

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



TESIS

“ESTRUCTURA FAMILIAR Y SATISFACCIÓN MARITAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL DE 20 A 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 IMSS EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M. C. BLANCA EDITH GAYOSSO ZAMARRIPA

DIRECTOR DE TESIS

E. EN M. F. FÁTIMA KORINA GAYTÁN NÚÑEZ

REVISORES DE TESIS

E. EN M. F. RUBÉN RÍOS MORALES

M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS

E. EN M. F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2014

**“ESTRUCTURA FAMILIAR Y SATISFACCION MARITAL EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL DE 20 A 60
AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 IMSS EN EL PERIODO
DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013”.**

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agradecimiento es a Dios por permitirme vivir con cada una de las alegrías y tristezas encontradas a lo largo del camino, que me han permitido llegar a este momento.

Agradezco a mi madre por apoyarme en todo momento con sus consejos, tranquilidad y motivaciones, porque en cada instantes estuviste a mi lado, porque con tu amor incondicional me has hecho la persona que soy.

Agradezco a mi Padre Martín por su apoyo, por ser esa persona conciliadora en los momentos difíciles y por cada momento dedicado a mí y a mi desarrollo profesional.

Agradezco a mi pareja por estar a mi lado apoyándome, alentándome, y haciéndome feliz, porque ahora tanto el plano profesional como el personal están completos. Te amo Francisco.

Agradezco a mis hermanos que me han permitido ver que mis problemas son pequeños a comparación de las grandes dificultades que ellos día a día pasan, lo que me ha permitido ser una persona fuerte y una profesionista humana y dedicada. Mi gran admiración para ellos.

Agradezco a mis compañeros y amigos que a lo largo de estos tres años me han permitido el aprendizaje y la tolerancia, gracias por todos los momentos compartidos, por las miles de risas a su lado.

Agradezco a cada uno de mis profesores a lo largo de este camino, que con sus grandes enseñanzas me permitirán desarrollarme como Médico Familiar.

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	
I.1. Insuficiencia Renal Crónica	1
I.1.1. Definición	1
I.1.2. Epidemiología	1
I.1.3. Etiología y fisiopatología	2
I.1.4. Clasificación	4
I.1.5. Cuadro Clínico	4
I.1.6. Diagnósticos	5
I.1.7. Tratamiento	5
I.2. Familia	6
I.2.1. Definición	6
I.2.2. Subsistemas	8
I.2.3. Estructura Familiar	8
I.2.3.1. Límites	9
I.2.3.2. Jerarquía	9
I.2.3.3. Centralidad	10
I.2.3.4. Periferia	10
I.2.3.5. Alianzas	10
I.2.3.6. Coaliciones	10
I.2.3.7. Relaciones	10
I.2.3.8. Hijo(a) Parental	11
I.2.4. Tipología familiar	11
I.3. Satisfacción Marital	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	16
II.1. Argumentación.	16
II.2. Pregunta de Investigación.	16
III. JUSTIFICACIONES.	17
III.1. Académica.	17
III.2. Epidemiológica.	17

III.3. Educativa.	17
III.4. Social.	17
III.5. Económica.	18
IV. HIPÓTESIS.	19
V. OBJETIVOS.	20
V.1. General.	20
V.2. Específicos.	20
VI. MÉTODO.	22
VI.1. Características donde se realizó estudio.	22
VI.2. Diseño del estudio.	22
VI.3. Criterios de Inclusión.	22
VI.4. Criterios de Exclusión.	22
VI.5. Criterios de Eliminación.	23
VI.6. Tamaño de la Muestra.	23
VI.7. Operacionalización de variables.	23
VI.8. Descripción general del estudio.	26
VI.9. Instrumentos	26
VI.9.1. Descripción	26
VI.9.2. Validación	27
VI.9.3. Interpretación	27
VI.10. Análisis de datos.	28
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.	29
VIII. ORGANIZACIÓN	33
IX. RESULTADOS.	34
X. TABLAS Y GRÁFICOS.	38
XI. DISCUSIÓN.	55
XII. CONCLUSIONES.	58
XIII. RECOMENDACIONES.	60
XIV. BIBLIOGRAFÍA.	61
XV. ANEXOS.	64

I. MARCO TEÓRICO

I.1. Insuficiencia Renal Crónica

La insuficiencia renal es un problema de la salud pública a nivel mundial, que tiene incidencia y prevalencia crecientes, con altos costos y mala evolución.

