

**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**



**“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES EN HEMODIALISIS
DERECHOHABIENTES DEL HGR CON UMF 220 DEL IMSS TOLUCA MÉXICO,
PERIODO 2011-2012”.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA.**

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

**PRESENTA
M.C. EVELYN HIGAREDA NAMBO**

**DIRECTORA DE TESIS
E.M.F. MARIA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ**

**REVISORES DE TESIS
PH.D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
E.MF. BLANCA ESTHELA ARIZMENDI MENDOZA
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

TOLUCA, MÉXICO

2013

**“FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE
HEMODIALISIS DERECHOHABIENTES DEL HGR CON UMF 220 DEL IMSS,
TOLUCA, MÉXICO, PERIODO 2011-2012”**

ÍNDICE

CONTENIDO	PAG
I. MARCO TEÓRICO.	1
I.1. Pareja y familia	1
I.2. La pareja como sistema	2
I.3. Resiliencia en la pareja	3
I.4. Enfermedad y funcionalidad conyugal	7
I.5. Funciones conyugales	8
I.6. Enfermedad crónica	9
I.7. La familia y la insuficiencia renal	9
I.8. Aspectos psicológicos del adulto con insuficiencia renal Crónica.	10
I.9. Determinación de nuestro papel en la relación del paciente en Hemodiálisis.	11
I.10. Apoyo tanatológico a las parejas	13
I.11. Insuficiencia renal crónica	13
I.12. Antecedentes históricos de la hemodiálisis	15
I.13. Complicaciones	16
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	17
II.1. Argumentación.	17
II.2. Pregunta de Investigación.	17
III. JUSTIFICACIONES.	18
III.1. Académica.	18
III.2. Social.	18
III.3. Familiar.	18
III.4. Económica.	19
IV. HIPÓTESIS	20
IV.1. Elementos de la hipótesis.	20
IV.1.1. Unidades de Observación.	20
IV.1.2. Variables.	20
IV.1.2.1. Dependiente.	20
IV.1.2.2. Independientes.	20
IV.1.3. Elementos lógicos de relación.	20
V. OBJETIVOS	21
V.1. General.	21
V.2. Específicos.	21
VI. MÉTODO.	22
VI.1. Tipo de estudio.	22
VI.2. Diseño del estudio.	23
VI.3. Operacionalización de variables.	23
VI.4. Universo de Trabajo.	24
VI.4.1. Criterios de inclusión.	24
VI.4.2. Criterios de exclusión.	24
VI.4.3. Criterios de eliminación.	24
VI.5. Instrumento de Investigación	25
VI.5.1. Descripción	25
VI.5.2. Validación	26

VI.5.3	Aplicación	25
VI.6	Desarrollo del proyecto	27
VI.7	Límite de espacio	27
VI.8	Límite de tiempo	27
VI.9	Diseño de análisis	27
VII.	IMPLICACIONES ÉTICAS.	28
VIII.	ORGANIZACIÓN	29
IX.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
X.	CUADROS Y GRÁFICOS	31
XI.	RESULTADOS	
XII.	CONCLUSIONES	42
XIII.	RECOMENDACIONES	43
XVI.	BIBLIOGRAFÍA	44
XIV.	ANEXOS (evaluación del subsistema conyugal, ficha de Identificación y carta de consentimiento informado)	46

I. MARCO TEÓRICO

I.1. Pareja y familia.

A partir de que el hombre aparece en la tierra y luego de pasar muchas etapas en la historia de la familia surgieron nuevas formas de organización familiar que ya tienen una documentación histórica más precisa y cronológica, una de ellas es la que clasifica los grupos conyugales por generaciones.

Definición de familia: La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, es un sistema que a su vez se compone de subsistemas; subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), en esta investigación en particular nos interesa el subsistema conyugal y su afección. (1)

El antecedente de todo tipo de grupo humano es la pareja. Los grupos humanos en el transcurso de su historia y en el hecho de convivir en un mismo lugar se han creado gradualmente. En la mayoría de las sociedades se ha protegido a la pareja y a la familia como una forma de cuidar la continuación de la especie y el progreso de la civilización.

La pareja cubre funciones fisiológicas, biológicas y sociales sin las cuales la existencia de la especie humana no sería posible.

Definición de pareja: La pareja es un conjunto que constituye dos procesos individuales en interacción simultánea; como tal y desde la teoría general de sistemas, poseedor de las características típicas: Totalidad, límites, jerarquías, equifinalidad, comunicación, circularidad y capacidad para el cambio. Es un sistema sujeto a un proceso, cuya duración es difícil de definir, de construcción mutua uno junto al otro y de definición conjunta frente a los demás.

De manera general puede decirse que la mayoría de las parejas se integran cuando surge la atracción por la otra persona, esta puede ser correspondida o no pero cuando se hace recíproca se manifiesta el enamoramiento y el pugnar por hacer permanente una relación y perpetuar el vínculo entre las dos personas.

Una vez constituida la pareja se requiere para su mantenimiento de tres niveles de atracción mutua:

-Nivel de atracción física que muestra el gusto físico por la otra persona, y que los acercamientos y las relaciones físicas entre ambos sean gratificantes.

-Nivel de atracción intelectual que implica que la posibilidad de que los integrantes tengan una comunicación abierta y tengan de que hablar y compartan intereses y actividades.

-Nivel de atracción afectiva que consiste en que para que una pareja armónica exista y se desarrolle, deben existir sentimientos de amor y cariño entre ambos.

Todo esto debemos tenerlo en cuenta ya que cuando un paciente presenta alguna enfermedad crónica estos tres aspectos tan importantes en relación de pareja se ven mermados de una forma tan importante que producen disfunción en el subsistema conyugal. (2)

I.2. La pareja como sistema

Al enfocarnos en la pareja como un sistema, consideremos lo que el proceso y decisión más importante que cada miembro en una pareja realiza es el de seleccionar a una persona con quien va a gastar su existencia y con quien conjuntamente va a estar construyendo una relación. (3)

La relación de pareja es de alguna forma la más importante relación para el crecimiento de cada uno de sus miembros. En resumen, la pareja es una combinación de las necesidades de cada uno de los individuos junto con las necesidades propias que ha generado la relación. De ahí que en el territorio de la pareja consideremos los aspectos tempranos de la construcción de la pareja y cómo su constitución estará mejor hecha cuando ambos individuos hayan completado sus tareas de reestructuración de las relaciones con sus familias de origen. En términos de los procesos de individuación y diferenciación, cuando los miembros de la pareja hayan aprendido de sí mismos, en términos del reconocimiento de sus propios caracteres, esto los conducirá a desarrollar una identidad como pareja, a alcanzar formas efectivas de comunicación y resolución de problemas y a establecer un patrón mutuo de relación con sus familias, amigos y ámbitos de trabajo. En este punto la pareja comprenderá que se trata básicamente de lograr proveerse de manera mutua un espacio para el crecimiento personal. (4)

En 1998 Lewis planteaba cinco aspectos fundamentales para tener en cuenta cuando deseamos determinar la calidad de una relación:

1. *Poder*. Este es un aspecto complejo, dada la definición misma del término. Existen muchas clases de poder que estarán presentes en la dinámica de las parejas, por ejemplo, será ejercido por un miembro o por el otro en diferentes circunstancias o será compartido en otras pero lo esencial es que de la manera como se resuelvan estas situaciones de poder, se determinará buena parte de la evolución de las parejas.

2. *Proximidad-distancia*. Se entiende como la intensidad emocional, la cantidad de actividades y valores compartidos. Cada uno de los miembros de la pareja

determinará qué tipo de distancia emocional considerará como próxima y en qué momentos se asumirá como muy distante. También se establecerá qué clase de comportamientos denotarán intimidad.

3. *Inclusión-exclusión*. Esta dupla indica quién es más considerado como parte del sistema de la pareja. Esta clase de límites no solamente se aplicarán a familiares y otras personas, sino que también involucran aspectos como intereses profesionales, lo mismo que los recreativos.

4. *Compromiso de pareja*. Ambos miembros de la pareja necesitan experimentar y sentir que cada uno y los dos están comprometidos con la relación y que son prioritarios en la vida del otro.

5. *Intimidad*. Compreendida como la posibilidad del conocimiento del otro más allá de la imagen construida en la interacción familiar o social, por ejemplo, la posibilidad de compartir de manera recíproca los aspectos vulnerables de cada uno. Adicionalmente la construcción de espacios y tiempos propios de la pareja.

Los factores que podrían ser considerados los mejores predictores de lo que es una buena relación básicamente son la comunicación, la habilidad para resolver conflictos, la capacidad de comunicar las diferentes necesidades frente al otro, las compatibilidades en la personalidad, unas expectativas realistas frente al otro como compañero y como pareja y un acuerdo en los principios religiosos.(5)

I.3. Resiliencia en la pareja.

El concepto de resiliencia orientado a la comunidad, es un enfoque basado en la práctica de fortalecer a las familias en crisis (por ejemplo, con un trauma importante, una pérdida), en alteraciones en las transiciones (separación, divorcio, migración), y frente a los desafíos de la persistencia de múltiples condiciones de estrés (por ejemplo, la enfermedad de un cónyuge, la discapacidad, las dificultades económicas. Su enfoque se dirige a las influencias del desarrollo sistémico, cultural y espiritual en el sufrimiento, la curación, y la resiliencia.

En psicología, el término resiliencia se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas como en los pacientes con diagnóstico de una enfermedad crónica y que dependen de procedimientos médicos para seguir viviendo.

Cuando un sujeto es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos.

Los enormes cambios sociales que repercuten en la relación de pareja significan un nuevo desafío para las familias. En toda cultura las parejas hacen una especie de contrato metafórico para determinar no sólo si se llegará al matrimonio, sino también para establecer las reglas de la propia relación. La definición de cómo cada uno está en relación con el otro, puede ser llamada "algo para el otro". Pero también es cierto que un sistema de ideas compartido contribuye a formar y mantener patrones interactivos y además, la definición de los roles en base al sexo, condicionado culturalmente, ejerce una poderosa influencia y, a menudo inconsciente, dentro de los procesos organizativos y comunicativos de las parejas modernas, consideradas desde el punto de vista del ciclo vital familiar y dentro del

contexto social. El matrimonio o la unión libre es un contrato que define los derechos y deberes de los cónyuges, en el que a cada uno le puede ser dicho que haga X para que el otro haga Y en la familia normal tradicional, los derechos y deberes de los cónyuges están prescritos y limitados por los roles sexuales biológicamente determinados, aceptado por otra parte, es extremadamente importante que cada cónyuge se conforme con el estereotipo ligado al rol sexual, "no sólo para la compatibilidad sexual, sino también para la salud mental de los cónyuges e hijos, y por el éxito del matrimonio".

Una relación sana presupone un proceso activo de búsqueda y definición de la relación a través del "algo para el otro" conyugal.

En una relación de pareja ambos deben colaborar en un gran número de responsabilidades, ganar dinero, ocuparse de la casa, relaciones sociales, relaciones sexuales, hacer de padres por un tiempo presumiblemente largo. Las reglas de relación que tiene una pareja para afrontar estas responsabilidades establecen el grado de salud o disfuncionalidad de la propia pareja. Las reglas de relación de una familia son consideradas como específicas y únicas de aquella familia, en tanto que las consideraciones sociales y culturales tienen un lugar secundario aunque obvio. (6)

Ninguna pareja inicia una relación partiendo de cero, cada individuo tiene un sistema de creencias y de expectativas en relación al matrimonio que se ha estructurado a partir de las experiencias en la familia de origen y de otras experiencias matrimoniales y de pareja, todo esto inmerso en la cultura de una comunidad y sociedad específica.

Sea por razones económicas o por aspiraciones personales, la mayor parte de las mujeres tienen objetivos profesionales. Desde el momento en que nuestras preferencias y nuestros modelos conyugales han cambiado drásticamente, nuestros paradigmas respecto a un matrimonio sano y satisfactorio son obsoletos y no se adaptan a la complejidad de la vida de la mayoría de las parejas. En particular, las reglas implícitas que guían el modelo de organización y comunicación de una pareja deben ser escrupulosamente examinadas y negociadas cuando se demuestren como disfuncionales para el matrimonio.

Modelos organizativos.

Al examinar las estructuras y competencias de una pareja es necesario tomar en consideración las relaciones entre familia y sistema laboral. Se ha definido el contrato matrimonial clásico en términos de división de áreas de responsabilidad. El terreno de la mujer, fundamentalmente la casa, comparte la responsabilidad de ésta y de los hijos, el del hombre, el trabajo, conlleva la responsabilidad del sostén económico de la familia. Ahora el matrimonio más común es aquel en que los dos trabajan. En un plano teórico este contrato se caracteriza por roles simétricos entre marido y mujer. La idea subyacente a este tipo de relación es que el trabajo de los dos es de igual importancia para la pareja y, sobre un plano de igualdad, cada uno toma la responsabilidad de los hijos y de la casa. Pero aunque la mayor parte de las mujeres trabaja, la mayoría de los contratos matrimoniales se basa en un sistema de ideas tradicional, por lo que las mujeres acaban por sumar un trabajo fuera de casa al tradicional cargo dentro de ella. Este hecho subraya un serio desequilibrio estructural en muchos matrimonios actuales. El resultado es, a menudo, una ruptura.

Los maridos raramente eligen estar mucho tiempo en casa, ya que la identidad masculina y su valor son medidos en términos de éxito en el trabajo.

