

Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria

Familial Functioning in Patients Integrated in a Dialysis Program: Intermittent and Ambulatory

Azcarate-García E,* Ocampo-Barrio P,** Quiroz-Pérez JR.***

* Médico residente del tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar, en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). ** Médico Familiar. Jefe de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, IMSS. ***Médico Familiar Coordinador de Evaluación del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido: 6-02-06

Aceptado: 28-04-06

Correspondencia: patriciaocampobarrio@yahoo.com.mx

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua y ambulatoria. **Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal y comparativo, realizado en pacientes con diálisis peritoneal continua (11 pacientes) y ambulatoria (11 pacientes), el funcionamiento familiar se evaluó con la escala de Espejel; se empleó prueba de Fisher y Kruskal Wallis para el análisis estadístico. **Resultados:** Las variables sociodemográficas, el padecimiento de base y años de evolución presentaron una distribución uniforme entre los grupos, el promedio de sobre vida después de instalado el manejo fue de siete años, el enfermo crónico fue el padre (68%), la estructura familiar fue nuclear y extensa (82%), Se encontró funcionamiento funcional del 36% y 9% respectivamente para DPCA y DPCI, las que fueron comprobadas estadísticamente ($p=<0.05$); la comunicación($p=0.094$) y afecto ($p=0.083$) fueron los indicadores que mostraron significancia. **Conclusiones:** En el presente estudio hubo predominio importante de familias nucleares y extensas, tal vez por el apoyo y cohesión que muestra la familia consanguínea ante la presencia de una enfermedad crónica. El tipo de diálisis no influyó sobre el funcionamiento familiar, los indicadores que mostraron mayor significancia fueron la comunicación y la expresión de afectos.

Palabras claves: Funcionamiento familiar, Atención ambulatoria, Falla crónica renal.

ABSTRACT

Objective: Our aim was to evaluate the family functioning of patients with a diagnosis of chronic renal insufficiency in the treatment of ambulatory continuous (ACPD) and intermittent peritoneal dialysis (AIPD). **Materials and Methods:** We conducted an observational, transversal, and comparative study in 11 patients with ACPD and in 11 with AIPD. Family functioning was evaluated by means of the Espejel scale, while we utilized the Fisher and Kruskal-Wallis tests for statistical analysis. **Results:** Sociodemographic variables, base illness, and years of disease evolution presented uniform distribution between groups; average survival after disease management installation was 7 years, the father was the most frequent chronic sick person (68%), and family structure was nuclear and extensive (82%). Functional functioning was found in 36 and 9% of study patients, respectively, for ACPD and AIPD, these proven statistically ($p <0.05$). Communication ($p =0.094$)

and affection ($p = 0.083$) were the indicators showing statistical significance. **Conclusions:** In our study, there was a predominant importance of nuclear and extensive families, perhaps due to the support and cohesion that the consanguineous family exhibits in the presence of chronic disease. Dialysis type did not exert an influence on family functioning; indicators demonstrating greatest significance comprised communication and expression of affection.

Key Words: Family Functionng, Ambulatoy Care Facilities, Chronic Kidney Failure.

Introducción

El ser humano es la unidad biopsicosocial donde se pone de manifiesto el funcionamiento sistémico y dialéctico entre soma y psíquis. Los procesos psicosociales están dados por una amplia gama de fenómenos que influyen sobre el proceso salud-enfermedad; como las costumbres, creencias, actitudes, valores sociales y estilos de vida, y estas a su vez lo hacen en el pensar, sentir y actuar de los individuos. Sin duda alguna es en la enfermedad crónica (EC) donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social¹. La EC es por definición un padecimiento usualmente lento e irreversible que lleva progresivamente al deterioro y pérdida gradual de las capacidades del individuo². Existe un estimado mundial que señala que el 60% de los adultos mayores son portadores de algún tipo de EC^{1,2}. En México la Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se ubican en los primeros sitios de morbilidad y mortalidad nacional (con tasa de prevalencia por cada 100 mil habitantes es 11.27 y 15.9 respectivamente). La insuficiencia renal crónica (IRC) es una complicación común de estas patologías, reportes emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señalan que el 62% de los pacientes dializados tienen como origen estas causas³.