I.1.1. Definición

Se define la Enfermedad Renal Crónica como el daño renal o la tasa de filtración glomerular (TFG) $<60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ que se presentan durante 3 meses o más, independientemente de la causa. Se puede determinar el daño renal en muchas nefropatías por la presencia de albuminuria, que a su vez se define como una relación albúmina-creatinina $> 30 \text{ mg/g}$ en dos de tres muestras de orina al azar. Se puede estimar la TFG a partir de la creatinina sérica calibrada y fórmulas de estimación, tales como la fórmula de Cockcroft-Gault. ⁽¹⁾

I.1.2. Epidemiología

Desde el año 2005 los nuevos criterios de ERC fueron aplicados a la base de datos de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), lo que reportó 8 millones de personas con una TFG $< 60 \text{ mL/min/1.73m}^2\text{SC}$ en Estados Unidos de América y 12 millones con evidencia de microalbuminuria, un marcador de daño renal. Por otro lado, se documentó un incremento del 40% en la prevalencia de esta enfermedad con relación al periodo entre 1988-1994, dado principalmente por un incremento en la prevalencia de los estadios 3-5 de la ERC, afectando actualmente al 13.5-15.8% de la población general, lo que también ha sido reportado en Europa, Asia y Australia. La incidencia reportada en ese mismo año fue de 347.1 por millón de habitantes. ⁽²⁾

En México se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los

pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los servicios de salud en México son proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS, que proporcionan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%³.

I.1.3. Etiología y fisiopatología

Actualmente, las principales causas de ERC son en primer lugar la diabetes y luego la hipertensión arterial, que en conjunto representan aproximadamente 60% de los pacientes en diálisis crónica.^(4,5)

La ERC es el resultado de una pérdida progresiva de la estructura renal con disminución del filtrado glomerular secundaria a diversos procesos etiológicos, y evoluciona desde alteraciones bioquímicas hasta un síndrome clínico con repercusión multiorgánica llamado uremia.

La pérdida funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes para intentar mantener la TFG dentro de lo normal.

Este proceso es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento, los cuales conducen a los glomérulos a un estado de hiperfiltración adaptativo. Dicha hiperfiltración es un cambio con beneficios a corto plazo que logra mantener la depuración necesaria de las sustancias tóxicas; no obstante, se cree que a largo plazo es la causa del deterioro renal progresivo que lleva a la ERC.

La TFG disminuye por tres causas principales: 1) pérdida del número de nefronas por algún insulto al tejido renal, 2) disminución de la TFG de cada nefrona sin descenso del número total de unidades funcionales, y 3) un proceso combinado con pérdida del número y disminución de la función de las nefronas. En etapas tempranas de la ERC, el riñón puede compensar el daño manteniendo una TFG

aumentada de tal manera que se logre una adecuada depuración de sustancias. No es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que pueden detectarse incrementos en plasma de urea y creatinina.

El síndrome urémico puede originarse por la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y/o por alteraciones subsecuentes a la pérdida de la función renal. Cuando se presenta en pacientes con ERC, el síndrome urémico representa la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal. Se sabe que hay diversas sustancias tóxicas que intervienen en el cuadro florido de esta enfermedad, así como, en algunas de sus complicaciones. Algunos ejemplos son: la homocisteína, ampliamente implicada en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular en estos pacientes; las guanidinas, que tienen acción neurotóxica; y la $\beta 2$ microglobulina, principal agente en la amiloidosis secundaria a ERC. Además de la acumulación de toxinas, hay una serie de alteraciones metabólicas y endócrinas que también tienen una repercusión importante en el paciente. La deficiencia en la secreción de eritropoyetina eventualmente produce anemia: hay una disminución progresiva del hematocrito una vez que la TFG cae por debajo de 60ml/min/1.73m². El paciente con ERC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórico-proteica: además de la restricción en la ingesta de proteínas, la desnutrición también es consecuencia de un catabolismo proteico aumentado, ya sea inducido por la enfermedad subyacente como la diabetes o por el tratamiento de diálisis.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en los pacientes con ERC. Este riesgo no solamente es atribuible al proceso patológico subyacente como la DM y la hipertensión arterial, conocidos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, sino también a la correlación que existe entre uremia y aterosclerosis acelerada.

