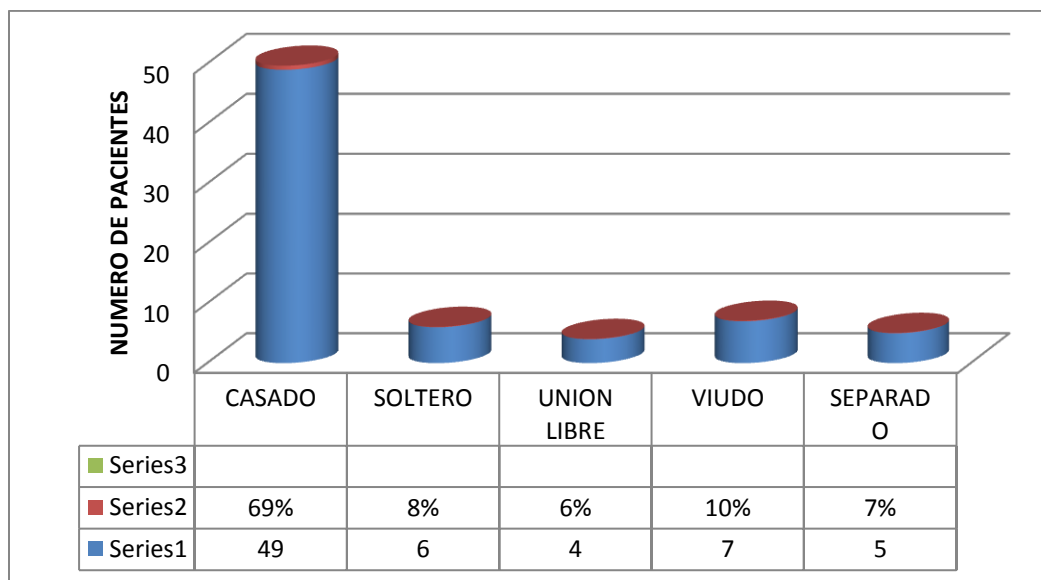
Estado Civil de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	49	69%
SOLTERO	6	8%
UNION LIBRE	4	6%
VIUDO	7	10%
SEPARADO	5	7%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 4; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

GRAFICO IV

Estado Civil de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico IV; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

CUADRO 5

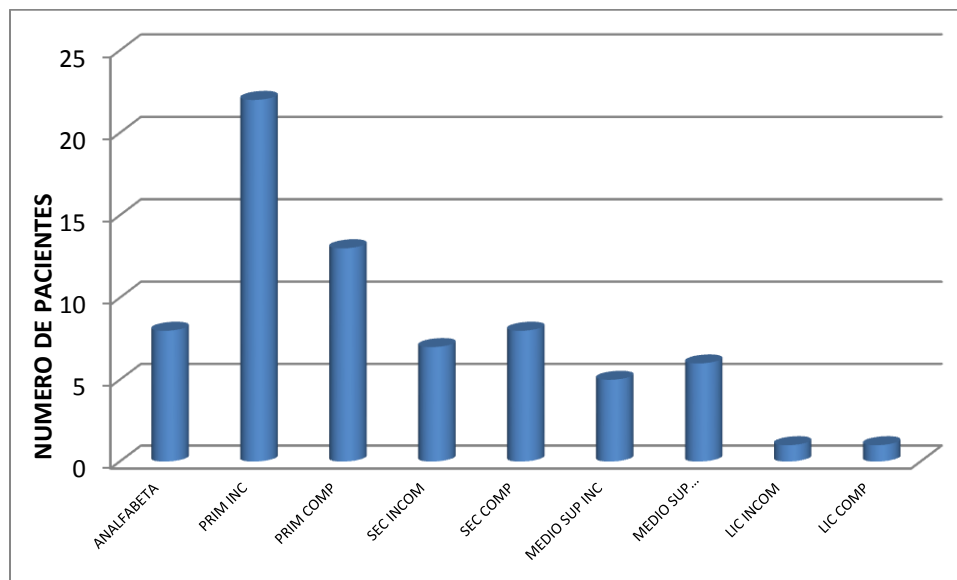
Escolaridad de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	8	11%
PRIMARIA INC	22	31%
PRIMARIA COMP	13	18%
SECUNDARIA INCOM	7	10%
SECUNDARIA COMP	8	11%
MEDIO SUP INC	5	7%
MEDIO SUP COMP	6	9%
LIC INCOM	1	1.50%
LIC COMP	1	1.50%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 5; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

GRAFICO V

Escolaridad de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico V; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

CUADRO 6

Presencia de enfermedades concomitantes en los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

ENF. CONCOMITANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	66	93%
NO	6	7%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 6; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013.