Poder e igualdad.

El equilibrio de poder entre mujer y marido es un tema fundamental en la organización del sistema conyugal. Las parejas funcionales consiguen mantener una complementariedad al enfrentar las responsabilidades y, al mismo tiempo, un sentido de igualdad y de liderazgo compartido. Por el contrario, las familias disfuncionales, se caracterizan por un desequilibrio de poder, cuanto mayor es la posición de dominación y de autoridad de uno sobre otro, más disfuncional e insatisfactorio es el matrimonio. Las parejas con una relación asimétrica, con roles y funciones diferentes, generan un estado de desequilibrio de poder. La igualdad no significa que marido y mujer deban asumir las mismas responsabilidades ni los mismos modos ni la misma cantidad. Cualquiera que sea el acuerdo, lo que es verdaderamente necesario es un sentido de reciprocidad, de tal forma que ambos miembros estén convencidos de que cada uno se hace cargo de algunas responsabilidades y que las respectivas contribuciones tienen valor y forman parte de un equilibrio que dura en el tiempo.

Adaptabilidad.

Uno de los requisitos principales para el buen funcionamiento de una pareja y de una familia es la adaptabilidad que tiene que ver con el equilibrio entre el mantenimiento de una estructura estable, y al mismo tiempo flexible en respuesta a los cambios de la vida.

Las parejas deben establecer reglas claras que deben poder ser renegociadas y cambiadas. Dada la complejidad de los requerimientos de la vida cotidiana, la claridad y la coherencia son esenciales para el orden, predictibilidad y cumplimiento de las responsabilidades laborales y familiares. Al mismo tiempo, las variaciones inesperadas, las crisis y las eventuales responsabilidades que se añaden exigen flexibilidad y tolerancia para el caos que ocasionalmente se puede producir.

Cohesión.

Las parejas sanas consiguen encontrar un equilibrio entre cercanía y respeto a la separación y las diferencias individuales, hay una implicación compartida en la relación y en su continuidad, y la expectativa de que cada uno sea para el otro la cosa más importante.

Es muy difícil mantener cohesión e intimidad en la pareja cuando ambos tienen intereses laborales separados que interfieren en el tiempo y en las energías dedicadas a la relación. En los matrimonios tradicionales se espera que las mujeres sacrifiquen o pospongan la satisfacción de las necesidades personales y de relación a la carrera del marido. Si se mantiene algún nivel de cohesión es a expensas casi exclusivamente de la adaptación de la mujer a la prioridad de su compañero.

Procesos comunicativos.

La comunicación tiene dos funciones distintas. Cada mensaje tiene un aspecto de contenido que vehicula informaciones sobre hechos, opiniones, emociones, experiencias y un nivel relacional a través del cual viene definida la naturaleza de la relación entre los dos participantes. Para que una pareja sea sana es necesario claridad de reglas, papeles y mensajes. A causa de la complejidad y ambigüedad

de la vida contemporánea, las parejas deben redefinir y explicitar sus ideas y expectativas en relación" al matrimonio, al compañero y a si mismos constantemente. Si no hay claridad y coherencia pueden producirse muchos malos entendidos, que sumados unos a otros producen frustración y conflicto.

La expresión de las emociones.

Es otro aspecto vital en la comunicación de pareja. Cada pareja debe llegar a un acuerdo sobre cómo expresan recíprocamente los sentimientos de amor, afecto y cuidado. Cuando las parejas dicen tener problemas de comunicación, en realidad se están refiriendo a otras dificultades. En esos casos las mujeres lamentan, probablemente, una falta de demostración de afecto por parte del marido y éstos la falta de interés sexual de ellas. Los hombres, a menudo, con una educación tradicional, piensan que demuestran su afecto aportando a la economía familiar, y en este esfuerzo no se sienten suficientemente valorados por las mujeres.

Los criterios de lo que es satisfactorio o no en una relación son sensiblemente diferentes para hombres y mujeres. Puede que la mujer se sienta insatisfecha en la relación, mientras que el marido participa a su pesar sólo porque la mujer se queja demasiado. A menudo mujer y marido no se encuentran. La mujer podría tener dificultades para pedir algo para sí misma al marido, o esperar que él sepa lo que ella necesita y pensar que lo que es obtenido por petición suya no tiene valor, ella está acostumbrada a intuir las necesidades de los otros y a cubrir las antes, a veces, de que sean expresadas.

Resolución de problemas.

La diferencia entre parejas funcionales y disfuncionales no viene dada por la ausencia de problemas o por su presencia, sino por la capacidad de afrontar y resolver las dificultades que aparecen a lo largo de una vida en común. Es importante estar atentos a no creer en el mito de que las parejas "normales" no tienen problemas. Se ha comprobado que las parejas que funcionan mejor están sometidas a un menor número de sucesos estresantes. La acumulación de estos acontecimientos, especialmente los referidos a pérdidas y grandes desorganizaciones, pueden poner en peligro incluso el matrimonio que mejor funcione. En el matrimonio tradicional las reglas de relación suelen ser claras y congruentes con la familia y la comunidad, que les ofrecen modelos y soporte. Las parejas no tradicionales experimentan una especie de cambio discontinuo desde el momento en que deben diseñar nuevos paradigmas que sean funcionales para sus necesidades y las necesidades de la vida. El proceso de resolución de problemas puede ser considerado como una progresión de la identificación compartida de un problema a través del acuerdo hasta su resolución. Todas las personas que viven juntas tienen diferencias entre ellas que en el tiempo se confunden. Algunas parejas podrían requerir ayuda para resolver algunas y para reconocer y respetar otras, de tal forma que la relación pueda continuar. Las parejas disfuncionales, a menudo, tienen dificultad para expresar las diferencias por un miedo catastrófico de que el conflicto aumente y emerja la violencia o la ruptura. También las peleas por el control de la relación impiden la solución del problema. Una vez que han emergido las diferencias los cónyuges pueden caer en la trampa de "el que tiene la razón y el que no" sin ninguna capacidad para considerar el punto de vista del otro.

Un modelo coevolutivo del ciclo vital de la familia.

Algunas parejas deben ser ayudadas a examinar cómo sus ideas y premisas guían y fuerzan en una determinada dirección sus modelos interactivos. Para obtener esto, todavía necesitamos de una idea del matrimonio basada en un modelo coevolutivo del ciclo vital, de fases de implicación en diferentes áreas o de una alternancia de fases entre mujer y marido. Es necesaria una imagen evolutiva del matrimonio para cambiar la forma estática de castillo o prisión para llegar a una más flexible que pueda ser poco a poco remodelada por ambos en el tiempo para acercarse al cambio de necesidades. En cualquier estadio del ciclo vital en que la pareja se encuentre puede ser ayudada para llegar a ser más previsora, pensar y planificar, clarificar las expectativas propias y en relación al compañero, acordar de manera más explícita algo para el otro.

El punto del ciclo vital es imprescindible también para redefinir los problemas que la pareja presenta como stress transicionales y para considerar la transición como una oportunidad para cambiar. Es importante apreciar la diversidad de la pareja y no imponer las propias ideas y los propios parámetros sobre cómo debe ser. Las parejas tienen mucho miedo de que la suya no sea una relación "normal", y cuando se ponen a examinar el matrimonio de los amigos no encuentran muchos que puedan ser considerados felices. Las parejas tienen su idea de normalidad, su ideal de pareja en sus específicas circunstancias de vida y de su orientación cultural. (7)

I.4. Enfermedad y funcionalidad conyugal.

Una pareja funcional no es aquella que carece de conflictos sino aquella que los sabe resolver, tanto problemas instrumentales (redefinición de roles) como los afectivos, por ejemplo ante el diagnóstico de insuficiencia renal y su tratamiento, podría esperarse una crisis paranormativa que en una familia con una pareja funcional será más fácil de resolver. (8)

Cuando se presenta una enfermedad muchas de las características de disfunción no son aplicables a este momento y esta circunstancia. Es muy frecuente que las parejas que presentan una enfermedad incapacitante se vuelvan sintomáticas, y agoten sus recursos tanto emocionales como materiales.

El enfermo puede usar al enfermedad como medio para mantener el control en la relación y conseguir manipular al otro.

Suelen ocurrir alianzas entre el enfermo y el cuidador primario que generalmente es la pareja, debido a que la persona enferma queda sin funciones y se las hereda al cuidador primario y se vuelve dependiente y sobreprotegido.

Afectos: Generalmente, el cuidador primario es el integrante más desgastado por la dinámica de la enfermedad y el que requiere mayor apoyo, ya que es común que este miembro recurra al abandono personal y al aislamiento social, para

dedicarse por entero a atender al enfermo, y es probable que se sienta no reconocido en sus esfuerzos.

Para el enfermo la enfermedad significa la pérdida de su integridad corporal, de la pérdida de certidumbre y de la libertad de actuar de la forma que el desea, lo cual trae consigo una gran variedad de sentimientos los cuales deben ser expresados, ya sea entre los miembros o, con las personas externas, incluyendo a los profesionales.

La familia debe reorganizarse respecto a las necesidades del enfermo y de los demás miembros. Es comprensible que el periodo de crisis que origina la desorganización y una necesidad de reacomodo de funciones, los miembros de la familia se centren en el enfermo, pero conforme va pasando la enfermedad y se vayan adaptando a ésta, la familia tendrá que equilibrar las necesidades de cada miembro con las necesidades de la enfermedad. En otras palabras, en las fases de crisis, la enfermedad familiar favorece una tendencia hacia mayor cohesión familiar, acaparando toda la atención la enfermedad, pero en la fase crónica como tal la familia es menos cohesiva, ya que se adapta y equilibra las demandas de la enfermedad con las necesidades propias de cada miembro.

Así mismo la familia y sobre todo la pareja necesita momentos de esparcimiento, distracción, retomar actividades placenteras que disminuyan su estrés constante. Descanso ante el agotamiento del cuidador primario. Esto se llama "Poner la enfermedad en su lugar". (9)

I.5. Funciones conyugales

Minuchin (1984) afirma que para que exista funcionalidad dentro de una familia, ésta debe dividirse en tres subsistemas: conyugal, parental y filial, regulados por fronteras. Él utiliza el término de Koestler Holón, que viene de la raíz griega holos que significa todo y on que significa parte, para designar el todo y una parte al mismo tiempo. Es una manera de designar cada uno de los subsistemas dentro de una familia y fuera de la familia.

En cuanto a funciones del holón conyugal el mismo autor lo describe de la siguiente forma:

El Holón conyugal: se forma por dos adultos hombre y mujer que se unen con el propósito de formar una familia. Los dos nuevos compañeros traen consigo una gran cantidad de valores, expectativas y formas de organización. Tendrán que formar conscientemente nuevas pautas de interacción, en la que cada uno deberá ir cediendo un poco de su individualidad para ajustarse uno al otro, aunque siempre existirán puntos de fricción, este holón a de elaborar una plataforma de acción de

donde fijarán los límites que los protegen sin descuidar la satisfacción de sus necesidades fisiológicas y la interacción de parientes políticos, hijos y otras personas. En cuanto a las funciones con los hijos los conyugues proporcionan una base de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar y un refugio frente a las fricciones. (10)

I.6. Enfermedad crónica.

En la fase crónica de la enfermedad puede haber momentos de recuperación con recaídas consecuentes, en esta parte de la enfermedad se vuelve parte de las familias, volviéndose algo cotidiano para todos.

Si la enfermedad tiene un pronóstico fatal, esta fase es un tiempo ganado, a veces un regalo inesperado, donde se disfruta a la persona enferma, en otros casos puede ser visto como una carga que genera sufrimiento excesivo.

Posteriormente a esta fase o periodo la familia y en este caso el conyugue se enfrenta a la inminente muerte del enfermo. (11)

I.7. La familia y la insuficiencia renal crónica.

Los múltiples cuidados que el enfermo requiere hacen que el enfermo asuma una posición central, la familia tiende a aislarse del exterior, cerrando sus fronteras externas, ya que su preocupación principal es el paciente.

Generalmente cuando el enfermo es el adulto, la pareja se dedica a brindarle ayuda y apoyo necesario, a costa de interrumpir sus actividades cotidianas. Si el enfermo es el marido, un hijo mayor o un pariente de la familia extensa asumen las funciones a las cuales se dedicaba la esposa antes del padecimiento; por otra parte la mujer contará con un amplio grupo de pacientes que la podrán ayudar con el cuidado del paciente debido a que dispone de un mayor círculo de amistades o apoyos sociales. De este modo su problema no será quien le brinde apoyo emocional a ella y al enfermo, sino el aspecto económico, especialmente si el cónyuge era el proveedor del hogar.

Al hacerse salvaguardia de su marido la esposa adquiere mayor jerarquía que él tanto ante sus ojos como ante los del resto de la familia. Por supuesto que esto no descarta la posibilidad de que el cónyuge adquiera la centralidad a través de su enfermedad y trate de controlar al cuidador primario, mediante su dolor, su incapacidad o haciéndole servir inútil e inservible. Todo lo anterior también resulta aplicable en caso de que sea la esposa quien se encuentra sufriendo de IRC, a excepción de que el cónyuge frecuentemente buscará apoyo en una de las hijas del matrimonio, o bien en la madre o en las hermanas de la enferma para constituir el grupo de cuidadores primarios.