Por otra parte, en la uremia hay una disminución en la excreción de citocinas, las cuales producen un estado crónico inflamatorio. Esto, aunado al incremento de homocisteína y a la acumulación de productos finales de la glucosilación, genera

disfunción endotelial y estrés oxidativo, lo que explica el elevado riesgo de mortalidad cardiovascular que presentan los pacientes con ERC. ^(6,7)

I.1.4. Clasificación

La clasificación de la ERC se basa en el grado de disminución de la función renal valorada por la TFG. La TFG varía de acuerdo a la edad, sexo y tamaño corporal.

El valor normal en adultos jóvenes es de 120-130 mL/min/1.73 m²SC, el cual disminuye con la edad. ⁽⁸⁾

FASE	DESCRIPCION	IFG
Con riesgo elevado	Factores de riesgo para IRC (Diabetes, presión alta, historia familiar, edad avanzada)	Más de 90
1	Daño del riñón (proteína en orina) índice f normal	Más de 90
2	Daño del riñón y disminución ligera en índice de filtración	60 a 89
3	Disminución moderada en el índice de filtración	30 a 59
4	Disminución severa en el índice de filtración	15 a 29
5	Fallo permanente del riñón (se necesita diálisis o trasplante)	menos de 15

National Kidney Foundation.

I.1.5. Cuadro Clínico

La aparición y magnitud del cuadro clínico de la IRC varía mucho de un paciente a otro, según la causa, la masa renal funcionante y la velocidad con que se pierde la función renal.

- Alteraciones gastrointestinales: anorexia, náusea, vómito, gastritis, úlcera péptica.
- Alteraciones hematológicas: disminución de la adhesividad plaquetaria, anemia normocítica normocrómica.

- Alteraciones dermatológicas: palidez, prurito, escarcha urémica, y calcificación distrófica.
- Alteraciones cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva.
- Alteraciones neuromusculares: insomnio, fatiga, hiperreflexia osteotendinosa, convulsiones, alteración de los procesos mentales, sopor y coma.
- Alteraciones oftálmicas: retinopatía y ceguera. ⁽⁹⁾

I.1.6. Diagnóstico

El diagnóstico precoz se basa en la realización de las pruebas complementarias básicas para poder establecer el diagnóstico y el estadio de la ERC independientemente de la causa.

Las exploraciones complementarias básicas son tres: 1) determinación de la creatinina sérica y la correspondiente estimación del FG o del aclaramiento de creatinina mediante la fórmula de Cockcroft-Gault, 2) determinación del índice albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina, y 3) análisis del sedimento urinario mediante una tira reactiva o la técnica clásica de microscopia óptica. ⁽¹⁰⁾

I.1.7. Tratamiento

Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la IRC se encuentran la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo. ⁽¹¹⁾

La diálisis peritoneal (DP) cumple la finalidad de remover tanto solutos como fluido del paciente urémico. El sistema de diálisis peritoneal consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis, conectada a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal. Dentro del abdomen se lleva a cabo la diálisis en

la membrana peritoneal y posteriormente el líquido con los desechos drena a una bolsa de salida.

El líquido de diálisis tiene características especiales que permiten que los solutos atraviesen por difusión a través de los poros de la sangre hacia la cavidad peritoneal. El movimiento de líquidos es impulsado por las fuerzas oncóticas de las sustancias presentes en el líquido de diálisis en un proceso conocido como ultrafiltración por convención.