CUADRO 6.1

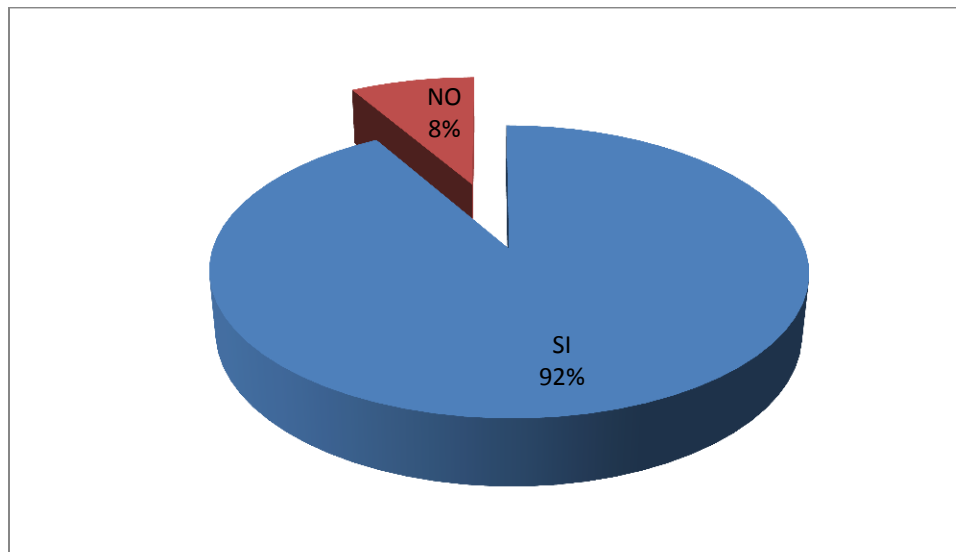
Presencia de enfermedades concomitantes en los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

ENF. CONCOMITANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DM	50	49%
HAS	46	46%
OTRAS	5	5%
TOTAL	101	100%

FUENTE: Cuadro 6.1; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013.

GRAFICO VI

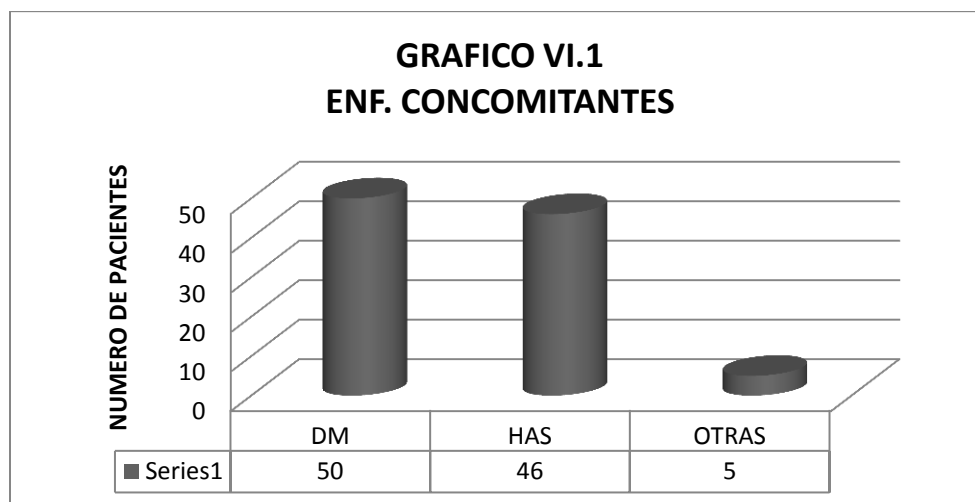
Presencia de enfermedades concomitantes en los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico VI; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

GRAFICO VI.1

Presencia de enfermedades concomitantes en los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico VI.1; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