La IRC es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas y por la repercusión que tiene sobre la economía nacional, institucional y familiar⁴⁻⁵.

La enfermedad isquémica, accidentes vasculares e IRC son complicaciones frecuentes de las enfermedades crónicas y causa directa de muerte. La EC es un padecimiento lento e irreversible que deteriora las capacidades del individuo y determina cambios sobre su imagen y relaciones sociales y familiares. La diálisis peritoneal es una terapéutica paliativa de la IRC, su propósito es prolongar la vida. Es fundamental para el médico familiar identificar la calidad de vida que se ofrece al enfermo y su familia.

El enfermo portador de IRC 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 pesimista y fatalista hasta una conducta agresiva o francamente psicopatológica, pasando por períodos de distimia y depresión; condición que tiene una repercusión importante sobre las relaciones que establece con familiares, compañeros de trabajo y personal de salud^{7,6}.

En el plano familiar la EC genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia⁸. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar, cuando éste es un uno de los padres, alguno de los hijos asume sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos. Cuando el enfermo es uno de los hijos, sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros hijos realiza las funciones familiares del padre cuidador⁹.

Desafortunadamente cuando el tratamiento es complicado y costoso, generalmente el cuidador termina por ser un miembro periférico para el sistema familiar, además de aparecer conductas disfuncionales en otros miembros de la familia¹⁰. No es posible precisar cuando comenzaron a tomarse en consideración los aspectos psico-sociales de la EC, 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.

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 IRC, los resultados encontrados señalan que 20% de las familias presentaron alteración en su funcionamiento¹¹. Sin embargo estos reportes varían de acuerdo a la institución y población en que se realice la investigación^{5,10,12,13}.

El programa de diálisis peritoneal continua intermitente (DPCI) se realiza en pacientes con escasas redes de apoyo social, en tanto que el programa de diálisis peritoneal ambulatoria esta indicada en pacientes que cuentan con redes sociales de apoyo⁴. Hasta el momento en nuestro medio sólo se han evaluado estos programas desde el punto de vista de la esperanza de vida alcanzada y la presencia de complicaciones infecciosas, pero no se ha identificado el funcionamiento familiar como un recurso de apoyo, siendo el objetivo de este estudio evaluar el funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de IRC con tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y DPCI.

Material y Métodos

El estudio se realizó en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS; su diseño fue observacional, transversal y comparativo. El tamaño de la muestra fue de 22 pacientes, calculada por medio del Programa Estadístico Epi Info 6 (población de 391 pacientes, prevalencia 20%, peor esperado 50% y significancia del 99%), 11 pacientes integrados al programa de DPCA y 11 a DPCI; el muestreo utilizado fue probabilístico utilizando tabla de números aleatorios.

Los criterios para participar en el estudio fueron el consentimiento bajo información del paciente, manejo con diálisis peritoneal continua en cualquiera de sus modalidades, saber leer y escribir, convivir con por lo menos un familiar y capacidad visual que permita contestar instrumento de recolección de la información. Para ello se empleo la “Escala de Funcionamiento Familiar” construido y validado en población mexicana por Espejel Acco, confiabilidad (0.91) y diseño de escala Lickert con opción de respuesta en dos categorías: disfuncional (0-30), poco funcional (31-60), medianamente funcional (61-90) y funcional (91-130). La escala de EFF explora nueve áreas: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afectos negativos y recursos¹⁴; el instrumento fue aplicado al paciente en su domicilio por el mismo investigador. Para identificar diferencias entre los tipos de diálisis se utilizó prueba de Fisher y para determinar diferencia entre las áreas del instrumento prueba de Kruskal Wallis.

Resultados

El estudio se realizó en 22 pacientes integrantes del programa de DPCA y DPCI, su edad promedio de edad fue de 45 años (+/-15.2 DS), masculinos 59% y femeninos 41%. El cuadro I muestra las características clínicas presentes en la muestra de estudio; como puede apreciarse el cien por ciento de los pacientes en DPCA fueron portadores de DM e HAS, en el grupo de DPCI sólo el 36% presentó esta asociación; el tiempo de evolución de estas patologías fue superior a los 10 años en 63% y 91% respectivamente para cada grupo. El tiempo promedio de manejo dialítico fue de cinco años en 54% para DPCA y de 63% para DPCI.

Cuadro I.**Características clínicas de pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal**

		DPCA		DPCI	
Parámetro		No	%	No	%
Edad	30-40	0	0	2	18.1
	41-50	7	63.3	5	45.4
	51-60	4	36.3	4	36.3
Enfermedad Concomitante	DM	0	0	4	36.3
	HAS	0	0	2	18.1
	DM+HAS	11	100	4	36.1
	Otras	0	0	1	9
Tiempo evolución enfermedad Concomitante	0-5 años	1	9	0	0
	6-10 años	3	27.2	1	9
	11-15 años	5	45.4	6	54.5
	16-20 años	2	18.1	4	36.3
Manejo con diálisis	0-4 años	5	45.4	7	63.6
	5-9 años	6	54.5	4	36.3

El cuadro II muestra la estructura de las familias estudiadas, el grupo de DPCA se integró exclusivamente de familias nucleares y extensas, en tanto que en el grupo de DPCI se presentaron además familias reconstruidas (9%) y uniparentales (9%), estadísticamente no existieron diferencias significativas ($p= 0.2$) en cuanto a su estructura. El 36.3% de las familias integradas al programa de DPCA presentaron un funcionamiento familiar funcional, 27.2% medianamente funcional, 27.2% poco funcional y 9% disfuncional, en tanto las familias integradas al programa de DPCI presentaron funcionamiento funcional (18.1%), medianamente funcional (18.1%), poco funcional (45.4%) y disfuncional (18.1%). Mediante prueba de Fisher se comprobaron diferencias significativas ($p= <0.05$) entre los grupos. Resultado de los indicadores: autoridad ($p=0.4$), control de la conducta ($p=0.9$), supervisión ($p=0.2$), afecto ($p=0.008$), apoyo (0.2), conducta disruptiva ($p=0.2$) y comunicación ($p=0.009$).

Cuadro II.**Estructura y funcionamiento familiar en pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal**

		DPCA		DPCI	
Parámetro		No	%	No	%
Estructura familiar	Nuclear	4	36.5	5	45.4
	Extensa	5	45.4	4	36.5
	Extendida	2	18.1	0	0
	Uniparental	0	0	1	9
	Reconstruida	0	0	1	9
Funcionamiento familiar	Funcional	4	36.5	2	18.1
	Medianamente funcional	3	27.2	2	18.1
	Poco funcional	3	27.2	5	45.4
	Disfuncional	1	9	2	18.1

Discusión

Los pacientes incluidos en los programas DPCA y DPCI presentaron una distribución homogénea respecto a edad, sexo, padecimiento concomitante, años de evolución y tiempo de instaurado el manejo dialítico, condición que brindó la posibilidad de disminuir su influencia sobre el funcionamiento familiar.

Múltiples estudios epidemiológicos han podido identificar a la DM, Hipertensión Arterial Sistémica, Glomerulonefritis y uso continuo de antiinflamatorios no esteroideos como causas que comúnmente producen IRC, también se ha identificado que esta entidad afecta con mayor frecuencia a varones de entre los 30-65 años en una relación de 6:1. En nuestro estudio encontramos resultados similares a estos reportes ya que predominaron hombres de entre los 41 a 60 años, sin embargo este comportamiento aún no se encuentra bien determinado, se sugiere que pudiera estar en relación a cuestiones de género, que hacen al hombre más susceptible a otras condiciones de riesgo que producen daño renal, tal es el caso del alcoholismo^{15,16}.

La incidencia y prevalencia de las enfermedades que condicionan daño renal varían de una región a otra, no obstante de forma global pueden considerarse las siguientes: Nefropatía diabética (10-40%), Neuropatía vascular (10-25%), glomerulonefritis (15-20%), Enfermedad poliquística (3-12%), Nefropatías intersticiales (8-18%), causas indeterminadas como el empleo crónico de medicamentos (10-25%) y otras causas (5-10%). En los últimos años la transición epidemiológica está reflejada en el alarmante incremento de Nefropatía diabética y vascular, condición que en algunos países supera ya el 50% de las causas de IRC. En los resultados de este estudio parece evidente que las enfermedades concomitantes más frecuentemente asociadas a la IRC fueron la DM e HAS solas o en asociación^{17,18}.

El censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática en el año 2000 clasificó a las familias en dos grandes grupos: nucleares y no nucleares, así de cada 100 hogares, 74% son nucleares y 26% no nucleares, esta última se subdivide en uniparentales (13.3%), reconstruidas (2%) y extendidas (10.7%). La estructura de las familias incluidas en nuestro estudio fue predominantemente de tipo nuclear en ambos grupos, seguida de la extensa, esto se explica por los patrones culturales de nuestro país que aún siguen teniendo como familia ideal a la nuclear, así mismo sigue siendo importante el apoyo que la familia de origen ofrece a la familia nuclear sobre todo en etapas de crisis^{19,20}.

En lo que respecta al funcionamiento familiar se encontró un mejor funcionamiento familiar en el grupo de DPCA, en comparación al funcionamiento identificado en las familias integradas a DPCI; esto pudiera deberse a que en dicho programa de manera indirecta el personal de salud ayuda a la familia a tomar conciencia de la enfermedad y su evolución. El equipo de salud los involucra en el cuidado del paciente y en la reorganización de sus redes sociales de apoyo, tareas y funciones por medio de capacitación concreta y específica que involucra al paciente y su familia. Situación que consecuentemente propiciará una mejor comunicación entre los miembros de la familia y una expresión de afectos más abierta, al ser estos los dos únicos indicadores que mostraron diferencias a favor del grupo de DPCA.

Referencias

1. De la Osa JA. Insuficiencia Renal Crónica.(fecha de acceso 20 febrero 2003). Disponible en: <http://consulta.cuba.eu/consultas.php>.
2. De la Revilla M. Valoración de la disfunción familiar. Aten Primaria. 1997;19:12-16.
3. López R. La transición epidemiológica. Ciencia Médica. 1994;1,26:11-17.

4. Morales J. Diálisis peritoneal ambulatoria. Características epidemiológicas. Rev Med IMSS 1999; 17:289-296.
5. Blum BA, Guevara GT, Robles MT, Eustace RM. La relación médico paciente en un servicio de niños urémicos socialmente marginados. Bol Med Hosp Infant Mex 1983; 40:94-102.
6. Robles T. La familia del enfermo crónico. 2a edición, México: Nuevomar, 1994:89-102.
7. Fernández C, Pérez M. Manual de Psicología de la Salud. Madrid; Pirámide, 1998.
8. Carter CH. Terapia familiar estructural. México: Amorrortu 1997: 19-30.
9. Naiper A. El crisol de la familia. Buenos Aires: Amorrortu , 1982: 18-26.
10. Ginn MH. Familias con disfunción familiar. Aten Primaria. 1997;19:12-16.
11. Blue B. Repercusiones psicológicas en la rehabilitación del niño urémico. Ponencia en la XXX Reunión Anual del Instituto Mexicano del Investigaciones Nefrológicas. Acapulco Guerrero, México 1992.
12. Alonso H. La pareja y la familia de pacientes con infarto del miocardio. Tesis de doctorado. Facultad de Humanidades. Río de la Plata Argentina, 1995.
13. Marcas V. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. Aten Primaria. 2000; 26:53-6.
14. Espejel AE. Manual de la Escala de Funcionamiento Familiar. México: Universidad Nacional Autónoma de Tlaxcala, 1997; 49-59.
15. Callejas L. Consultor CDC en Nicaragua. Sobre la Insuficiencia Renal Crónica. http://www.laprensa.com.ni/cgi-bin/print.pl?id=opinion_20031116-05
16. La Insuficiencia Renal. <http://www.friat.es/general/general.htm#causas>
17. IRC:http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/epidemiologia/vol5_N1_1992/prevalencia.htm
18. <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2004/familia04.pdf#search='familias%20mexicanas%20composici%C3%B3n%20familiar>
19. <http://www.monografias.com/trabajos6/fame/fame.shtml>
20. Gerardo A. Rodríguez Casas. En torno a la dimensión ética de la familia mexicana. Facultad de Humanidades. <http://www.uaemex.mx/webvirtual/wwwes/htdocs/marzo99/m9casas.html>.