Existen diferentes modalidades de diálisis peritoneal, siendo la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada o ciclada (DPA) las mayormente utilizadas. ⁽¹¹⁾

I.2. Familia

La aparición de una enfermedad crónica o terminal se produce una reorganización de los roles familiares; las funciones que desempeñaba el enfermo se redistribuyen en el resto de la familia. ⁽¹²⁾ Por lo que en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. ⁽¹³⁾

I.2.1. Definición

El significado etimológico de la palabra “familia” es bastante disperso; así encontramos que, proviene del latín “*fammes*” que significa hambre, y alude al hecho de que es en el grupo del seno doméstico donde el hombre satisface sus necesidades primarias.

Otra postura es que proviene de la voz *“fammulus”* que significa siervo, aludiendo al hecho de que las familias de Roma, incluía a gente de condición servil, como esclavos, clientes, o donde los miembros del sistema familiar estaban servilmente sometidos a las autoridad del *“pater”*.⁽¹⁴⁾

“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”

Minuchin pertenece al grupo de terapeutas que se nutrieron de la Teoría General de los Sistemas. De acuerdo con esta, se consideró al individuo dentro de su contexto, explicándose las causas de síntomas como resultado de las alteraciones en el sistema familiar, y se concibió a la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, cuya estructura es la de un sistema sociocultural abierto en constante transformación , que evoluciona a través de etapas que exige reestructuración y adaptación a las circunstancias cambiantes, pero que simultáneamente mantienen cierta continuidad.⁽¹⁵⁾

Para Fishman la familia, como institución, es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios.⁽¹⁶⁾

Mientras para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” .

La familia es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad. Por lo que es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.⁽¹⁷⁾

I.2.2. Subsistemas

Están formados mínimamente por dos personas que interactúan entre si y que tienen funciones específicas.

Subsistema conyugal: Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresada de constituir una familia. Posee funciones específicas, viales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua.

Subsistema parental: Está integrado por los padres y los hijos, cuando se incorpora un hijo al subsistema conyugal, este debe tener cuidado en diferenciarse para desempeñar la tareas de socializar a un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizara al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, al mismo tiempo que lo excluya de las relaciones conyugales. De los padres se espera que comprendan las necesidades de desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen.

Subsistema fraterno: Es el formado por los hermanos, este subsistema es el primer lugar social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En este contexto los niños apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente, negocian, cooperan, comparten etc. Los niños sin hermanos desarrollan pautas precoces de acomodación al mundo adulto y pueden mostrar dificultades para el desarrollo de la autonomía. Los límites del subsistema fraterno deber ser respetados por los adultos.

I.2.3. Estructura Familiar

Minuchin (1986) señaló que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia".

1.2.3.1. Límites

1. Los límites, que, "están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia...tienen la función de proteger la diferenciación del sistema".

2. Los límites al interior del sistema se establecen entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

a) **Claros**, que definen las reglas de interacción con precisión, es decir, todos saben qué se debe hacer y qué se puede esperar.

b) **Difusos**, donde las reglas no son claras ni firmes, permitiendo múltiples intromisiones y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes o intrusivos entre sí.

c) **Rígidos**, los cuales definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados y son, además, poco proclives a la entrada o salida de miembros al sistema familiar.

3. Los límites al exterior del sistema implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas.

1.2.3.2. Jerarquía

Se refieren a la manera en que se encuentra distribuido el poder dentro de la familia, el poder deberá encontrarse en la diada parental. La familia como cualquier otro sistema tiene jerarquías, de tal forma que existen diferentes niveles de autoridad que forman parte de las reglas que gobiernan la organización familiar. Para que esta postura de poder sea funcional, requiere de cierta flexibilidad que permita efectuar cambios ante situaciones excepcionales o críticas y debe quedar bien definida en cada contexto de la vida familiar, de manera que padres e hijos tengan niveles diferentes de autoridad y exista una complementariedad de funciones.

1.2.3.3. Centralidad

Indica parte del territorio emocional de la familia y se refiere al integrante de la familia sobre el cual giran la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.

1.2.3.4. Periferia

De acuerdo a lo anterior, y en contraste, éste parámetro se refiere al miembro menos implicado en las interacciones familiares.

1.2.3.5. Alianzas

Se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro como, por ejemplo, las alianzas por afinidad de intereses, de género o edad.