CUADRO 7

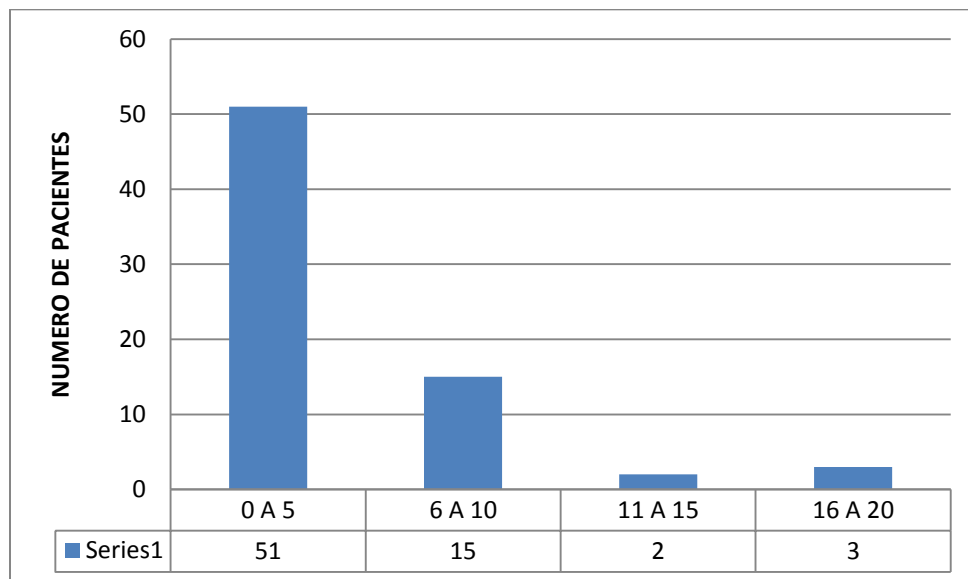
Años con diagnóstico de enfermedad renal crónica de los pacientes adultos integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

AÑOS CON ERC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 A 5 AÑOS	51	72%
6 A 10 AÑOS	15	21%
11 A 15 AÑOS	2	3%
16 A 20 AÑOS	3	4%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 7; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013.

GRAFICO VII

Años con diagnóstico de enfermedad renal crónica de los pacientes adultos integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico VII; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013

CUADRO 8

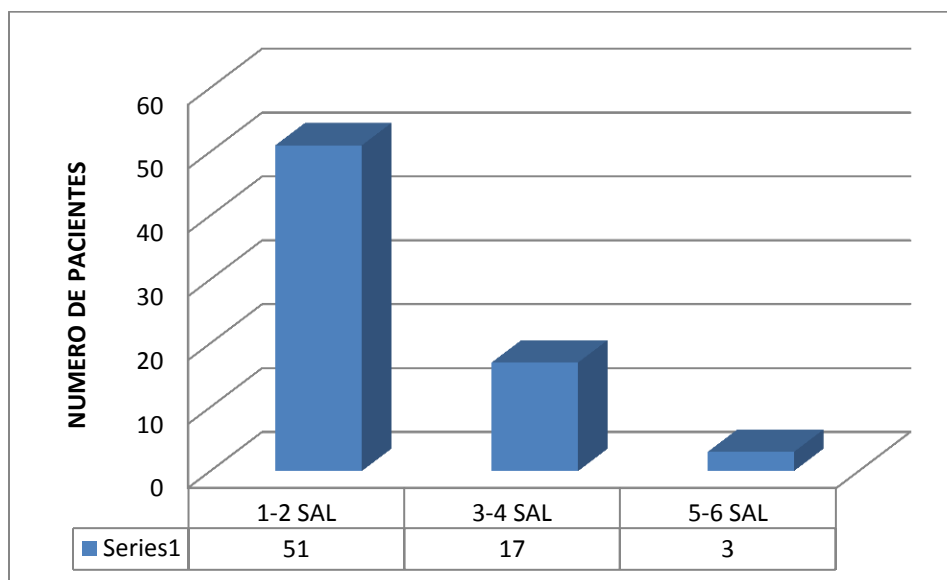
Ingreso mensual de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

INGRESO MENSUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-2 SALARIOS	51	72%
3-4 SALARIOS	17	24%
5-6 SALARIOS	3	4%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 8; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

GRAFICO VIII

Ingreso mensual de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico VIII; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

CUADRO 9

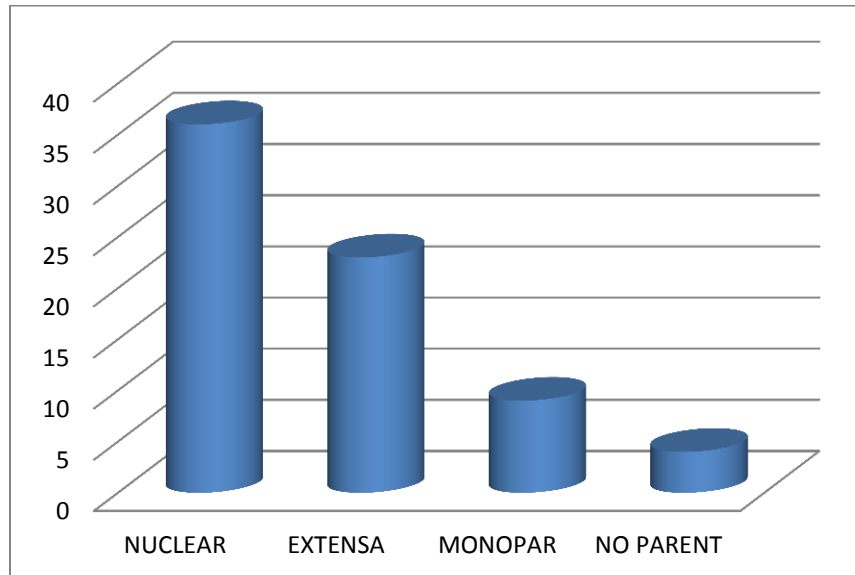
Tipología familiar de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

TIPOLOGIA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	35	49%
EXTENSA	23	32%
MONOPARENTAL	9	13%
NO PARENTAL	4	6%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 9; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

GRAFICO IX

Composición familiar de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico IX; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

CUADRO 10

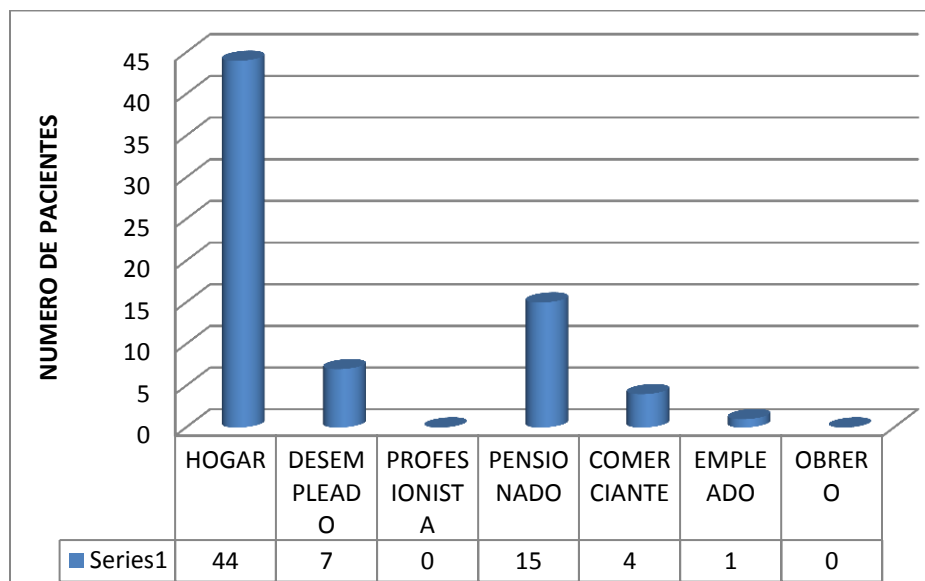
Ocupación de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	44	62%
DESEMPLEADO	7	10%
PROFESIONISTA	0	0%
PENSIONADO	15	21%
COMERCIANTE	4	6%
EMPLEADO	1	1%
OBrero	0	0%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 10; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013.

GRAFICO X

Ocupación de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico X; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013.