Si la pareja es el cuidador primario se forma una alianza cerrada, donde se brinda apoyo de tipo instrumental principalmente, es decir por una parte se presenta un sobreinvolucramiento instrumental y por otra parte cierto desapego emocional, dado que existen sentimientos ambivalentes por parte del cónyuge “sano” con respecto al enfermo. En cierto modo el cuidador primario manifiesta rencor hacia el enfermo por resultarle tan demandante, así como por los múltiples cuidados que le exige; sin embargo se culpa por pensar y sentir de ese modo, además, sufre a la par del enfermo, a medida que se deteriora física y mentalmente. Así que el esposo “sano”, tratará de construir, un apoyo para su cónyuge, garantizándole bienestar, atención y cuidados, pero tratará de impedir que el paciente le comunique sus sentimientos y emociones, ya que estos lo angustian.

Esto último conducirá a que las fronteras individuales de la pareja y los miembros de la familia se cierren, impidiendo expresar los sentimientos de angustia, miedo, dolor, frustración, desesperanza, rabia, tristeza, etc., pues existe la prohibición silente, pero firme a manifestar un sentimiento negativo.

Las funciones intergeneracionales de la familia se vuelven permeables, permitiendo que determinados familiares, especialmente los hijos, lleguen a formar una red de apoyo para el cuidador primario, así como para quien padece la enfermedad, lo cual favorece el bienestar del mismo.

Como ya vimos si la enferma es la mujer el esposo delega por lo general el cuidado a otra persona, concentrándose en su rol de proveedor. El marido consolida su jerarquía al hacerse cargo de la tarea instrumental de su esposa, tanto frente a ella como al resto de la familia, este rol inminentemente instrumental, lo separa de modo afectivo y emocional de la esposa, de manera que asume el rol de amigo o supervisor frente a ella. Ahora bien si el esposo decide convertirse en el cuidador primario descuidará su trabajo y la estabilidad económica. Además tendrá que delegar el cuidado de los hijos a otra persona, ya sea un hijo parental o un adulto de la familia extensa. Habrá que considerar que si el esposo asume el rol de cuidador primario contará con un círculo menor de personas a quien recurrir en caso de que desee apoyo emocional. (12)

I.8. Aspectos psicológicos en el adulto con insuficiencia renal crónica.

El adulto con insuficiencia renal crónica sometido a un tratamiento con hemodiálisis enfrenta a diario el hecho de que la vida sólo es posible gracias a este procedimiento y que depende de una ayuda externa para efectuar las funciones internas que su cuerpo no puede llevar a cabo. Esto le provoca un estrés importante tanto personal como familiar. El paciente se encuentra en un estado grave que necesita tratamiento médico permanente, y un estado de “buena

salud”, en el que el médico, el médico hospitalario y el mismo ven un obstáculo en las restricciones que la enfermedad y el tratamiento les imponen para llevar una vida normal y productiva.(13)

Abraham y colaboradores (1971) distinguen 4 fases en la evolución psíquica de los pacientes con IRC, los cuales son dependientes del contexto familiar, social o del nivel intelectual del paciente. La primera corresponde al estado psíquico en la uremia terminal, en esta fase el paciente presenta generalmente inversión del sueño-vigilia, retardo en la ideación y manifestaciones neurológicas ligadas a la uremia, fatiga, apatía dificultad para la concentración, depresión, inestabilidad psíquica, incoordinación motora, aunque algunos pacientes siguen activos hasta la siguiente fase en la que se inicia la hemodiálisis. La segunda fase se denomina “el retorno de entre los muertos”, ocurre en las primeras semanas de hemodiálisis y puede durar de 1 a 6 meses, constituye la etapa de euforia, donde la apatía y el decaimiento desaparecen con rapidez y el paciente comprueba que ya no se encuentra a las puertas de la muerte, presenta alegría por vivir. La tercera etapa se conoce como “el retorno de entre los vivos”, después de cierto tiempo el paciente ha aprendido a conocer las ventajas y las limitaciones del tratamiento y debe enfrentar su nueva situación, se siente débil, ansioso, resiente las presiones ejercidas por el medio, la familia y el equipo médico, a menudo esta etapa se presenta cuando se plantea la necesidad de reanudar sus actividades previas al diagnóstico; esta reincorporación al mundo exterior debe darse en forma progresiva y no abruptamente.

Una vez que el paciente se incorporó a la vida normal se preguntará si vale la pena seguir viviendo, el régimen dietético, los fármacos, etc.

Las limitaciones impuestas por el deterioro continuo que el paciente sufre al considerar las restricciones impuestas por la hemodiálisis desencadenan por lo común nuevamente los estados depresivos, el paciente conoce los medios de autodestruirse que la propia enfermedad le ofrece y tal vez puede llegar a utilizarlos. Un estudio de Goldstein y Reznikoff reveló que existe una incidencia de suicidio 400 veces mayor en los pacientes en hemodiálisis que en la población general.

Finalmente después de años de tratamiento llega a aceptarse la enfermedad, lo cual no supone una resignación sino más bien, una aceptación activa que conlleva al desafío y lucha. (14)

I.9. Determinación de nuestro papel en la relación con el paciente en hemodiálisis.

Nuestra relación con el paciente renal crónico viene determinada por tres factores fundamentales.

1º La situación médica del paciente. Es decir, que esté afecto de una IRC no complicada o complicada. Indudablemente el paciente libre de complicaciones va a ser más manejable y requerirá menos cuidados que aquel otro con IRC complicada.

2º La estructura psicológica. En la que hay que tener en cuenta la personalidad previa del paciente.

El estado de ánimo que experimenta para enfrentarse y aceptar la enfermedad de cuya respuesta (“encaje”) por parte del individuo va a depender su vida ligada al tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

Las variaciones psicológicas durante el tratamiento ya sea por inadaptación al régimen terapéutico, inadaptación a la máquina, a la toma de medicación, etc. Ya sea por las repercusiones psíquicas de complicaciones somáticas.

3º La problemática socio-económica. En que está envuelto el paciente, problemas familiares, conyugales o de relación con los hijos, o con un círculo de amistades (le miran como a un minusválido), problemas laborales (pérdida de empleo), inseguridad económica.

En resumen, la situación del paciente se ve enmarcada dentro de un cuadro de ansiedad relacionado no sólo con el miedo a la pérdida del bienestar físico, sino con la dificultad incrementada en mantener el empleo, en el estrés familiar y de pareja.

Factores determinantes en la reacción del paciente ante la enfermedad: No obstante, todos los pacientes no reaccionan igual frente a la enfermedad y esta reacción va a depender de una serie de factores que inciden en la rehabilitación del paciente y algunas de las cuales son modificables en sentido positivo por la labor del grupo asistencial.

Esos factores son:

La edad. Difiere la reacción de un niño que empieza a vivir y ve cortada sus posibilidades de libertad y proyección futura, a la de un adulto y esta a la de un anciano.

La personalidad previa.

La situación cultural, que determina que haya diferentes planteamientos ante la vida, a mayor cultura mayor sentimiento de enfermedad.

La situación socio-económica. A mayor estabilidad económica, menor incidencia de su enfermedad. (15)

I.10. Apoyo tanatológico a los pacientes en hemodiálisis y sus parejas.

La mayoría de los familiares y parejas de enfermos crónicos no han recibido capacitación *adecuada para asistir a sus familiares, tampoco reciben ayuda para prevenir el* síndrome de desgaste emocional o una ruptura de pareja que suele presentarse comúnmente resultado de la crisis paranormativa con el diagnóstico de la enfermedad crónica.

Por todo lo anterior es necesario que el paciente y su pareja reciban apoyo tanatológico para superar este duelo, de manera que pueden sufrir una reorganización y superar el conflicto.

La tanatología tiene como objetivo brindar apoyo emocional al enfermo y sus familiares, en este caso al cónyuge ya que ambos se encuentran en proceso de duelo y les dará la oportunidad de apoyarse, escucharse, comprenderse y no sólo a ellos, también al cuidador primario en caso de que este no sea la pareja. (16)

I.11. Insuficiencia renal crónica.

Epidemiología: La insuficiencia renal es la tercera causa de muerte hospitalaria en México. El Instituto Mexicano del Seguro Social atiende 80 por ciento de los pacientes que reciben tratamiento de diálisis o hemodiálisis a nivel nacional, a causa de enfermedades como insuficiencia renal crónica.

El instituto mexicano del seguro social tiende alrededor de 40 mil pacientes en diálisis peritoneal y otros 10 mil reciben tratamiento de hemodiálisis al año; además, es la institución en el mundo que presta sus servicios al mayor número de población con diálisis.

La insuficiencia renal, es una enfermedad silenciosa que representa la tercera causa de muerte hospitalaria entre la población mexicana, y se le considera un problema de salud pública en nuestro país.

En el poniente del estado de México se atienden a 535 pacientes en tratamiento con hemodiálisis, de los cuales 196 corresponden a la zona de Toluca. (17)

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo. Como consecuencia, cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis o hemodiálisis o en su defecto de trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención.

Se calcula que más de 71,000 pacientes recibirán tratamiento sustitutivo con diálisis o hemodiálisis en el 2012. (18)

Definición: La insuficiencia renal crónica se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida (19).

Son múltiples las causas de insuficiencia renal crónica. Más que una enumeración de las causas que la originan, es pertinente destacar que las principales causas han ido cambiando con el tiempo.(20) Anteriormente la glomerulonefritis era considerada la causa más frecuente de insuficiencia renal, sin embargo la nefropatía diabética ha llegado a ocupar el primer lugar, sobre todo en los países desarrollados seguido por la nefroesclerosis hipertensiva y en tercer lugar se coloca la glomerulonefritis.(21) Hay razones que explican estos cambios, así la diabetes mellitus se ha convertido en una enfermedad pandémica que continúa en fase de crecimiento. (22,23). Por otro lado los constantes adelantos en el manejo adecuado de la glomerulonefritis están impidiendo que la enfermedad se haga crónica y por lo tanto su importancia en la génesis de la insuficiencia renal ha ido disminuyendo (24,25).

La pérdida de las funciones depuradora y reguladora origina retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, en la concentración de solutos y en el equilibrio ácido-base de los distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro la vida del paciente hasta acabar con ella, a menos que se establezca una sustitución de estas funciones. La pérdida de las funciones endocrino-metabólicas originan alteraciones notables en el organismo, sin embargo, no compromete la vida del paciente, aunque alteran la calidad de vida del mismo.

La solución ideal sería aquella que permitiera sustituir eficazmente la totalidad de las funciones perdidas; sin embargo todavía desconocemos muchas de las funciones renales, y de aquellas conocidas solamente nos es posible suplir las que afectan a los mecanismos excretores renales.

Para sustituir estas funciones disponemos de distintos procedimientos de depuración extrarrenal como son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. En el último quinquenio estas técnicas reservadas antes a unos cuantos hospitales de vanguardia se han extendido a todas las instituciones sanitarias, e incluso han rebasado el ámbito hospitalario. (26)

Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de hemodiálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa progresivamente el costo de atención.

Recientemente, se están realizando hemodiálisis diaria con excelentes resultados: mejor hematocrito, mejor control de la presión arterial, de la nutrición, del estado mental, función social, menor morbilidad y por lo tanto menor necesidad de hospitalización (27).

I.12. Antecedentes históricos de la hemodiálisis.

El padre de la diálisis es considerado el investigador escocés Thomas Graham, (1830) que al ser profesor de química en la Universidad de Anderson de Glasgow y 7 años después al University College de Londres.

En 1913 John Abel y sus colaboradores realizaron la primera diálisis en animales y describieron una serie de experiencias con un primitivo aparato que denominaron "riñón artificial". Pero fue el Dr. George Haas que aplicando las ideas de Abel y compañeros, llega a practicar en 1926 la primera diálisis en un ser humano. La diálisis duró 35 minutos y aparte de una reacción febril, la paciente toleró bien el procedimiento. Lógicamente no tuvo efectos terapéuticos.

Posteriormente Haas realizaría otras 2 sesiones de diálisis, con 2 pacientes urémicos y precisamente utilizando ya la heparina recientemente descubierta por Howell y Holt, aunque con grandes problemas para su purificación.

Es en los años 40 cuando la aparición del riñón rotatorio de Koll y el desarrollado por Murray, cuando la hemodiálisis llega a ser un procedimiento aceptado para una aplicación clínica.

En 1955 la hemodiálisis sólo se aplicaba en unos cuantos hospitales y en casos excepcionales ya que muchos la consideraban un procedimiento experimental laborioso, caro y peligroso.

Hasta 1960 aunque Quinton y Scribner implantaron el primer shunt externo, construido con finas paredes de teflón para insertarlo en la arteria radial y en la vena cefálica de los pacientes, posibilitó el acceso repetido a la circulación de los mismos y el nacimiento en 1961 del primer programa de hemodiálisis siendo creada en Seattle la primera unidad de HD ambulatoria de la historia.

A partir de este momento la evolución natural de la insuficiencia renal crónica ya no volvería a ser la misma, porque se había conseguido estandarizar un procedimiento para sustituir la función depuradora del riñón y evitar la muerte de estos pacientes. Había nacido el tratamiento de la insuficiencia renal crónica con hemodiálisis. La difusión de este procedimiento terapéutico fue extraordinario y en pocos años se crearon numerosas unidades de hemodiálisis.

Este shunt de Scribner presentaba la ventaja de ser utilizado inmediatamente después de su inserción y de ser utilizado repetidamente durante períodos relativamente largos de tiempo lo que permitió el nacimiento del programa.

En 1966 se produce un acontecimiento histórico cuando Cimino y Brescia describen la Fístula arterio-venosa interna (FAVI), la cual venía a resolver los problemas que habían quedado pendiente con el shunt de Scribner, ya que permite obtener un flujo sanguíneo adecuado, presenta baja incidencia de procesos infecciosos y trombóticos y es bien tolerado por el paciente.

La hemodiálisis constituye una modalidad terapéutica de sustitución de la función renal que hoy es aplicada mundialmente a cerca de 1 millón de pacientes con fallo

renal y que puede garantizar por varios años una adecuada calidad de vida en estos enfermos. Para ello, es necesario garantizar la eficacia de la misma, que es igual a controlar la suma de los múltiples detalles que la integran y que a largo plazo determinan la supervivencia del enfermo y las propiedades de la misma.

Constituye una tecnología moderna y sofisticada que permite realizar el proceder con seguridad y eficiencia, lo cual debe lograrse con calificación profesional del personal que la atiende, quienes deben conocer adecuadamente sus atribuciones, funciones y obligaciones. (28)

I.13.Complicaciones.

En los pacientes de hemodiálisis se presentan múltiples alteraciones en el organismo, entre estas se encuentran afección a nivel cardiovascular, pulmonar, digestivo, hematológico, renal, musculo esquelético, inmunológico, dermatológico y endócrino.

Estas últimas de importancia en este momento y que pueden influir más en la disfunción conyugal secundaria a la insatisfacción sexual en ambos cónyuges. Entre estos factores determinantes se encuentran el síndrome de galactorrea-amenorrea, es excepcional que una mujer se embarace con $Cr >3$ mg/dL, y si lo logra el producto no llega a término o presenta retraso en el crecimiento intrauterino, esto obedece a niveles bajos de estrógenos que llevan a amenorrea, impotencia en hombres, oligoespermia, atrofia testicular, displasia de células germinales, disminución en los niveles de testosterona, disminución de la libido e impotencia sexual o disfunción eréctil.(29)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

Según muchos estudios revisados los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis están en la búsqueda personal de propósito y significado en la vida, pudiendo encontrar una forma de bienestar psicológico al tener una vida familiar y de pareja funcionales ya que esto mejora el estado de salud y la calidad de vida percibido por el mismo paciente. El grado de bienestar psicológico de estos pacientes es relativamente bajo. La expectativa de vida de estos pacientes es muy corta en comparación con la de la población general, por lo que sugiero en este estudio que considerar y evaluar el grado de funcionalidad de pareja en los pacientes en hemodiálisis puede ser de utilidad para la práctica clínica para un mejor apego al tratamiento médico y una mortalidad más tardía.

Debemos considerar que la pareja es la base de la familia y que si consideramos a la pareja como base de un sistema, la afección de la base del sistema afecta a las demás partes.

Actualmente, México no cuenta con un registro nacional de enfermos renales crónicos y menos de su funcionalidad conyugal, pero si aplicamos el porcentaje promedio de habitantes enfermos en otros países (que equivale al 0.1% de la población), podemos estimar que hay más de 102 000 enfermos renales crónicos en el país, de los cuales sólo 37 000 cuentan con algún tratamiento sustitutivo de manera continua. El 80% de estos enfermos son atendidos por el IMSS, sin embargo, este porcentaje tiene un crecimiento anual de 11%, lo que representa una demanda deservicios de hemodiálisis claramente elevada, 2 de cada 10 pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 5 tienen tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis. En el poniente del estado de México se atienden a 535 pacientes en tratamiento con hemodiálisis, de los cuales 196 corresponden a la zona de Toluca. Se calcula que más de 71,000 pacientes recibirán tratamiento sustitutivo con diálisis o hemodiálisis en el 2012. La insuficiencia renal, es una enfermedad silenciosa que representa la tercera causa de muerte hospitalaria entre la población mexicana, y se le considera un problema de salud pública en nuestro país que trae consigo altos costos económicos, no sólo por la necesidad de la hemodiálisis sino por la baja laboral permanente de la mayoría de los pacientes y del incumplimiento de las funciones dentro del subsistema conyugal.

II.2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la funcionalidad conyugal en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis derechohabientes del HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca México, periodo 2011-2012?

III. JUSTIFICACIÓN

III.1 Académica.

El presente estudio se realiza con el fin de obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar así como la obtención de experiencia en realizar trabajos de investigación dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la universidad.

III.2 Social.

Uno de los papeles del médico de familia, es la labor de reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente y de la propia familia y tenerlos en cuenta para el cuidado del mismo, ya que podemos reconocer gran parte de su sufrimiento, de sus dificultades para enfrentar su enfermedad y el tratamiento así como las consecuencias que le acarrea en su vida cotidiana. Sin embargo, en la mayoría de los casos se deja del lado el impacto tan grande que trae este hecho a la vida de pareja.

En México existen pocos estudios acerca de la funcionalidad conyugal y es necesario realizar este tipo de estudios para implementar estrategias que disminuyan la problemática conyugal y a su vez la familiar en pacientes que presentan este tipo de enfermedades y tratamientos.

III.3 Familiar.

Cuando hablamos de que la familia es un sistema con interrelaciones entre sus integrantes entendemos que lo que sucede a uno de sus miembros repercute en los demás, según su estructura, el ciclo vital por el que esté atravesando la familia y los recursos con que cuente para superar diversas crisis, que en el caso de la enfermedad, puede ser una amenaza de muerte, pero sobre todo una amenaza a la función de la familia y sus subsistemas, entre estos el subsistema conyugal.

Por lo tanto esta investigación además de abordar la problemática que enfrenta una persona en tratamiento con hemodiálisis, abrirá el panorama a lo que sucede en la relación de pareja que se encuentra en un momento de crisis que rompe el equilibrio logrado en sus actividades y relaciones dentro y fuera del subsistema conyugal.

Considerando mi interés en el área médica, psicológica y específicamente en el área familiar, me he propuesto investigar bajo un enfoque sistémico los grados de disfunción conyugal existentes en la pareja conformada por el enfermo en tratamiento con hemodiálisis y su cónyuge, con la finalidad de explorar las modificaciones en la estructura y dinámica conyugal, así como los factores que inciden en la relación de pareja, lo que podrá ayudar a continuar algunas nuevas líneas de investigación o nuevos conocimientos que permitan la mejor intervención del enfermo en tratamiento y su cónyuge y mejoren su vida de pareja.

Además como médicos familiares debemos de proporcionar el diagnóstico oportuno en pacientes y prevenir crisis en la pareja en caso de que no la haya y aparición de otras enfermedades asociadas como la depresión y canalizarlos en forma temprana y adecuada para que reciban ayuda terapéutica y con esto mejoren su relación de pareja y el apego al tratamiento.

III.4 Económica.

Es importante identificar a los pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis ya que a esta enfermedad se le considera un problema de salud pública y trae consigo altos costos económicos, no sólo por el mismo tratamiento de la hemodiálisis los cuales serán cada vez mayores sobre todo si el paciente no se apega al tratamiento por la disfunción conyugal que presenta.

sino por la baja laboral temporal, permanente y por las pensiones que se generan.

IV. HIPOTESIS

En pacientes los pacientes en tratamiento de hemodiálisis derechohabientes del HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca México, periodo 2011-2012 predomina la disfunción conyugal moderada

IV.1 Elementos de la hipótesis

IV.1.1 Unidad de observación:

Pacientes en tratamiento de hemodiálisis derechohabientes del HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca.

IV.1.2 Variables

IV.1.2.1 Dependiente

Funcionalidad conyugal

IV.1.2.2 Independiente

Hemodiálisis

IV.1.3 Elemento lógico de la relación

En, el, del.

V. OBJETIVOS

V.1 General.

Identificar el grado de disfunción del subsistema conyugal en pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca México.

V.2 Específicos.

-Determinar el porcentaje de pacientes en tratamiento de hemodiálisis con disfunción en el subsistema conyugal en el HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca México.

-Determinar el porcentaje de pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca, México, que presentan disfunción conyugal moderada.

-Determinar el porcentaje de pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca, México, que presentan disfunción conyugal grave.

-Determinar el porcentaje de pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca, México, que presentan funcionalidad conyugal.

-Identificar la disfunción del subsistema conyugal en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis con respecto a la comunicación.

-Identificar la disfunción del subsistema conyugal en los pacientes en tratamiento hemodiálisis con respecto a la adjudicación y asunción de papeles.

-Identificar la disfunción del subsistema conyugal en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis con respecto a la satisfacción sexual.

-Identificar la disfunción del subsistema conyugal en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis con respecto al afecto.

-Identificar la disfunción del subsistema conyugal en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis con respecto a la toma de decisiones.

VI.METODOLOGÍA

VI.1. Tipo de estudio

Descriptivo, transversal.

VI.2. Diseño del estudio

Se aplicaron cuestionarios a los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis del servicio de medicina familiar y hemodiálisis del Hospital General 220, se les explico a cada uno en forma detallada el motivo del estudio y se les aplicó el instrumento contenido en los anexos previa firma de la carta de consentimiento informado. Posteriormente se clasificaron los datos obtenidos por sexo, estado civil y se identificó el grado de disfunción conyugal más frecuente.

VI.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	ITEMS
HEMODIÁLISIS	Técnica de depuración sanguínea de las sustancias nocivas por medio de hemodializadores extrarrenales.	Tratamiento sustitutivo de la función renal que implica altos costos económicos y que se realiza en pacientes con enfermedad renal crónica o aguda con filtración glomerular de - 15ml/min.	Cualitativa Nominal	Le realizan hemodiálisis si o no.	Anexo 2
FUNCIONALIDAD CONYUGAL	Capacidad del subsistema conyugal para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Cumplimiento de las funciones integrales de la pareja.	Cualitativa Nominal	40 pareja gravemente disfuncional 4 1-70 pareja moderadamente disfuncional 7 1-100 pareja funcional.	Anexo 1
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con la unión o convivencia con el sexo opuesto.	4 estados de los cuales sólo 2 se incluyen en este estudio.	Cualitativa Nominal	-Casado -Unión libre	Anexo 2
SEXO	Propiedad según la cual pueden clasificarse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas	Condiciones físicas que determinan al ser humano como hombre o mujer	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer	Anexo 2

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO

POBLACIÓN.

La muestra fue de un total de 90 personas, 45 pacientes y sus 45 parejas.

Se tomó la muestra a conveniencia del investigador, con el número total de pacientes en tratamiento con hemodiálisis y su pareja, casados o en unión libre, derechohabientes del HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca, México.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

-Que sean derechohabientes del IMSS del HGR con UMF 220 con insuficiencia renal que estén en tratamiento con hemodiálisis.

-Pacientes y parejas de los pacientes del género masculino o femenino en tratamiento con hemodiálisis que estén casados o vivan en unión libre que acepten participar en el estudio.

VI.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

-Pacientes o parejas de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis que suspendan o abandonen el estudio.

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

-Pacientes o parejas de los pacientes cuyas capacidades físicas y mentales impidan el llenado correcto del instrumento de investigación.

VI.5. Instrumento de Investigación.

Escala de evaluación del subsistema conyugal

VI.5.1 Descripción.

El instrumento de evaluación del subsistema conyugal es un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges, un instrumento que aborda las principales funciones que dicho subsistema lleva a cabo, los parámetros y la calificación asignada a cada uno de los ítems y estos son:

I. Comunicación

- a) clara
- b) directa
- c) congruente

II. Adjudicación y asunción de papeles

- a) congruencia
- b) satisfacción
- c) flexibilidad

III. Satisfacción sexual

- a) frecuencia
- b) satisfacción

IV. Afecto

- a) manifestación física
- b) calidad de convivencia
- c) interés por el desarrollo de la pareja
- d) reciprocidad

V. Toma de decisiones

a) conjunta

b) individual

A cada función se agrega un sistema cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.

Para comunicación se asigna un 30% del total de 100%, para adjudicación y asunción de papeles un 15% del total de 100%, para satisfacción sexual 20% del total de 100%, para el Afecto 20% del total del 100%, para toma de decisiones 15% del total del 100%.

La escala evaluativa que viene en los anexos responde a cada uno de los ítems.

- I. Comunicación con respuestas de nunca, ocasional y siempre con 0, 05 y 10% a cada uno respectivamente.
- II. Adjudicación y asunción de papeles con respuestas de nunca, ocasional y siempre con 0, 2.5 y 05% a cada uno respectivamente.
- III. Satisfacción sexual con respuestas de nunca, ocasional y siempre con 0, 05 y 10% a cada uno respectivamente.
- IV. Afecto con respuestas de nunca ocasional y siempre con 0, 2.5 y 05% a cada uno respectivamente.
- V. Toma de decisiones con nunca, ocasional y siempre con 0, 7.5 y 15% a cada uno respectivamente.

Sumando el puntaje total, las disfunciones se clasifican de la siguiente forma:

40 pareja gravemente disfuncional

41-70 pareja moderadamente disfuncional

71-100 pareja funcional.

VI.5.2 Validación.

El instrumento está validado en el año de 1993 por Chávez y Velazco para evaluar las disfunciones familiares del subsistema conyugal en México con inclusión de los criterios para su evaluación, publicado en la revista del instituto mexicano del seguro social del mismo año.

VI.5.3 Aplicación:

El instrumento fue aplicado por la tesista en el servicio de medicina familiar y hemodiálisis del HGR 220, Toluca.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Una vez que fue autorizado este protocolo por el comité local de investigación del HGR 220 del IMSS Toluca México y después de contar con el consentimiento informado de los pacientes se procedió a aplicar los instrumentos de investigación a la población de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis, los datos obtenidos de los cuestionarios se concentraron en una base de datos que se elaboro para el análisis para su posterior interpretación y descripción de resultados, realizándose la tesis para su liberación y presentación.

VI.7 Límite de espacio.

Se realizó aplicando de forma intencionada a los pacientes en tratamiento de hemodiálisis del HGR con UMF 220 del IMSS, Toluca México.

Aula 3 del mismo hospital.

VI.8 Límite de tiempo.

Se realizo de Junio 2011 a Octubre 2011.

VI.9 Diseño de análisis.

Una vez plasmada la información de los instrumentos se llevó a una base de datos para respaldo de la información y ya obtenidos los resultados de la aplicación de los cuestionarios, se procedió a analizar y representar lo obtenido mediante tablas y graficas con el programa de Excel.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó bajo las normas éticas regidas en la declaración de Helsinki “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica que involucre seres humanos”, normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos respetando todos sus apartados.

El procedimiento que se empleó para la recolección de la información no llevó ningún tipo de riesgo moral ni físico para los pacientes que participaron en este estudio, de cualquier manera se informará a los entrevistados que el estudio es con fines de investigación y que la información obtenida será confidencial.

Se otorgó el consentimiento informado a cada participante del estudio, donde se registra su nombre y firma para fines de aceptación. Cabe señalar que la hoja de consentimiento informado no tuvo relación con los cuestionarios aplicados.

Es decir esta investigación se llevó a cabo con el fin de desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la funcionalidad del subsistema conyugal en los pacientes de hemodiálisis tal como lo establece la Ley General de Salud en el Artículo 96.

Se presentó dicho estudio al comité local de investigación quien llevó su evaluación y aprobación del proyecto.

Siempre debe de respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su identidad. Debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y su personalidad. Por lo anterior descrito, en el presente estudio se mantendrá en el anonimato a todos los pacientes implicados en la investigación, así como los médicos participantes, manteniendo en confidencialidad toda la información que se genere en el presente estudio, siguiendo las normas éticas.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como categoría I, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales. Además la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 52^o asamblea general mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre 2000, que guía a los médicos en investigación biomédica, donde participan los seres humanos.

Es necesario demandar que el delicado y humano proceso de obtención del consentimiento libre informado tenga toda la intensidad ética que exige y en base a la ley general de salud en materia de investigación, artículos 21, 23, 33, 89 y 90 aplicando además la normatividad vigente del IMSS en materia inteligible la información que se ofrece.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Evelyn Higareda Nambo

Director de Tesis: E.M.F María Emiliana Avilés Sánchez

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los pacientes en tratamiento de hemodiálisis están en la búsqueda de bienestar no sólo físico sino también psicológico y esto sólo lo pueden lograr al tener una vida familiar y de pareja funcional.

Cruzado para pacientes en hemodiálisis, disfunción moderada 47%, disfunción grave 49% y funcionalidad conyugal 4%. Del total de pacientes y sus parejas 75% presentan disfunción del subsistema conyugal esto es mayor a lo expresado en otros países como Chile y Argentina, donde el porcentaje de disfuncionalidad conyugal es de un 40% aproximadamente.

En los estudios realizados en México y en otros países en pacientes en hemodiálisis se menciona la disfuncionalidad conyugal, pero no su clasificación en moderada, grave o funcional como lo hicimos en este estudio, donde encontramos disfunción moderada 50%, grave 26% y funcionalidad en el 24%.

La disfunción conyugal moderada se presenta en un 53% en la pareja y un 47% en el paciente, la disfunción grave se presenta en el 96% de los pacientes y 4% en su pareja y la funcionalidad conyugal en la pareja es del 91% y en el paciente 9%, lo que nos indica que la disfunción conyugal grave se presenta casi en todos los pacientes y no en sus parejas, así como la funcionalidad conyugal es presentada en mayor porcentaje por las parejas de los pacientes.

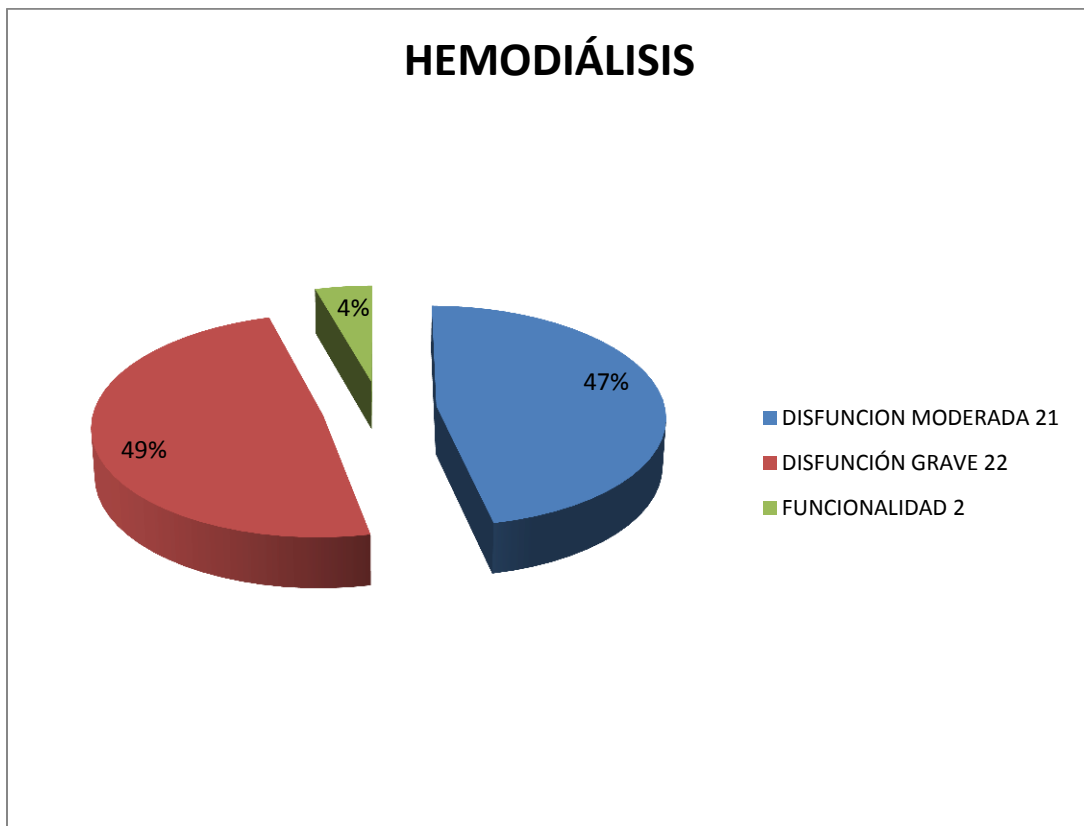
En los artículos revisados coinciden que en los pacientes en tratamiento con hemodiálisis la crisis familiar por la que atraviesan modifica el subsistema conyugal en todas sus funciones, en nuestro estudio la comunicación; clara nunca 6, ocasional 50, siempre 34, comunicación directa nunca 5, ocasional 46, siempre 39, comunicación congruente nunca 5, ocasional 58, siempre 17, en la adjudicación y asunción de papeles; congruencia nunca 3, ocasional 57, siempre 17, satisfactoria nunca 10, ocasional 56, siempre 14, flexible nunca 10, ocasional 56, siempre 14, satisfacción sexual; frecuencia nunca 30, ocasional 40, siempre 20, satisfacción de calidad nunca 32, ocasional 38, siempre 20, afecto; manifestaciones físicas nunca 0, ocasional 60, siempre 30, calidad de convivencia nunca 10, ocasional 60, siempre 20, interés por el desarrollo de la pareja nunca 20, ocasional 46, siempre 24, reciprocidad nunca 20, ocasional 46, siempre 24, toma de decisiones; conjunta en 66.6%, individual 33.3% lo cual varía de país a país de acuerdo a la cultura. De los 5 parámetros revisados por nuestro instrumento el más afectado es el de la satisfacción sexual, se ha documentado que las dificultades sexuales a menudo acompañan a las enfermedades crónicas como en este caso secundario a las complicaciones de la misma, lo cual puede ser la causa principal de esta afección.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

Tabla cruzada. Disfunción moderada, grave y funcionalidad del subsistema conyugal de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal sólo para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

HEMODIÁLISIS				
	D. MODERADA	D. GRAVE	FUNCIONAL	TOTAL
	21	22	2	45

Gráfica cruzada. Disfunción moderada, grave y funcionalidad del subsistema conyugal de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal sólo para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

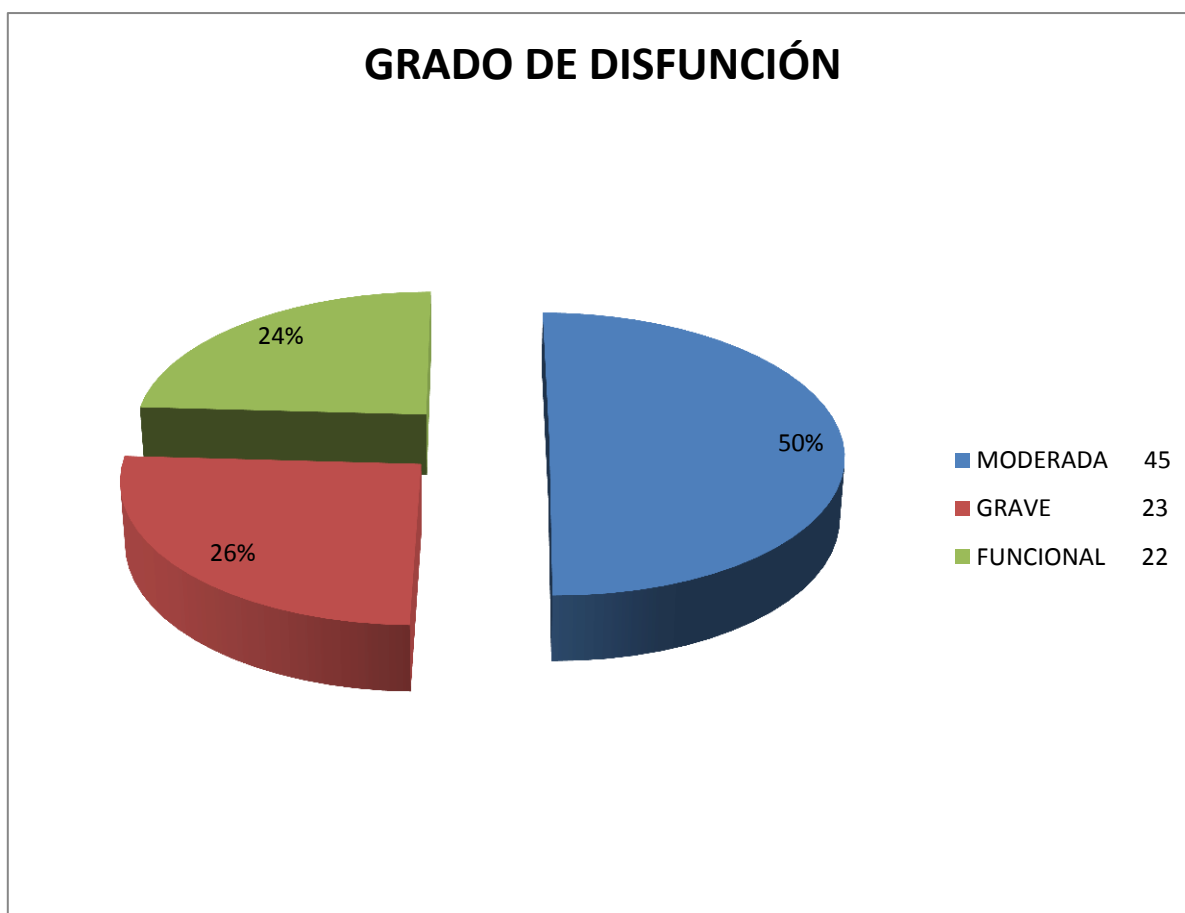


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tabla 1. Grado de disfunción del subsistema conyugal de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

DISFUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MODERADA	45	50%
GRAVE	23	26%
FUNCIONAL	22	24%
TOTAL	90	100%

Gráfica 1. Grado de disfunción del subsistema conyugal en porcentajes de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