1.2.3.6. Coaliciones

Son la unión de dos o más personas para dañar a otra.

1.2.3.7. Relaciones

Este tipo de información refleja las relaciones entre los miembros. Estas pueden ser cambiantes o perdurar por largos periodos. Significa el tipo de relación que establece cada miembro con todos los demás integrantes de la familia y viceversa.

1. **Relación estrecha:** Relación excesivamente intensa, de gran influencia mutua e interdependencia.
2. **Relación conflictiva:** Relación caracterizada por desacuerdos, desarmonía y contradicciones evidentes entre los miembros.
3. **Relación distante:** Pobres vínculos afectivos y de comunicación entre los miembros.
4. **Ruptura de la relación:** se rompe el vínculo relacional entre los miembros.

1.2.3.8. Hijo (a) parental

Es aquel miembro de la familia que asume el papel y las funciones de padre o madre, de forma permanente, lo cual le impide vivir de acuerdo a su posición y rol que le corresponde como hijo y miembro del subsistema fraterno. ^(18,19)

1.2.4. Tipología familiar

La familia puede clasificarse en base a sus características.

En base a su **estructura**:

Nuclear: Madre, padre e hijos que viven juntos en una unidad familiar.

Extensa: Formadas por familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios, familias de 3 generaciones.

Extensa compuesta: Grupos de personas, familiares y no, que viven bajo el mismo techo, personas que viven solas o allegadas, pero sin lazos consanguíneos.

Monoparental: Familia con hijos en edad escolar o preescolar, el progenitor trabaja o lo mantiene la pareja ausente. Padre o la madre y los hijos.

En base a su **desarrollo**:

Primitiva: Clan u organización tribal.

Tradicional: El padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora uno de los hijos o la madre y se conservan los roles como tradicionalmente se ha dado.

Moderna: Padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

En base a su **integración**:

Integrada: Cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente

Semi-integrada: No cumplen sus funciones

Desintegrada: Falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

En base a su **demografía**:

Urbana: Se definió aquella familia que habita en una población con más de 2500 habitantes.

Rural: Se definió aquella familia que habita en una población menos de 2500 habitantes.

En base a su **ocupación**:

Campesina, obrera, empleada, profesional, comerciante ⁽²⁰⁾

La estructura familiar deber ser capaz de adaptarse de acuerdo con las circunstancias, de modo que permita a todos los miembros como grupo, enfrentar nuevas situaciones sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus integrantes

La familia es la fuente de apoyo por excelencia, en especial la pareja por lo que se ha demostrado que una relación no adecuada entre las parejas se va a traducir en un aumento de la morbilidad de los cónyuges afectos de enfermedades crónicas.
(21,22)

I.3. Satisfacción marital.

Cuando dos individuos deciden formalizar su relación a través del matrimonio, pasan a integrar una nueva unidad social, es decir, un "sistema marital"; este sistema es más que la simple suma de dos personalidades o dos individuos, con

sus respectivas necesidades y características, ya que dicha unión genera una nueva entidad cualitativamente distinta. ⁽²³⁾

Diferentes autores, definen la satisfacción marital como la evaluación global y subjetiva que un individuo hace de su cónyuge y su relación, por lo que se encuentra sujeta a las percepciones personales de cada miembro de la diada (Acevedo).

Por su parte Burr (1970) la define como la evaluación de aspectos específicos de la vida matrimonial. Mientras que Boland y Follingstad (1987) señalan que la satisfacción marital es una descripción general de actitudes, sentimientos y autoreportes del matrimonio que se enmarcan en polaridades dicotómicas como felicidad vs. Infelicidad, satisfacción vs. Insatisfacción.