CUADRO 11

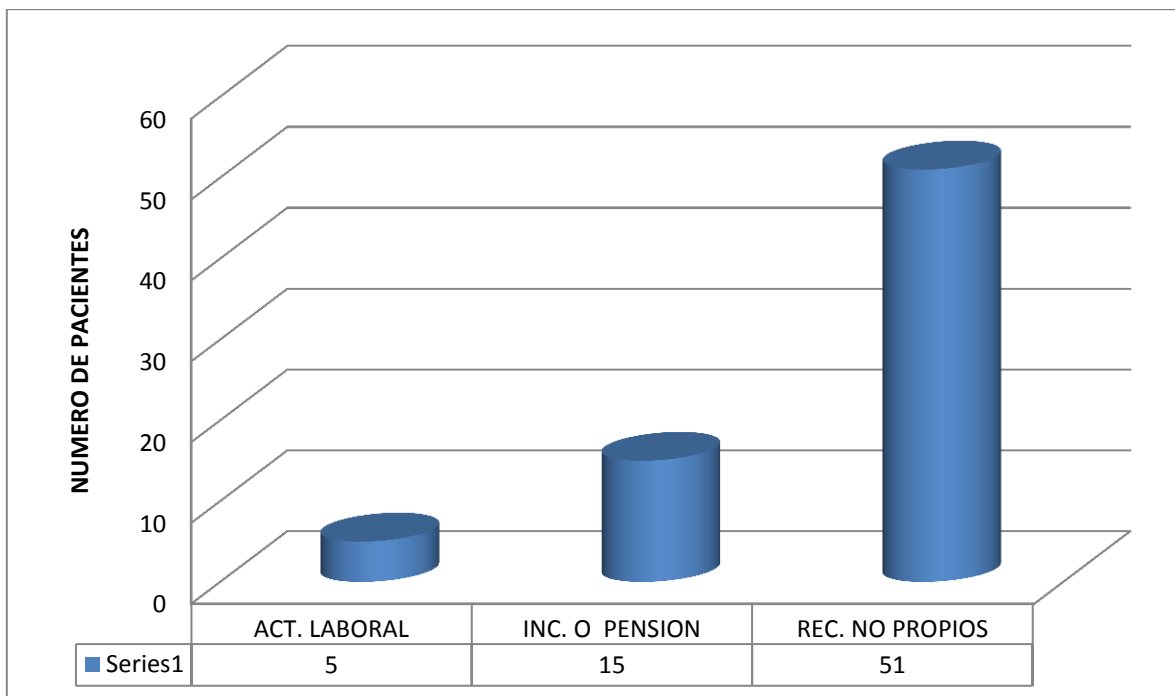
Percepción económica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.

INGRESO ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACTIVIDAD LABORAL	5	7%
INCAPACIDAD O PENSION	15	21%
RECURSOS NO PROPIOS	51	72%
TOTAL	71	100%

FUENTE: Cuadro 11; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013.

GRAFICO XI

Percepción económica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico XI; Concentrado de datos “Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS”. 2013

CUADRO 12

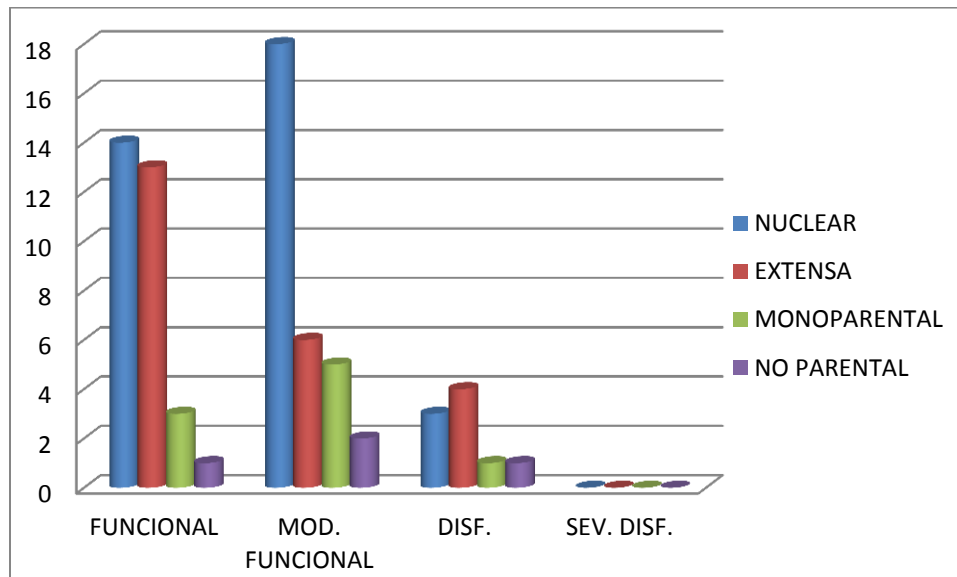
RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPOLOGIA FAMILIAR de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF 75 del IMSS. 2013.

TIPOLOGIA FAMILIAR	FUNCIONAL		MOD. FUNC.		DISFUNCIONAL		SEV. DISF.	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NUCLEAR	14	45%	18	58%	3	33%	0	0%
EXTENSA	13	42%	6	19%	4	45%	0	0%
MONOPARENTAL	3	10%	5	16%	1	11%	0	0%
NO PARENTAL	1	3%	2	7%	1	11%	0	0%
TOTAL	31	100%	31	100%	9	100%	0	0%

FUENTE: Cuadro 12; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013.

GRAFICA XII

RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y TIPOLOGIA FAMILIAR de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF 75 del IMSS. 2013.



FUENTE: Gráfico XII; Concentrado de datos "Funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 del IMSS". 2013.

XI.- CONCLUSIONES

La enfermedad Renal Crónica es un padecimiento que conlleva una elevada carga de implicaciones dentro de la dinámica familiar en cada uno de los pacientes que la integran. Se determinó un 12.6% de pacientes con algún grado de disfuncionalidad en la población. Si bien el porcentaje no es significativamente elevado, da muestras de que el problema existe al interior de las familias y por lo tanto requiere de medidas de intervención por parte del equipo multidisciplinario de salud, del cual el médico familiar es el eje.

En la afección renal continua siendo el grupo más vulnerable el de adultos mayores, toda vez que los resultados arrojan que el grupo más afectado es el de 56 a 60 años de edad. Este dato es particularmente interesante porque incluye pacientes con múltiples enfermedades, resultado del propio proceso crónico degenerativo y fisiológico de la edad del ser humano. Por otra parte, el género más afectado por la enfermedad renal en programa de diálisis es el femenino, situación que predispone a las mujeres a mayor posibilidad de disfunción familiar ya que éstas representan el eje de las actividades e interacciones que se gestan en el seno de las familias.

La gran mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica presentan otras enfermedades concomitantes que habitualmente son las desencadenantes de este padecimiento como son la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica lo cual refleja la importancia del control de estas para retrasar la aparición de complicaciones como es enfermedad renal crónica. Además, es importante que una vez que se establece la enfermedad renal se pueda incidir en el apego terapéutico de los pacientes; ya que una baja adherencia repercute en el inicio temprano de tratamiento sustitución renal en este caso la diálisis peritoneal; como lo demostró este estudio en donde se encontró que el 72% de los pacientes en diálisis se encuentra en un rango de 0 a 5 años de diagnóstico de la enfermedad.

Lo cual esta probablemente relacionado a que la mayoría de los pacientes renales son de un nivel socioeconómico bajo con ingresos mensuales entre 1 a 2 salarios mínimos, esto debido a que casi todos los pacientes perciben sus ingresos económicos de otras personas como son sus hijos u otros familiares. Lo cual dificulta el apego a la dieta, ya que en general consumen los mismos alimentos del resto de la familia y no necesariamente los que ellos necesitan.

A pesar de que la sociedad ha presentado cambios en los últimos años, siguen predominando las familias nucleares como lo demostró este estudio en donde el 49% corresponde a este tipo de familias, lo cual puede favorecer el apego terapéutico; pero como se mencionó anteriormente esto dependerá de que estas familias sean funcionales o disfuncionales, siendo para este el 45% funcionales y un 58% moderadamente funcionales; lo cual debe de ser tomado en cuenta, ya que la familia puede ser una de las principales redes de apoyo para estos pacientes

XII.- RECOMENDACIONES

La enfermedad renal crónica es considerada como una enfermedad catastrófica por la discapacidad que genera y sus altos costos, se ha convertido en un problema de salud pública, por lo cual es necesario establecer medidas para disminuir el número de casos, su progresión y mejorar la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes. Derivado de los resultados obtenidos en la presente investigación, se emiten las siguientes recomendaciones:

- Establecer acciones de promoción a la salud (promoción a través de la consulta de médico familiar, de modificación de factores de riesgo y adopción de estilos de vida saludable), diagnóstico temprano, oportuno y eficaz de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, uropatías obstructivas, obesidad y síndrome metabólico los cuales son factores de riesgo para la enfermedad renal.
- Realizar controles de la función renal de manera regular a los pacientes con las enfermedades antes mencionadas para un diagnóstico precoz y certero de la enfermedad renal y con ello iniciar medidas terapéuticas prontas y adecuadas.
- Hacer énfasis en tratar de evitar la progresión de la enfermedad renal crónica hacia una etapa terminal, canalizando al médico familiar de manera oportuna a los pacientes en etapa 4 de Kdoqi a un servicio de nefrología, para establecer medidas nefrológicas específicas.
- Capacitar al personal de salud (médicos, enfermeras, nutriólogos) en dicha enfermedad mediante la impartición de cursos sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC); la implicación emocional de la ERC en el paciente y sus familias; repercusión en la dinámica familiar ante la implementación de terapia sustitutiva en los

pacientes con ERC, con el objetivo de orientar y brindar una atención medica integral a estos pacientes y sus familias.

- Garantizar la preparación adecuada del enfermo y sus familias para la terapia sustitutiva renal ya que de ello depende en gran medida la adherencia terapéutica de los pacientes; mediante cursos y platicas educativas, lo que contribuye no solo a su preparación para el inicio de la terapia de remplazo renal, sino los hace partícipes activos de las decisiones adoptadas. Apoyándonos en trabajo social, personal becario (Pasantés del servicio social y residentes) y psicología para la impartición de dichas platicas, tratando los tópicos sobre: ¿Qué es la enfermedad renal crónica?; Tratamiento de la ERC; Aspectos psicológicos que implica la ERC y el inicio de terapia sustitutiva renal; Modificación en la dinámica familiar de los pacientes con ERC.
- Identificar factores de riesgo y de protección en pacientes con ERC (a través de la consulta del médico familiar) que afecten a su dinámica familiar y luego, proponer medidas de atención dónde se incluya la participación de familiares del paciente.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- A. Méndez – Durán et al. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México, Diálisis y trasplante, 2010, Vol. 31(1): 7-11.
- 2.- López-Cervantes M, et al. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. México, D.F.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.
- 3.- Sandoval Medina. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis Hospital Obrero N. 2 C.N.S. Revista médica de la sociedad Cochabambina de Medicina familiar. 2009, 1:1, pag. 7-12. [http://: www.socomefa.com](http://www.socomefa.com).
- 4.- Azcarate-García E. y Cols. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Archivos de Medicina Familiar, 2006, Vol. 8 (2), 97-102.
- 5.- Avila-Saldivar, Enfermedad renal crónica: Prevención y detección adecuada en el primer nivel de atención. Medicina interna de México, 2013, volumen 29, núm. 2, Marzo-Abril, pagina 148-153.
- 6.- Dennis L. Kasper et al, Insuficiencia renal crónica, Harrison Principios de Medicina Interna, 2006, Editorial, Mc Graw Hill, 16ª edición ,Tomo II, Capitulo 261, pág: 1824.
- 7.- Millan González, Ricardo. Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis. Revista colombiana psiquiatría. [online]. 2009, vol.38, n.3, pp. 522-533.
- 8.- Vargas Migdalia Cerino Giovanna, Palma Elsa, Vargas Elsa. Funcionalidad familiar en los pacientes del Programa de Diálisis Peritoneal a través del método apgar familiar. 2009 [http://portales medicos.com/publicaciones/articulos/1892/3/Funcionalidad familiar en los pacientes del programa de diálisis peritoneal a través del método de apgar familiar](http://portales medicos.com/publicaciones/articulos/1892/3/Funcionalidad_familiar_en_los_pacientes_del_programa_de_diálisis_peritoneal_a_través_del_método_de_apgar_familiar).
- 9.- Reyes Saborit A, Castañeda Márquez V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(4). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san05406.htm
- 10.- García-Madrid G, Landeros-Olvera E, Arrijoja-Morales G, Pérez-Garcés A. Funcionalidad Familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007;15 (1):21-26.

- 11.- Méndez E, Gómez V, García M, Pérez J, Navarrete A. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004;42 (4): 281-284.
- 12.- Saravia V, Luján M, Jiménez M, Becerra L, Alcalde J. Características clínico epidemiológicas de la enfermedad renal crónica con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus II. Hospital I Albrecht- Essalud-2008. UCV - Scientia 2(2), 2010. Pág. 61-72.
- 13.- Franco-Marina F, et al, Una estimación indirecta de las desigualdades actuales y futuras en la frecuencia de la enfermedad renal crónica terminal en México. Salud Publica Mex 2011;53 supl 4:S506-S515.
- 14.- C. Zúñiga et al, Prevalencia de enfermedad renal crónica en atención primaria, Rev Med Chile 2011; 139: 1176-1184.
- 15.- Aguilera Muñoz Patricia, “prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, Hospital clínico regional valdivia, abril- agosto 2007”, Tesis de posgrado. Disponible en <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fma283p/sources/fma283p.pdf>
- 16.- Gabriela Rodríguez Ábrego et al, Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica, Revista médica del IMSS 2004; 42 (2): 97-102.
- 17.- S. Soriano Cabrera, Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica, Nefrología. 2004, Volumen 24. Suplemento N° 6 • Capítulo 2, Pág. 27-34.

XIV. ANEXOS

ANEXO I. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75

FOLIO: _____

El presente Estudio que lleva por nombre:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA INTEGRADOS A UN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 75.

Con el propósito de:

Determinar el grado de funcionalidad familiar de los pacientes integrados a un programa de diálisis de la UMF 75 IMSS.

Instrucciones: Llene sus datos y marque con una X la respuesta que considere.

Nombre: _____ **Edad:** _____ años.

Sexo: 1.- masculino () 2.- Femenino ()

Edo. Civil:

- 1.- () Casado (civil)
- 2.- () Soltero
- 3.- () Unión libre
- 4.- () Viudo
- 5.- () Separado

Escolaridad⁽⁴⁾:

1. () Analfabeta
2. () Primaria incompleta
3. () Primaria completa
4. () Secundaria incompleta
5. () Secundaria completa
6. () Medio superior incompleta
7. () Medio superior completa
8. () Licenciatura incompleta
9. () Licenciatura completa

6. ¿Padece usted alguna enfermedad aparte de la Insuficiencia Renal Crónica?

- 1. () Si
- 2. () No

7.- ¿Cuál enfermedad padece aparte de la Insuficiencia Renal Crónica?

- 1.- () Diabetes mellitus
- 2.- () Hipertensión arterial
- 3.- Otra (anote cual) _____

8. ¿Cuántos años lleva de padecer Insuficiencia Renal Crónica?

- 1. () 0-5 años
- 2. () 6-10 años
- 3. () 11-15 años
- 4. () 16-20 años

9.- ¿Con quién vive en su casa?

- 1.- () Esposo (a)
- 2.- () Hijos
- 3.- () Hermanos
- 4.- () Tíos
- 5.- () Primos
- 6.- () Padres
- 7.- () Nuera o Yerno
- 8.- () Nietos

10.- Ocupación:

- 1. () Hogar
- 2. () Desempleado (a)
- 3. () Profesionista
- 4. () Pensionado (a)
- 5. () Negocio propio
- 6. () Empleado
- 7. () Obrero

11.- Ingresos económicos por:

- 1.- Actividad laboral (si) (no),
- 2.- Incapacidad o pensión (si) (no)
- 3.- Percepción de recursos económicos no propios (otras personas): (si) (no)

12.- Ingreso mensual familiar _____

- () 1-2 salarios
- () 3-4 salarios
- () 5-6 salarios

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación. Por favor conteste de manera sincera y tome su tiempo. Puede preguntar cualquier duda.

1: Casi nunca 2: Pocas veces 3: A veces 4: Muchas veces 5: Casi siempre

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

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

- 1.- De 70 a 57 puntos. Familia funcional
- 2.- De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional
- 3.- De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional
- 4.- De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLINICA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA INTEGRADOS A
PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL DE LA UMF75.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Núm. De registro: _____

Lugar y Fecha México, D.F

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____

“Funcionalidad familiar en pacientes adultos integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75 “.

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

El objetivo del estudio es: Evaluar el grado de funcionalidad familiar de los pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal de la UMF 75

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Participando llenando la encuesta

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Mónica Yuridia Pérez Hernández Mat. 98155633

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

SEDE: UMF Dirección Av. Chimalhuacán, esq. López Mateos, Col. El palmar

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Cel. 044 55 34 58 13 31 ó Tel. UMF 75 57 35 05 16 Extensión enseñanza: 51400

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013