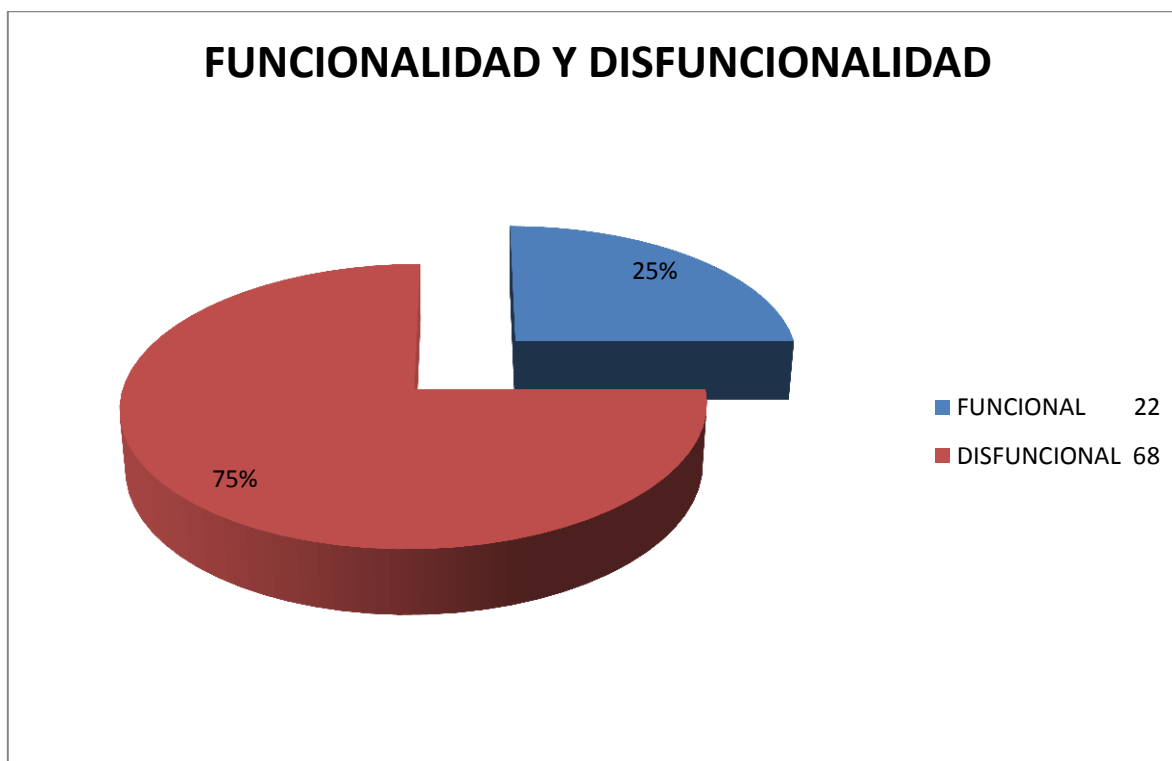


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de representación de la funcionalidad y disfuncionalidad del subsistema conyugal de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUNCIONAL	22	25%
DISFUNCIONAL	68	75%
TOTAL	90	100%

Gráfica 2. Frecuencia y porcentaje de la funcionalidad y disfuncionalidad del subsistema conyugal de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal de pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

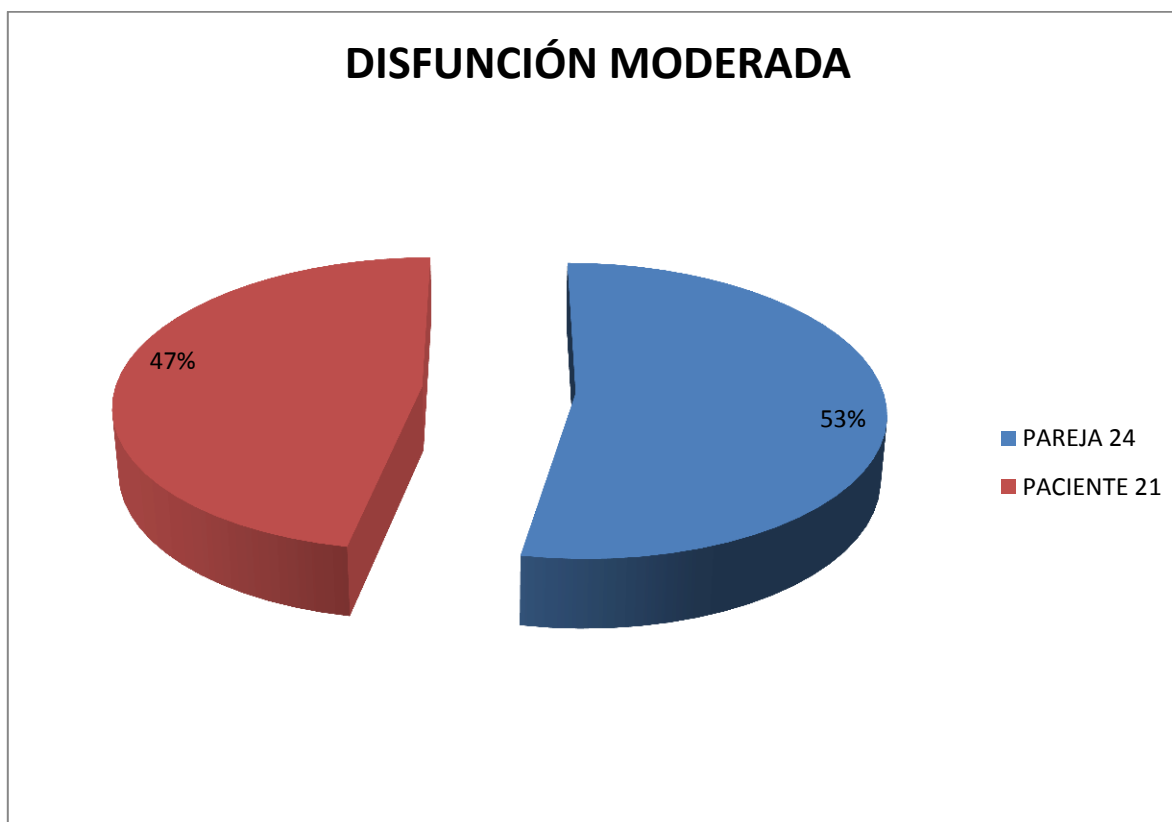


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de disfunción moderada en subsistema conyugal para parejas de pacientes y pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

DISFUNCIÓN MODERADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PAREJA	24	53%
PACIENTE	21	47%
TOTAL	45	100%

Gráfica 3. Frecuencia y porcentaje de disfunción moderada en subsistema conyugal para parejas de pacientes y pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

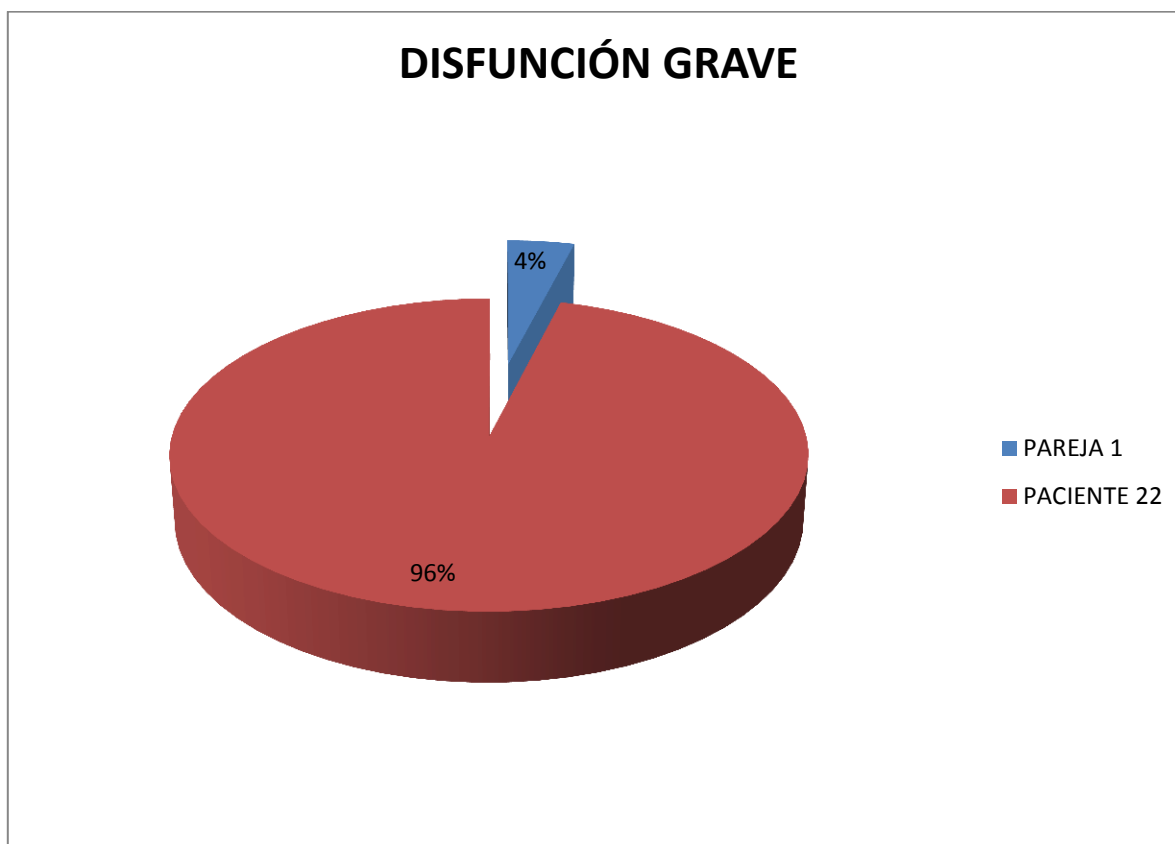


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de disfunción grave en el subsistema conyugal para parejas de pacientes y pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

DISFUNCIÓN GRAVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PAREJA	1	4 %
PACIENTE	22	96 %
TOTAL	23	100%

Gráfica 4. Frecuencia y porcentaje de disfunción grave en el subsistema conyugal para parejas de pacientes y pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

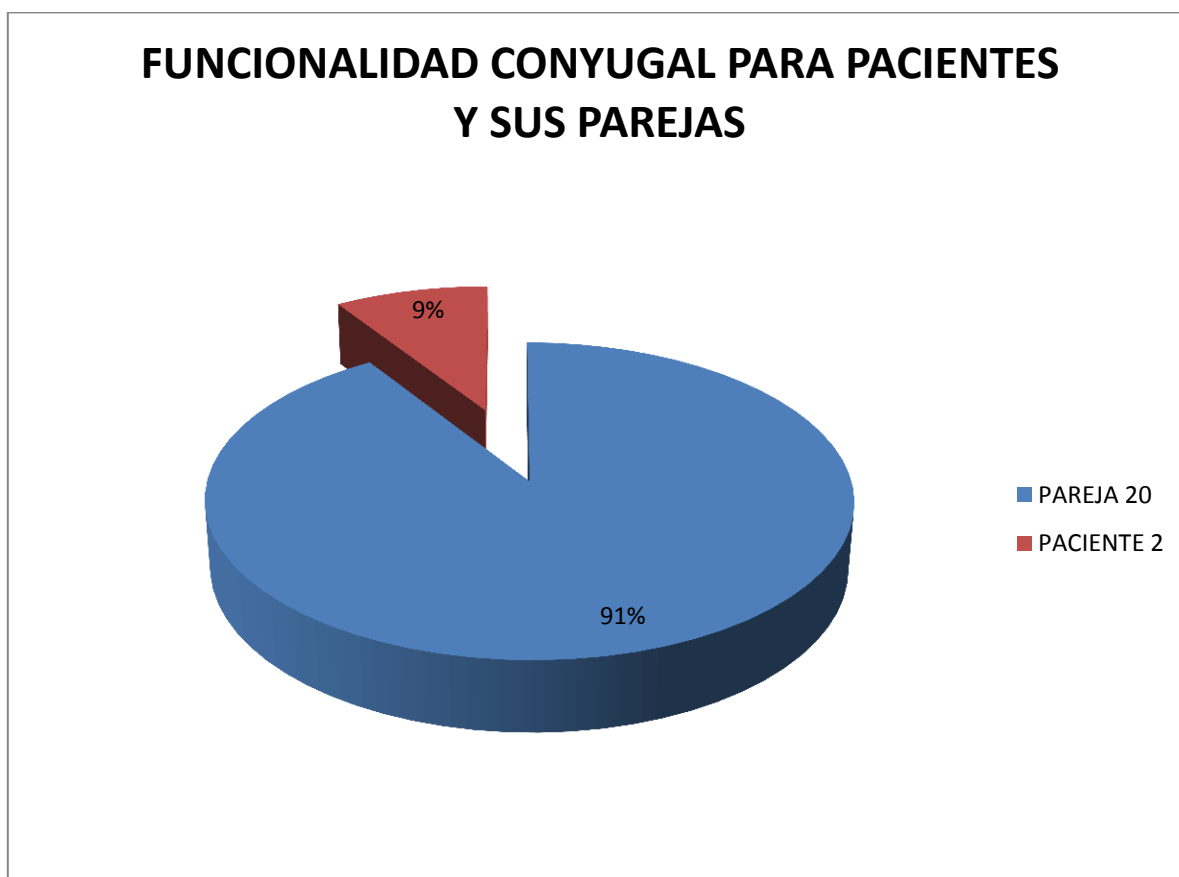


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de funcionalidad en el subsistema conyugal para parejas de pacientes y pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

FUNCIONALIDAD CONYUGAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PAREJA	20	91%
PACIENTE	2	9%
TOTAL	22	100%

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de funcionalidad en el subsistema conyugal para parejas de pacientes y pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

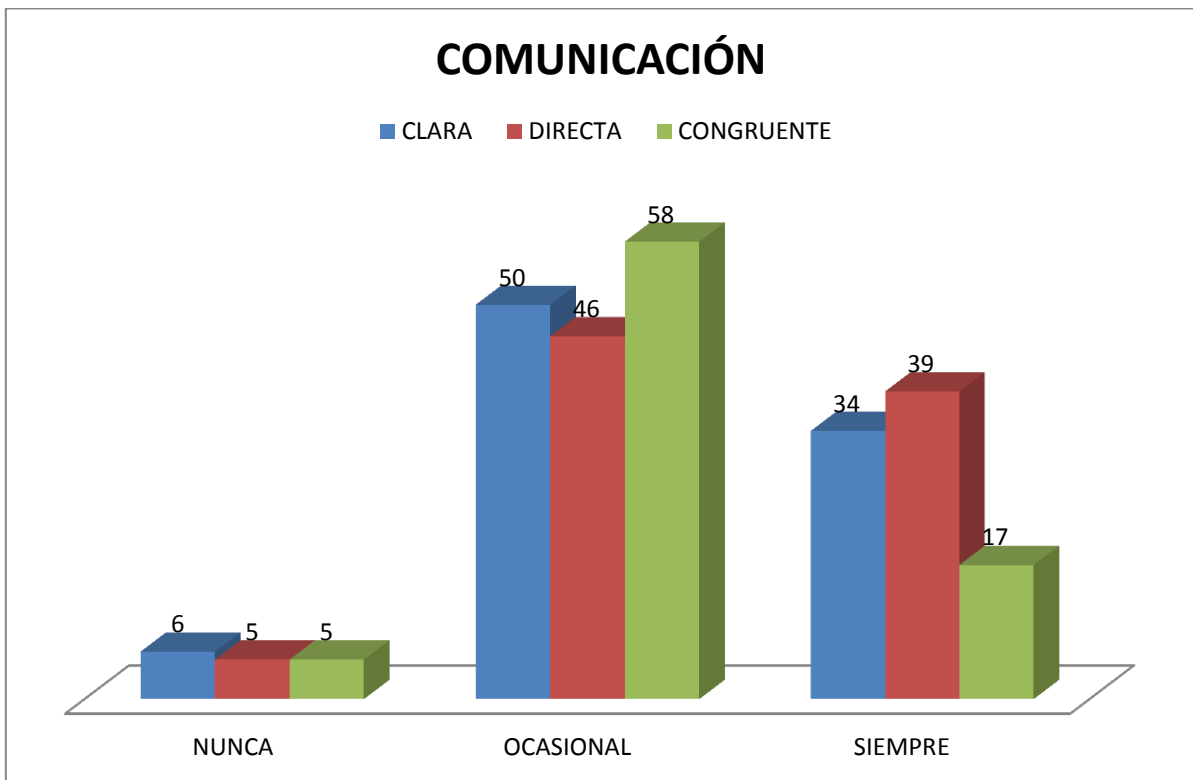


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Tabla 6. Parámetros y porcentaje de representación de la evaluación del subsistema conyugal respecto a la comunicación de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

COMUNICACIÓN				
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE	TOTAL
CLARA	6	50	34	90
DIRECTA	5	46	39	90
CONGRUENTE	5	48	17	90

Gráfica 6. Parámetros y frecuencia de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto a la comunicación de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

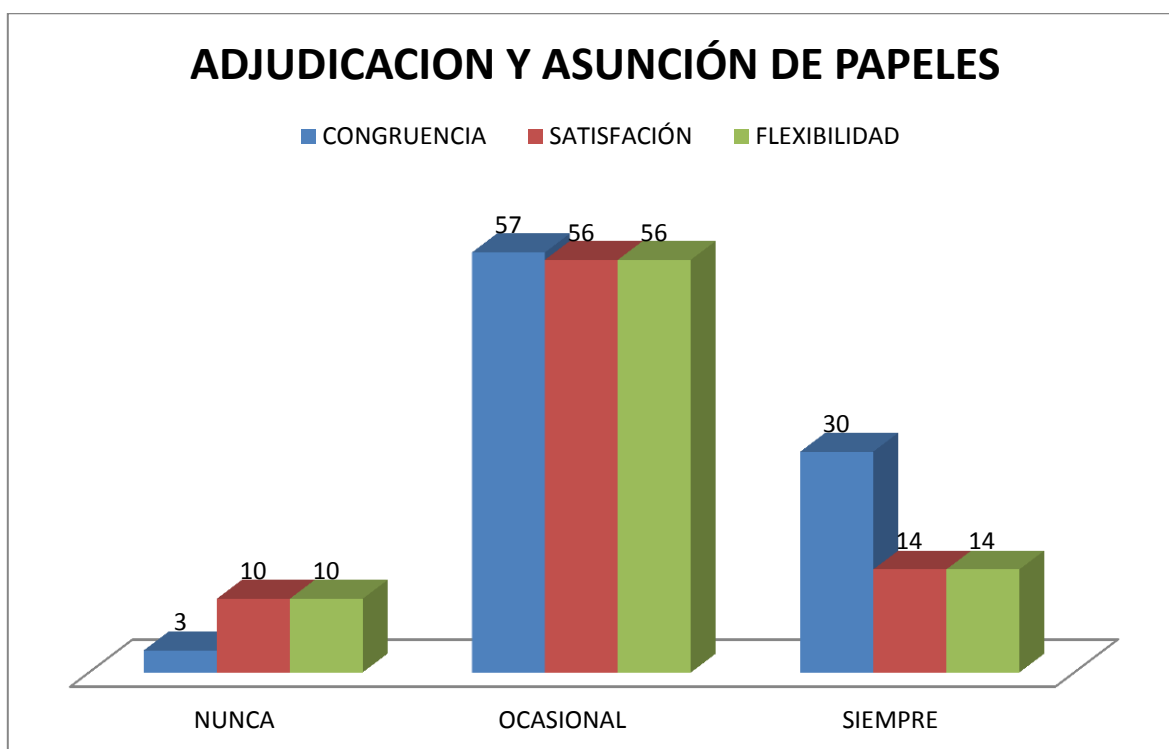


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tabla 7. Parámetros y frecuencia de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto a la adjudicación y asunción de papeles de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE PAPELES				
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE	TOTAL
CONGRUENCIA	3	57	30	90
SATISFACIÓN	10	56	14	90
FLEXIBILIDAD	10	56	14	90

Gráfica 7. Parámetros y frecuencia de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto a la adjudicación y asunción de papeles de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.



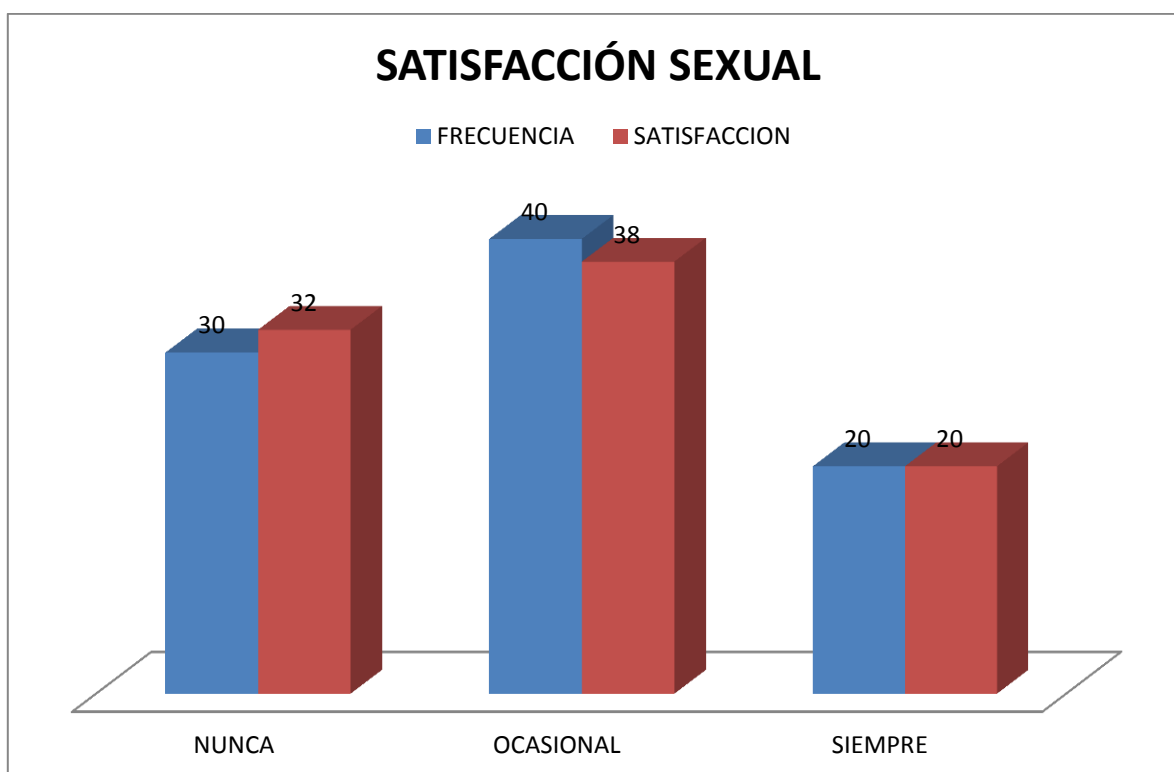
FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tabla 8. Parámetros y frecuencia de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto a la satisfacción sexual de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

SATISFACCIÓN SEXUAL

	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE	TOTAL
FRECUENCIA	30	40	20	90
SATISFACCION	32	38	20	90

Gráfica 8. Parámetros y porcentaje de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto a la satisfacción sexual de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

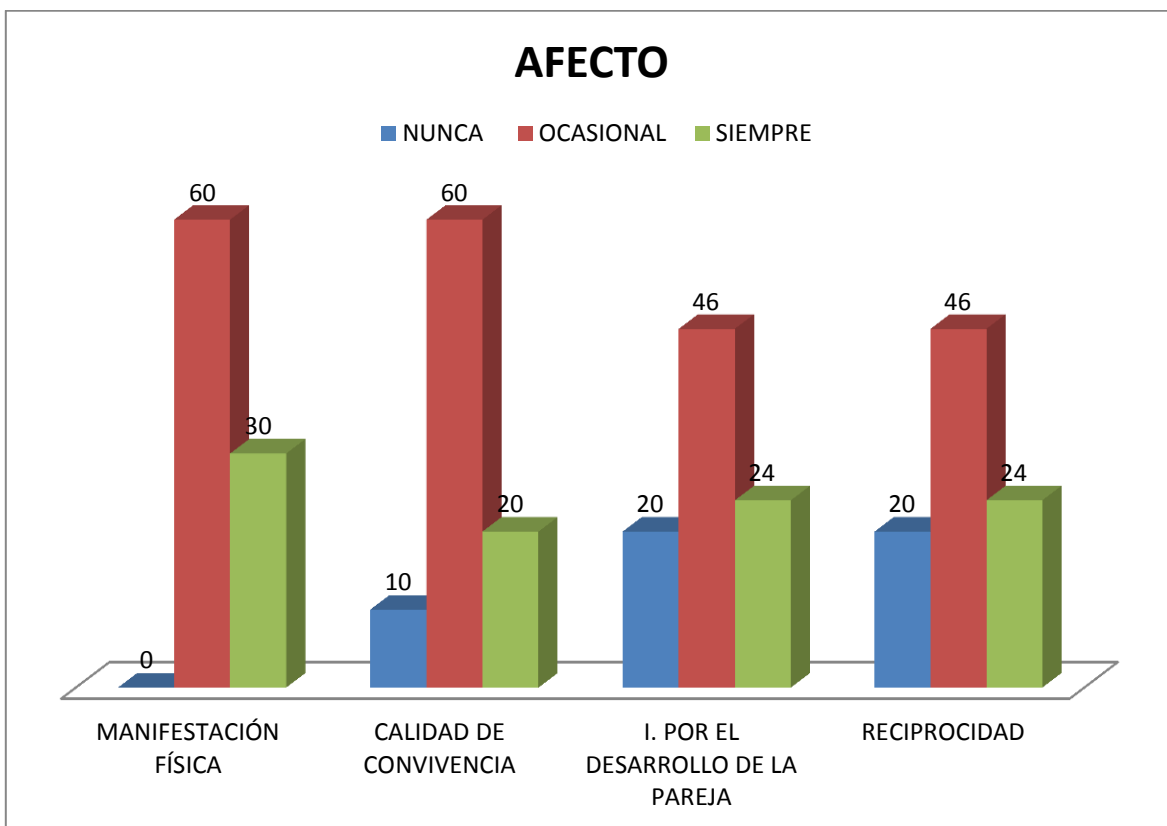


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tabla 9. Parámetros y frecuencia de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto al afecto de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

AFECTO				
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE	TOTAL
MANIFESTACIÓN FÍSICA	0	60	30	90
CALIDAD DE CONVIVENCIA	10	60	20	90
I. POR EL DESARROLLO DE LA PAREJA	20	46	24	90
RECIPROCIDAD	20	46	24	90

Gráfica 9. Parámetros y porcentaje de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto al afecto de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

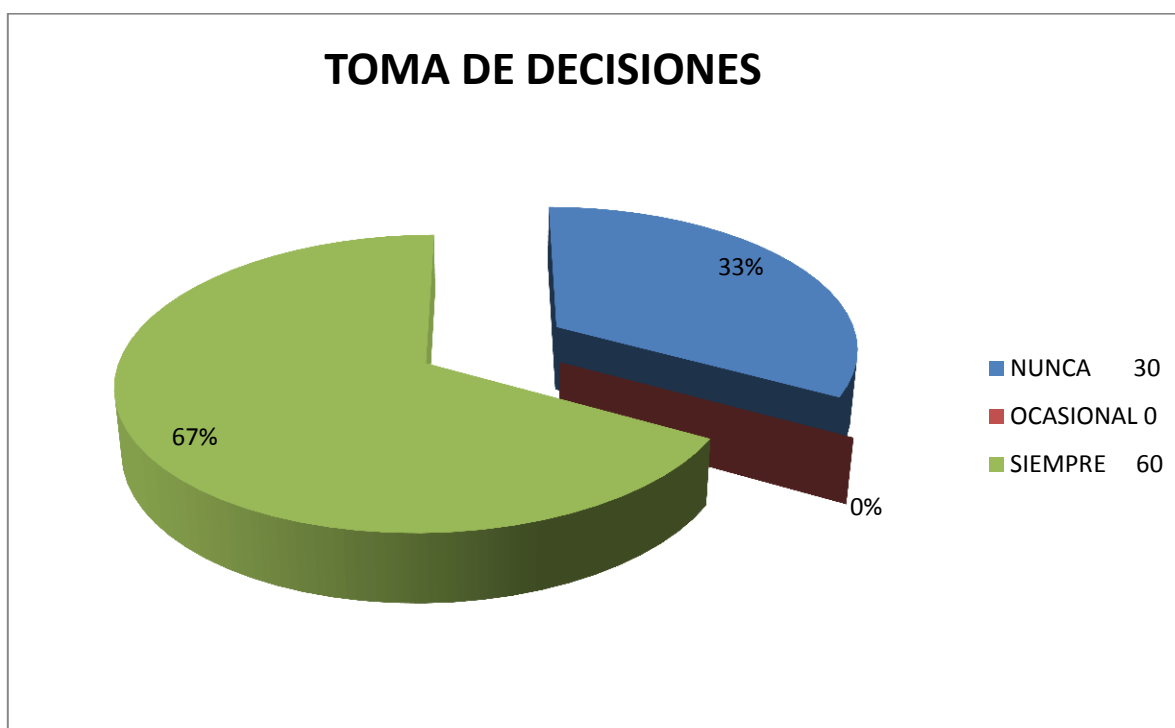


FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Tabla 10. Parámetros y porcentaje de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto a la toma de decisiones de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.

TOMA DE DECISIONES				
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE	TOTAL
CONJUNTA	30	0	60	90
PORCENTAJE	33%	0	67%	100%

Gráfica 10. Parámetros y porcentaje de representación de la evaluación del subsistema conyugal con respecto a la toma de decisiones de acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal para pacientes en hemodiálisis del HGR con UMF 220.



FUENTE CUESTIONARIO DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

XI. RESULTADOS

Cruzado para pacientes en hemodiálisis, disfunción moderada 47%, disfunción grave 49% y funcionalidad conyugal 4%.

Grados de disfunción conyugal en porcentajes encontrados en este estudio, disfunción moderada 50%, grave 26% y funcionalidad en el 24%.(ver tabla y gráfica 1).

Del total de pacientes y sus parejas (90) 75% presentan disfunción del subsistema conyugal y 24% funcionalidad. (ver tabla y gráfica 2).

La disfunción conyugal moderada se presenta en un 53% en la pareja y un 47% en el paciente. (ver tabla y gráfica 3).

La disfunción conyugal grave se presenta en el 4% de las parejas y en el 96% de los pacientes. (ver tabla y gráfica 4).

La funcionalidad conyugal en la pareja es del 91% y en el paciente 9%.(ver tabla y gráfica 5).

Frecuencia de acuerdo a los ítems que evalúa el instrumento, para comunicación; clara nunca 6, ocasional 50, siempre 34, comunicación directa nunca 5, ocasional 46, siempre 39, comunicación congruente nunca 5, ocasional 58, siempre 17, (ver tabla y gráfica 6).

En la adjudicación y asunción de papeles; congruencia nunca 3, ocasional 57, siempre 17, satisfacción nunca 10, ocasional 56, siempre 14, flexibilidad nunca 10, ocasional 56, siempre 14, (ver tabla y gráfica 7).

Satisfacción sexual; frecuencia nunca 30, ocasional 40, siempre 20, satisfacción de calidad nunca 32, ocasional 38, siempre 20, (ver tabla y gráfica 8).

Afecto; manifestaciones físicas nunca 0, ocasional 60, siempre 30, calidad de convivencia nunca 10, ocasional 60, siempre 20, interés por el desarrollo de la pareja nunca 20, ocasional 46, siempre 24, reciprocidad nunca 20, ocasional 46, siempre 24, (ver tabla y gráfica 9).

Toma de decisiones; conjunta en 66.6%, individual 33.3%,(ver tabla y gráfica 10).

XII. CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedades crónicas y con tratamientos invasivos tienen que lidiar de forma permanente con ellas en las áreas física, psíquica y simbólica de la individualidad, pero el ser humano es un ser social que se expresa y se proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana, está obligado a trascender dicha individualidad en aras del mantenimiento de las relaciones interpersonales que son espejo fundamental desde el cual los sujetos reconstruyen su imagen social y personal y si encontramos alteraciones en ellas estas se manifiestan en su relación de pareja.

La familia es la fuente de apoyo por excelencia, en especial la pareja, como sabemos la familia es un sistema, si en el sistema se afecta el subsistema conyugal que es la base del mismo esta corre el riesgo de desintegrarse.

Las alteraciones en la funcionalidad conyugal así como vivencias de sexualidades limitadas por la enfermedad, pudiera ser más el resultado de cómo la enfermedad y ella misma se construyen y abordan, que consecuencia directa del proceso de enfermedad que en el caso de la hemodiálisis si se ve afectado a nivel de la libido y sexualidad.

Es importante explorar las dinámicas de vida de personas con enfermedades crónicas en sus diferentes áreas de expresión, y comprender cómo estas participan en sus procesos de salud, como vía para potenciar el bienestar, la salud y la calidad de vida y la funcionalidad de la pareja.

El estudio del subsistema conyugal en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis se perfila como un campo poco explorado y con muchas posibilidades de desarrollo científico, por sus implicaciones teórico-prácticas, por lo que nos corresponde a nosotros como médicos familiares captar pacientes, diagnosticarlos y enviarlos a los servicios correspondientes para así lograr una atención integral del paciente.

Con este estudio concluimos que el uso del instrumento para la funcionalidad del subsistema conyugal es válido y nos orienta hacia diagnósticos nunca pensados ni manejados en el paciente crónico al cual generalmente sólo se le da tratamiento para su enfermedad orgánica y no apoyo psicológico y tanatológico que es fundamental para que la pareja sea funcional y no se desintegre.

XIII. RECOMENDACIONES

El Médico familiar debe poner especial atención en el interrogatorio que se le realiza al paciente durante la consulta diaria, realizar una entrevista enfocada que permita identificar en los pacientes de hemodiálisis algún grado de disfunción conyugal o afección de alguna de las funciones conyugales.

Se debe orientar al paciente y su pareja sobre el apoyo que puede recibir para afrontar el duelo de su enfermedad y de todos los cambios que este produce en su entorno familiar, de pareja, social y laboral.

Promover grupos de autoayuda con pacientes con insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis y también pacientes con otras enfermedades crónicas ya que todas pueden causar disfuncionalidad conyugal.

El médico familiar debe apoyarse en los integrantes del equipo multidisciplinario y realizar un manejo conjunto con los servicios de trabajo social, psicología, tanatología, psiquiatría u otras especialidades si así lo requiere el caso.

El médico familiar procurará la salud individual y familiar, tratando de mejorar la calidad de la atención, haciendo medicina preventiva y no sólo curativa o paliativa.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mendoza Solis LA, Soler Huerta E, Cols. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria.2006. Vol. 8(1) 27-31.
2. Luz de Lourdes Eguiluz. Entendiendo a la pareja. Marcos teóricos para el trabajo terapéutico. 2007; 1-17.
3. Eguiluz, L. *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico.* Mexico, 2003; 23-30.
4. Framo JL. A personal retrospective of the family therapy field: then and now. J Marital Fam Ther.1996; 289-316.
5. Eduardo Castrillón Muñoz .Terapia de pareja: una mirada a sus procesos. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 37, Suplemento No. 1, 2008; 187:197.
6. Froma Walsh, *Strengthening Family Resilience*, New York: Guilford, 1990, p.45-95.
7. Doherty WJ, Simmons DS. Clinical practice patterns of marriage and family therapists: a national survey of therapists and their clients. J Marital Fam Ther. 1996; 9-25.
8. De la Serna P. Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal. Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Valencia, Colaboración N° 28. España, 2001. Disponible en URL: http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm.
9. Dupeyron, Odín. Y colorín colorado este cuento no ha terminado. La vida no acaba hasta que se acaba. Editorial Diana. México, 2006.
10. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona, Editorial Crónica.1977.
11. Robles T. La familia del enfermo crónico. 2a edición, México: Nuevomar, 1994.
12. J. F. Julián Sinibaldi. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias).2001; 231-240.
13. Johnson S, Lebow J. The “coming of age” of couple therapy: a decade review. J Marital Fam Ther. 2000;26(1):23-38.
14. María Luisa Velasco, J. F. Julián Sinibaldi. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). 2001; 222-230.
15. Twardowski ZJ. Blood access complications and longevity with frequent (Daily) hemodialysis and with routine hemodialysis. Seminars in Dialysis 1999; 12: 451- 454.

16. Kübler-Ross, Elizabeth. LA RUEDA DE LA VIDA, Ediciones B, S.A. Bilbao, España, 1997.
17. Miranda B, Cañon J, Naya NT, Cuende N. Organización nacional de trasplante. Donación y trasplante renal en España. Nefrología 2000; XX (Supl5):45–54.
18. NKF DOQI. Clinical practice guidelines for peritoneal dialysis Initiation of dialysis. Am J Kidney Dis 1977; 40: 570.
19. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev Méd Chile 200; 137-177.
20. Bricker NS, Morrin PAF and Kime SW Jr. The pathologic physiology of chronic Bright's disease. Am J Med 1960; 28:77.
21. Bradley SE. The pathologic physiology of uremia in chronic Bright's disease. Springfield Ill. Thomas, 1948.
22. Ajay K. Israni, B. L. Laboratory Assessment of Kidney Disease: Clearance, Urinalysis and Kidney Biopsy. En S. A. Barry M Brenner, *Brenner and Rector's The Kidney* .8th ed. 2007.
23. Kurokawa K, Nangaku M, Saito A, et al. Current issues and future perspectives of chronic renal failure. J Am Soc.Nephrol 2002; 13: 53-56.
24. Lorenzo V, Martín Urcuyo B. Análisis epidemiológico del incremento de insuficiencia renal terminal asociada a diabetes tipo 2. Nefrología 2000; (Supl. 5) XX: 77-81.
25. Ritz E, Schomig M. The diabetic patients with renal failure. Nefrología 2000; XX Supl 3:16-24.
26. Johnston F, et al. Evaluating the use of penicillin to control outbreaks of acute poststreptococcal glomerulonephritis. Pediatric Infectious Disease Journal 1999; 18:327-332.
27. Tirado Gómez Leticia, Durán Arenas Juan Luis y cols. Las unidades de hemodiálisis en México:una evaluación de sus características,procesos y resultados. *Salud pública de México, vol. 53, suplemento 4, 2011; 491-498.*
28. NKF DOQI. Clinical practice guidelines for peritoneal dialysis Initiation of dialysis. Am J Kidney Dis 1977; 40: 570.
29. Skorecki K, G. J. Chronic Renal Failure. En K. D. Fauci AS, *Harrison's Principles of Internal Medicine. 2001;1551-1562.*

XIV. ANEXOS

EVALUACIÓN DEL SUSBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	PARÁMETROS	CALIFICACIÓN ASIGNADA	%
I.COMUNICACIÓN	CLARA	10 ()	30
	DIRECTA	10 ()	
	CONGRUENTE	10 ()	
II.ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE PAPELES	CONGRUENCIA	5 ()	15
	SATISFACCION	5 ()	
	FLEXIBILIDAD	5 ()	
III.SATISFACCIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	10 ()	20
	SATISFACCIÓN	10 ()	
IV.AFECTO	MANIFESTACIÓN FÍSICA	5 ()	20
	CALIDAD DE CONVIVENCIA	5 ()	
	INTERÉS POR EL DESARROLLO DE PAREJA	5 ()	
	RECIPROCIDAD	5 ()	
V.TOMA DE DECISIONES	CONJUNTA	15 ()	15
	INDIVIDUAL	0 ()	
TOTAL		100	100

40=Pareja gravemente disfuncional

41=Moderadamente disfuncional

71-100=Pareja funcional

ESCALA EVALUATIVA

I. Comunicación	Nunca	Ocasional	Siempre
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de papeles			
a) La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los papeles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de papeles en la pareja	0	2.5	5
III. Satisfacción sexual			
a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. Afecto			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. Toma de decisiones			
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

ANEXO 2

Ficha de identificación de datos

Nombre del paciente

Se hace hemodiálisis si o no?

Sexo

Estado civil



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES EN HEMODIALISIS DEL HGR CON UMF 220, TOLUCA, MÉXICO, PERIODO 2011-2012"

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: _____

Procedimientos: _____

Posibles riesgos y molestias: _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: _____

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: _____

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

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

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: Evelyn Higareda Nambo

Colaboradores: _____

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

Nombre y firma del sujeto

M.C.EVELYN HIGAREDA NAMBO
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