Roach, Frazier y Bowden (1981) en su caso, plantean que es la actitud de favorabilidad o desfavorabilidad hacia la propia relación conyugal. Por lo que la calidad del vínculo matrimonial se encuentra determinada por la actitud manifestada en respuesta a dicha estimación. ⁽²⁴⁾

También la satisfacción marital ha sido definida en relación a la evaluación que se hace de la pareja y en la evaluación de aspectos de la vida marital. Y se ha medido en término de ajuste de la pareja y a las actitudes que prevalecen hacia la relación marital

Pick y Andrade define la satisfacción marital como el grado de favorabilidad (actitud) hacia aspectos del conyuge y de la interacción conyugal. ⁽²⁵⁾

Se ha detectado que la satisfacción marital se encuentra íntimamente vinculada a la felicidad y al bienestar físico y psicológico de la pareja. ⁽²⁶⁾

Domínguez indica que la satisfacción marital define la calidad de la relación en gran medida, donde se estima tanto la estabilidad como la felicidad de la pareja, lo que les brinda la capacidad de desarrollarse como una familia ante la sociedad. ⁽²⁷⁾

La satisfacción marital está relacionada con aspectos tales como la viabilidad, intimidad, cuidado, pasión, satisfacción y apoyo, concibiéndose este último como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro por medio de sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor.

De acuerdo con Pick y Andrade (1988), existe un modelo de “U” que explica que la satisfacción marital es dinámica y que se encuentra en puntos más altos al inicio de la relación y al final de la misma, habiendo en el periodo intermedio un estancamiento o incluso un decaimiento, lo que está relacionado con las etapas por las que atraviesa una pareja; los primeros años se caracterizan por una especie de luna de miel, donde apenas se están conociendo y resaltan las cualidades positivas de la pareja; posteriormente, de los 4 a 7 años aumenta la seguridad y se atraviesa un periodo de reafirmación de la pareja y la paternidad; por último, de los 8 a los 14 años ocurre la etapa de la diferenciación y realización.

Es por ello que en una relación de pareja, vista como una estructura interrelacional entre dos personas, la que puede ser simétrica o complementaria, los estilos de amor intervienen en el sentimiento de apoyo que experimenta cada miembro ya que es una relación dual que se basa en un intercambio emotivo de diversa intensidad y duración, originado en la necesidad fisiológica de la satisfacción sexual y en la necesidad psicológica del intercambio afectivo. ⁽²⁸⁾

Sin embargo, en la sociedad actual el número de divorcios va en aumento trayendo consigo la separación de las familias, las cuales podrían ser resultado de múltiples factores como: problemas conyugales, familiares y/o económicos.

Actualmente la falta de satisfacción marital es un predictor de divorcio referido por INEGI, por lo que podemos observar que se ha incrementado considerablemente. En México ha ido en aumento el número de divorcios por cada 100 matrimonios. En 1980 por cada 100 matrimonios había 4 divorcios; en 1990 y 2000 esta cifra se elevó a poco más de 7 divorcios, para 2005 el número de divorcios por cada 100 matrimonios fue de casi 12 y al 2011 fue de 16 divorcios.

Las relaciones sexuales impactan de forma severa en estas relaciones de pareja siendo su repercusión un factor clave en las relaciones humanas. Según algunos autores la mitad de las parejas afectas de enfermedad renal crónica no mantienen relaciones satisfactorias, quizá la percepción de la propia figura física tiene un papel importante en esta disminución de la actividad sexual. ⁽²⁹⁾

Por otro lado, las parejas satisfechas muestran capacidades para resolver y manejar problemas, en donde cada miembro de la pareja participa con un papel activo sosteniendo conversaciones que comuniquen sus perspectivas a su compañero.

Los individuos con mayores recursos, entendidos estos últimos como las fortalezas o capacidades individuales, familiares y/o de otros sistemas tienen un mejor manejo de las situaciones estresantes.

Por su parte, definen a los recursos como: rasgos, características o habilidades ya sea de: a) un miembro de la familia, b) del sistema familiar o, c) de la comunidad, que pueden ser utilizados para enfrentar un hecho estresante.

En teoría, los recursos pueden ayudar a una familia a formular e implantar una estrategia de manejo del estrés. Siguiendo esta lógica, cuando los miembros de la familia poseen recursos suficientes tienden a ver una situación estresante como menos problemática. Entonces el que las personas cuenten con suficientes recursos psicológicos, podría ser un factor de apoyo tanto para el funcionamiento familiar como para la percepción positiva de la satisfacción marital, es decir, los recursos psicológicos pueden promover el desarrollo y crecimiento del ser humano dentro de la familia y mantener así el vínculo afectivo conyugal, esencial para el bienestar de los hijos. ⁽³⁰⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

La insuficiencia renal es un problema de la salud pública a nivel mundial, que tiene incidencia y prevalencia crecientes, con altos costos y mala evolución, además de que influye no solo en el paciente sino en todo el sistema familiar.

El paciente se ve sometido a cambios amenazadores, relacionados directamente con la enfermedad, con los efectos secundarios de los tratamientos, con la angustia asociada a la incertidumbre que los caracteriza, con los tiempos de espera, el cambio en los roles del enfermo, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en su imagen corporal, el afrontamiento de la propia muerte y lo que ello conlleva. El paciente se ve obligado a cambiar su estilo de vida, pues su organismo sufre grandes cambios en lo fisiológico, orgánico y emocional, encontrándose con periodos estresantes, agotadores y emocionalmente devastadores.

Respecto a la familia, en la etapa crónica de la enfermedad se produce una reorganización de los roles familiares; las funciones que desempeñaba el enfermo se redistribuyen en el resto de la familia.

De tal manera el identificar la satisfacción marital es de suma importancia ya que el proceso de insatisfacción marital trae consigo consecuencias en la calidad de vida de los individuos y al mismo tiempo afectar al sistema familiar.

II. 2. Pregunta de investigación

¿Cómo es la Estructura Familiar y la Satisfacción Marital en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de 20 a 60 años de la Unidad de Medicina Familiar N. 64, IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013?

III. JUSTIFICACIÓN

III.1. Académica

Por lo que a nivel académico la presente investigación se justificó ya que como médicos familiares es de suma importancia conocer como está conformada la estructura familiar de nuestros pacientes en estudio, por otro lado las connotaciones académicas correspondientes aprendidas, me permita obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar.

III. 2. Epidemiológico

La insuficiencia renal es un problema de la salud pública a nivel mundial, En México se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los servicios de salud en México son proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS, que proporcionan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%³ (3)

III. 3. Educativa

El presente estudio nos permitió con bases científicas ya que se realizó bajo el método de investigación, obtener mayores conocimientos acerca de la estructura familiar y de la satisfacción marital en pacientes con falla renal, el cual es un tema que no ha sido aún estudiado.

III. 4. Social

Asimismo a nivel social las familia con un integrante con Insuficiencia Renal Crónica, cambian en cuanto sus actividades sociales, lo que disminuye las interacciones de la familia, afectándola física y emocionalmente, por lo que se

justifica el estudio ya que la satisfacción marital y la estructura familiar de nuestros pacientes, permiten conocer si existen riesgos para sus miembros de integrarse a la sociedad.

III. 5. Económica

Y finalmente a nivel económico el gasto médico total derivado de la atención de IRC, se estimó en 4.013 millones de pesos para el año 2007, equivalentes al 2,5% del gasto de ese año. Se prevé que esta proporción crezca hasta casi el 4% y se ubique en el 2,9%. Esta inversión representa más del 60% del gasto médico total; el gasto farmacológico y ambulatorio representan en promedio el 27 y el 12%, respectivamente y como consecuencia del cuidado del enfermo la familia experimenta una merma en su economía, por lo que se debe hacer uso del servicio medico institucional por el alto costo de la atención.

Por lo tanto la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que tiene repercusión sobre la economía nacional, institucional y familiar.

IV. HIPOTESIS

En los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de 20 a 60 años de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 la Estructura Familiar se encuentra con límites difusos, relaciones distantes, ausencia de alianzas, jerarquía ausente, coaliciones ausentes e insatisfacción marital.

V. OBJETIVOS

V.1. General.

Conocer la Estructura Familiar y la Satisfacción Marital en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de 20 a 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

V.2. Específicos.

- Conocer la distribución de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal por grupos de edades de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Describir el género en los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Describir el estado civil de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Describir tiempo de matrimonio en el paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Describir la escolaridad del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Describir la religión del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Describir la ocupación de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Identificar la jerarquía en la familia del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Identificar la centralidad en la familia del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Identificar los límites en la familia del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.

- Identificar alianzas en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS.
- Identificar coaliciones en la familia del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Identificar tipo de relación en la familia del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Determinar la Satisfacción Marital en el paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS.
- Describir la satisfacción marital pacientes con insuficiencia renal crónica con el estado civil de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS
- Describir la satisfacción marital en pacientes con insuficiencia renal crónica con los límites familiares de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS
- Describir la satisfacción marital en pacientes con insuficiencia renal crónica con el tipo de relación familiar de la unidad de medicina familiar N. 64 IMSS

VI. MÉTODO

VI.1. Características donde se realizó el estudio

El presente estudio se realizó en la Unidad Médica Familiar N. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en avenida de los bomberos sin número Colonia Unidad del Seguro Social N 2, Tlalnepantla, Estado de México, la cual es una unidad de primer nivel de atención médica, que cuenta con una área de influencia que abarca comunidades de los municipios de Cuautitlán Izcalli, Tlalnepantla y Atizapán de donde los derechohabientes acuden a su atención de su domicilio.

VI.2. Diseño de estudio.

Tipos de Estudio

Observacional, Transversal, Descriptivo.

Grupos de estudio

El presente estudio se enfoca en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de 20 a 60 años de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS.

VI.3. Criterios de inclusión.

- Paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica con diálisis peritoneal que pertenezcan a la UMF 64 IMSS, de 20 a 60 años, que se encuentren en pareja en el momento del estudio y que acepten participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado por escrito.

VI.4. Criterios de exclusión.

- ✓ Pacientes con analfabetismo
- ✓ Pacientes con encefalopatía urémica

VI.5. Criterios de eliminación.

- ✓ Paciente con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis peritoneal que por algún motivo no deseen continuar con el estudio de investigación.
- ✓ Paciente con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis peritoneal que no contesten al 100% los instrumentos de valoración aplicados.

VI.6. Tamaño de la muestra

El universo del presente estudio corresponde a 130 pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de 20 a 60 años; con un error máximo aceptable del 5%, con un porcentaje estimado de la muestra del 80% y un nivel de confianza del 95%, obtenido por fórmula para estimar una proporción, se ingresaran una muestra de 97 personas.

VI.7. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidades de Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (Real academia de la lengua española, 2009).	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	Edad en años
Género	Diferencias biológicas entre las personas. (Real academia de la lengua española, 2009).	Condiciones físicas que determina al ser humano como masculino y femenino.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Masculino 2) Femenino
Religión	Conjunto de creencias o dogmas, símbolos y prácticas, que posee el objetivo de venerar a uno o varios dioses (Real academia de la lengua española, 2009).	Religión con la que cuenta el paciente en el momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	1) Católica 2) Cristiana 3) Testigo de Jehová 4) Otros
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. (Real academia de la lengua española, 2009).	Estado civil que presenta el paciente con IRC en el momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Casado 2) Unión libre

Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (Real academia de la lengua española, 2009).	Años de estudio cursados al momento del estudio.	Cualitativa	Ordinal	1)Primaria 2)Secundaria 3)Bachillerato 4)Licenciatura
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en algo diferente (Real academia de la lengua española, 2009).	Trabajo que actualmente desempeña el individuo.	Cualitativa	Nominal	1) Ama de casa 2) Obrero 3)Comerciante 4)Empleado 5)Otros
Tiempo de matrimonio	Periodo en el cual existe una relación con una pareja. (Real academia de la lengua española, 2009).	Periodo que se tiene de matrimonio o unión libre en el momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	Tiempo en años

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidades de Medición
Jerarquía	Son los diferentes niveles de autoridad en la familia (Salvador Minuchin).	Se refiere a la existencia de autoridad en la familia. Según la guía de estructura familiar de Montalvo y Soria la categoriza en presente o ausente.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Presente 2) Ausente
Centralidad	Se refiere al espacio que cada quien ocupa en un determinado contexto (Salvador Minuchin).	Se refiere a la existencia de una persona como centro de atención de la familia. