

Revista Médica del IMSS

Volumen **42**
Volume

Número **2**
Number




Marzo-Abril **2004**
March-April

Artículo:




Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica

Gabriela
Rodríguez Ábrego,¹
Isabela
Rodríguez Ábrego²

¹Especialista
en Epidemiología,
División
de Epidemiología,
Coordinación
de Salud Pública
²Trabajadora social,
Hospital General
de Zona 53,
Estado de México

Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
Gabriela
Rodríguez Ábrego.
Tel.: 5514 7500.
Dirección electrónica:
garodz@infosel.net.mx

RESUMEN

Objetivo: evaluar la presencia de disfunción familiar y su efecto en la asistencia del paciente con insuficiencia renal crónica.

Material y método: diseño transversal; se estudiaron 226 pacientes con Insuficiencia renal crónica que reunieron los criterios de inclusión. Fueron entrevistados los pacientes en su domicilio o en el hospital, según su preferencia, y se aplicó un cuestionario previamente validado. Se utilizaron como instrumentos de medición el Apgar familiar y el test de Holmes para evaluar funcionalidad familiar. Ambos han sido previamente validados

Resultados: 52 % fueron hombres y 48 % mujeres, solo 51 % de las familias participó en la asistencia de los pacientes. El 41 % pertenecía a familia disfuncional.

Conclusión: la funcionalidad de la familia es un factor que influye en la asistencia del enfermo. Son variables facilitadoras el afecto, el apoyo mutuo y la participación que otorga la red familiar.

SUMMARY

Objective: our objective was to evaluate family dysfunction in caring for patients with renal chronic insufficiency.

Material and methods: we made a cross-sectional study at the community level in the primary-care context. Participants were patients with diagnosis of chronic renal insufficiency, > 15 years of age, both sexes, and residents of the community, selected from hospital medical records, and non-randomized. The study was finally done in 226 patients. Each was interviewed at home or at the hospital according to their preference by means of a questionnaire, which was previously validated. The study variables were family dysfunctions, patient care, and family functionality. We measured with Holmes test the family stress level. In statistical analysis, we used absolute and relative frequencies, descriptive analysis, and χ Mantel-Haenzel tests.

Results: rank age was between 17 and 83 years, and average age was 53 years with standard deviation \pm 14 years, 52 % were men and 48 %, women; and 41 % of patients had dysfunctional families.

Conclusions: family functioning is a factor that influences patient care and depends on affection, mutual support, and family participation.

Introducción

La insuficiencia renal en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad.¹ Se distingue por un comienzo insidioso, alterancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida.

Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos.

El paciente con insuficiencia renal está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible.^{2,3}

En la dinámica familiar incluye determinadamente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona.⁴ Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación.⁵

Palabras clave

- ✓ familia
- ✓ disfunción
- ✓ insuficiencia renal crónica

Key words

- ✓ family
- ✓ dysfunction
- ✓ renal chronic insufficiency

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo.⁶

Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar

orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella:^{7,8}

- *Equidad generacional*: adecuado desempeño de las funciones entre los distintos miembros de la familia.
- *Transmisión cultural*: aprendizaje del sentido de pertenencia, de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación.
- *Socialización y control social*: compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente no aceptadas.

En pacientes con insuficiencia renal se ha documentado el valor de este tipo de intervenciones en el periodo previo al trasplante o en la etapa de hemodiálisis;^{9,10} así como la asociación de factores psicosociales y evaluación de la calidad de vida.¹¹

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la presencia de disfunción familiar y su efecto en la asistencia del paciente con insuficiencia renal crónica.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo de la autopercepción de disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. El universo de estudio estuvo integrado por población mayor de 15 años residente en el Estado de México, con características sociales de marginalidad.

A partir del registro del Hospital General de Zona 53, Instituto Mexicano del Seguro Social, se procedió a incluir a los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que cumplieron con los siguientes criterios:

- Edad superior a 15 años.
- En protocolo de diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- No estar incluido en otro programa de diálisis.
- No estar en periodo crítico.

A todos los pacientes seleccionados se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado para participar en el estudio, solici-

Cuadro I
Condiciones sociodemográficas de 226 pacientes con insuficiencia renal

Variable	Número	%
Escolaridad		
Nivel bajo (máximo primaria completa)	170	75
Nivel medio (máximo preparatoria)	48	21
Nivel alto (profesional)	8	4
Estado civil		
Soltero	24	11
Casado	139	61
Unión Libre	12	5
Divorciado	20	9
Viudo	31	14
Percepción de recursos económicos		
Por actividad laboral	14	6
Por incapacidad o pensión	83	37
No percibe recursos económicos propios (corresponde al ingreso de la familia)	129	57
Dependencia económica		
Sí	165	73
No	61	27
Tipo de familia		
Familia nuclear	95	42
Familia en expansión	120	53
Reconstruida	11	5
Asistencia del enfermo		
De familiar directo	183	81
Familiar indirecto o lejano	9	4
No recibe cuidados de familiar	34	15

tando a los familiares permitieran el interrogatorio en privado. Posterior a la entrevista, a todos se les otorgó orientación familiar con la trabajadora social.

La pérdida de pacientes fue de 12 % conforme al número registrado originalmente, el motivo predominante para la no participación fue el cuadro clínico de gravedad que impedía la entrevista, y la imposibilidad para localizarlos por cambio de domicilio; no hubo negativas de participación. La muestra finalmente quedó integrada por 226 pacientes.

Cuadro II
Grado de disfunción familiar en 226 pacientes con insuficiencia renal

Grado de disfunción familiar	Número	%
Sin disfunción	87	39
Con disfunción		
Leve	46	20
Moderada	72	32
Severa	21	9

Test de Holmes
0 a 150 unidades Holmes = sin problemas de importancia
151 a 199 unidades Holmes = crisis leve
200 a 299 unidades Holmes = crisis moderada
≥ 300 unidades Holmes = crisis severa

Como instrumento de recolección se utilizó un cuestionario sometido a una prueba piloto y se evaluó la confiabilidad de las respuestas. Las fuentes de información fueron la entrevista directa, el expediente clínico y la cédula de trabajo social. Para la medición de las variables se estableció su definición operacional. Con la finalidad de reducir el error en la medición y evitar variabilidad entre observadores, la recolección de datos la realizaron las investigadoras. Según su preferencia, cada participante fue entrevistado en su domicilio o en el hospital.

Para la medición de la variable funcionalidad de la familia se utilizó el *test* de Holmes^{12,13} el cual mide situaciones de estrés familiar y explora 43 eventos familiares, cada uno con una puntuación ya establecida. Las variables analizadas fueron las siguientes:

1. *Asistencia al enfermo*: se consideraron cinco ítems (recibe apoyo emocional, alimentación, ayuda material, le proporcionan medicamentos), calificando cada uno con dos puntos. La sumatoria a partir de la puntuación establecida fue de 10 puntos; cuando fue igual o mayor de seis se definió que existía asistencia al enfermo, menos de seis puntos indicó lo contrario. Se dicotomizó la respuesta en dos categorías: con asistencia, sin asistencia.
2. *Disfunción de la familia*: variable cuantitativa de razón transformada en nominal. La calificación obtenida permitió clasificar a la familia de acuerdo con el grado de estrés existente: A partir de la puntuación de grado de estrés familiar se dicotomizó la variable, se agrupó a los individuos sin problemas o con crisis leve dentro de familia funcional y los individuos con crisis moderada o severa como familia disfuncional.
3. *Variables socioeconómicas*: sexo, estado civil, edad, la cual se utilizó como variable continua y se constituyeron grupos (15 a 24, 25 a 44, 45 a 64, 65 años y más), así como escolaridad: nivel bajo (sin escolaridad, primaria incompleta, primaria completa), nivel medio (secundaria, estudios técnicos y preparatoria) y nivel alto (profesional). Para la percepción de recursos económicos se consideró una medición nominal: actividad laboral del paciente, ingresos por incapacidad o pensión o no percepción de recursos económicos propios (no, sí).
4. *Variables familiares*: estructura familiar (nuclear, en expansión, extensa, reconstruida), número de integrantes, parentesco del cuidador (directo, indirecto), no recibió cuidados por algún familiar.
5. *Variables relacionadas con la funcionalidad*: participación del paciente en la problemática familiar, capacidad para compartir problemas, capacidad resolutoria de la familia, apoyo mutuo, compañerismo y búsqueda de ayuda. Para la medición de estas variables se establecieron originalmente cuatro categorías: siempre, frecuentemente, ocasionalmente, casi nunca; se reclasificaron las respuestas para agruparlas en dos categorías. En esta sección del cuestionario las opciones de respuesta permitieron registrar la existencia o ausencia de los indicadores así como el carácter

Gabriela
Rodríguez Ábrego et al.
Disfunción familiar
en pacientes con
insuficiencia renal

cuantitativo de los mismos. Para explorar las dimensiones de funcionalidad se fundamentó conceptual y metodológicamente en otro instrumento basado en la calificación de Apgar familiar.^{14,15}

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizaron los programas SPSS y EPI-info. Se procedió a realizar una base de datos, previa codificación de las variables de estudio y se revisó la información contenida. Además de los procedimientos descriptivos, en las variables cualitativas se calcularon frecuencias simples y proporciones; en las variables continuas, las medidas de tendencia central y dispersión. En el análisis bivariado, para la diferenciación de las medias de las variables continuas se utilizó *t* de Student; para las no continuas, la *U* de Mann-Whitney; y como prueba estadística, la χ de Mantel-Haenzel con significancia estadística.

La mayoría de los enfermos eran casados y no percibían recursos económicos. En cuanto al tamaño, las familias presentaron un promedio de 5 ± 3 integrantes y un rango entre 1 y 15 personas. La mayor proporción de los pacientes recibía asistencia de un familiar directo.

En el análisis de la dinámica familiar y satisfacción del paciente con su vida familiar, se encontró que más de la mitad de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar (cuadro II). La prueba estadística identificó que la asistencia recibida por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar (χ de Mantel-Haenzel 5.85, $p = 0.015$).

Se evaluaron las medias en la variable de estrés familiar y se observó 127.2 ± 39.9 puntos para familias no disfuncionales y 259.7 ± 59.3 puntos para las disfuncionales. No se observó diferencia en la media de la edad ni en el número de integrantes de la familia (cuadro III).

Se observó que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutoria de la familia facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia al enfermo (cuadro IV).

Cuadro III
Medias de las variables relacionadas con función familiar

	<i>t</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
*Edad del paciente		-0.442	0.658
*Numero de integrantes de la familia		-1.010	0.312
**Puntuación de estrés familiar	-20.09		0.001

**U* Mann-Whitney
***t* de Student (se aplicó en variable con distribución normal)

Resultados

Se estudiaron 226 personas con diagnóstico de insuficiencia renal; la edad de la población estudiada tuvo un rango entre 17 y 83 años, con un promedio de 53 ± 14 ; 52 % de los pacientes estudiados correspondió al sexo masculino. De acuerdo con el tiempo de evolución, 55 % (125 pacientes) tenía menos de un año de evolución posterior al diagnóstico, 30 % (67 pacientes) de uno a tres años y 15 % (34 pacientes) más de tres años.

En el cuadro I se muestran los resultados de la distribución de los pacientes según sus características sociodemográficas y características de la familia; dos terceras partes de la población tuvieron un bajo nivel escolar, y más de la mi-

Discusión

El estudio permitió describir las características de la familia del paciente con insuficiencia renal crónica y hacer una reflexión acerca de su patología social.

Dado que es difícil determinar si la disfunción familiar puede ser causa o efecto de la no asistencia del paciente, sólo podemos inferir que la presión ejercida por el padecimiento crónico puede alterar las condiciones facilitadoras de la función familiar.

Si bien nuestro diseño tiene limitaciones para establecer causalidad, permite evaluar la relación entre disfunción familiar y la asistencia del paciente.¹⁶ La mayor proporción de pacientes con insuficiencia renal presentó bajo nivel educativo y socioeconómico, lo cual concuerda con lo ya publicado y apoya la relación entre el bajo nivel socioeconómico y el mayor riesgo de morbilidad psicosocial.¹⁷

En relación con la dinámica familiar, llama la atención la alta proporción de disfunción fami-

liar entre los pacientes estudiados, situación observada en poblaciones con nivel socioeconómico y cultural bajo.^{18,19}

En nuestra muestra el mayor porcentaje de pacientes que no reciben cuidados perteneció a una familia nuclear. Al respecto se ha afirmado que existe aislamiento de la familia nuclear con menor acercamiento o dependencia entre sus miembros, así como menor intercambio de apoyo entre la red de parentesco; en contraste, la familia extensa tiene como aspecto fundamental la ayuda mutua.^{20,21}

La mayor proporción de pacientes presentó una familia en etapa de expansión, lo cual implica mayor tensión al interior del núcleo familiar debido a las demandas sociales, económicas y afectivas.

Por otra parte, se observó que sólo 41 % de los pacientes recibió cuidados familiares, aunque esto no parece suficiente para afirmar que la participación familiar se da en situaciones extremas; los datos hacen pensar que estos enfermos tienen una red social más restringida debido a problemas relacionados con su participación en la problemática familiar, la capacidad para compartir problemas y su capacidad resolutoria, fenómenos relacionados con los procesos de *crisis familiar*.

En este sentido los resultados contrastan con lo señalado por algunos sociólogos que explican la función de protección e integración social como parte del concepto de apoyo familiar y social positivo ante situaciones de crisis familiar.²² En nuestro estudio se encontró que la asistencia del paciente depende de la funcionalidad de la familia. Las dimensiones facilitadoras son condiciones que influyen en la comunicación intrafamiliar y el apoyo a la red familiar; cuando están ausentes son un factor de riesgo para disfunción familiar.

Por lo tanto, el tema resulta relevante en medicina familiar ya que puede ayudar a instaurar el diagnóstico de salud familiar como un eje de atención para identificar oportunamente los fenómenos de crisis familiar estableciendo la necesidad de ayuda técnica profesional. Dado que diversos fenómenos asociados a patologías orgánicas u otros padecimientos crónicos tienen como sustrato la disfunción familiar —la farmacodependencia, el alcoholismo, la desnutrición infantil, el maltrato familiar—, el médico

está obligado a intervenir en este aspecto, pues de no hacerlo las recaídas, cronicidad y fracaso terapéutico son frecuentes. Los pacientes con enfermedad renal crónica, que por lo general demandan mayor apoyo familiar, no escapan a esta condición.²³

El *test* de Apgar familiar, diseñado como un instrumento de tamizaje, permitió discernir entre los diferentes niveles de alteración de la dinámica familiar. Se ha informado que su sensibilidad podría no ser adecuada debido a que puede existir cierto grado de disfunción no evaluable.²⁴ Esto puede deberse a sesgos en las respuestas debido a la interpretación de la familia como una esfera privada cuya intimidad se tiende a preservar más que otros aspectos que afectan exclusivamente al individuo. Evidentemente esta consideración puede subestimar el grado de disfunción.

Gabriela Rodríguez Ábrego et al.
Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal

Cuadro IV
Dimensiones facilitadoras de la función de la familia

Dimensión	Número	%	χ Mantel-Haenzel	<i>p</i>
Participación en la problemática familiar				
Sí	116	51	28.80	> 0.001
No	110	49		
Capacidad para compartir problemas				
Sí	152	67	72.44	> 0.001
No	74	33		
Capacidad resolutoria de la problemática familiar				
Sí	152	67	64.72	> 0.001
No	74	33		

También es conveniente resaltar que el estudio se basa en la percepción del paciente respecto a su familia, lo que implica que de acuerdo a las características del individuo, sus relaciones interpersonales y su contexto familiar o social pueden facilitar, modificar o incluso impedir que la red de apoyo familiar se otorgue si la conducta del enfermo muestra desadaptación, desorden o conflicto ante la condición crítica en que se encuentra.

No obstante las limitaciones del estudio, la contribución respecto a las características de la dinámica familiar del paciente con una enfermedad crónica como la insuficiencia renal, permite identificar los patrones de funcionalidad de la

familia y su influencia en el cuidado del enfermo, lo que depende fundamentalmente de la eficiencia familiar, de los patrones de liderazgo, expresión de conflictos y claridad en la comunicación,²³ conceptos que pueden ser las directrices de futuras investigaciones.

Por otra parte, el tema es relevante ya que la atención y el control de las enfermedades crónicas representan un reto para los servicios de salud. La información puede ser utilizada para estructurar intervenciones con estrategias individuales y familiares que permitan reforzar los valores familiares y sociales, pues se sabe que la familia es una fuente disponible y accesible de apoyo para los enfermos. Más que sustituir las fuentes de apoyo informal, como la familia, se deben buscar las estrategias tendentes a aumentar su capacidad de ayuda y funcionamiento por parte del equipo de salud, a partir de intervenciones en grupos de apoyo a pacientes y familiares.²⁵

Referencias

1. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas. México: SSA; 1993. p. 19-24.
2. Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociol Health Illness* 1991;13(4):451-468.
3. Hennen BK. Conducta ante la enfermedad. En: Shires DB, Hennen K, editores. *Medicina familiar*. México: McGraw-Hill; 1983. p. 35-39.
4. De-la-Revilla L, Aviar R, De-los-Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta de médico de familia. *Atencion Primaria* 1997;19:133-137.
5. De-la-Revilla L. La disfunción familiar. *Atencion Primaria* 1992;19:582-583.
6. Rogers GR. The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality. *J Health Soc Behav* 1996;37:326-338.
7. Stochowiak J, Galvin KM, Brommel BJ. *Family communication, cohesion and change*. USA: Scott Foresman and Co.; 1982. p. 175-193.
8. Pérez-Adán J. Salud social y función familiar. *Humana* 1997;1:19-26.
9. Moran PJ, Christensen AJ, Ehlers SL, Bertolatus JA. Family environment, intrusive ideation, and adjustment among transplant candidates. *Ann Behav Med* 1992;21(4):311-16.
10. Maor Y, King M, Olmer L, Mozes B. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000;35(4 Suppl 1):S132-S140.
11. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PM. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1998;32(4):557-566.
12. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Hernández-Ramírez C, Farfán-Salazar G. *Diagnóstico familiar*. Quinta edición. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1996. p. 47-50.
13. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213-218.
14. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal or a family function test and its use by physician. *J Fam Pract* 1978;17:1151.
15. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *J Fam Pract* 1982;15:303-311.
16. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. *Salud Publica Mex* 2000;42(5):447-455.
17. Fiscella K. Is lower income associated with greater biopsychosocial morbidity? *J Fam Pract* 1999;48(5):372-377.
18. De-la-Revilla L, Fleitas L, Cavaille E, Cubillo J. La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Atencion Primaria* 1990;7:710-712.
19. De-la-Revilla L, De-los-Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Atencion Primaria* 1994;13:73-76.
20. Valadez-Figueroa I, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Publica Mex* 1993;35(5):464-470.
21. Susman MBG, Burchinad LG. La red familiar del parentesco en la sociedad urbana industrial de los Estados Unidos. En: Anderson M, editor. *Sociología de la familia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1980. p. 27-32.
22. Haines AV, Hurlbert SJ, Beggs JJ. Exploring the determinants of support provision: provider characteristics, personal networks, community context, and support following life events. *J Health Soc Behav* 1996;37:252-264.
23. Velasco-Orellana R. Disfunción familiar. *Rev Med IMSS* 1994;32(3):272-273.
24. Mengel M. He use of the family APGAR in screening for family practice dysfunction in a family practice center. *J Fam Pract* 1987;24:394-398.
25. Karley ML, Mantulak A, Parsons D. The use of group process in the education of renal patients and families: a multicentred collaborative approach. *J CANNT* 1998;8(4):22-26. 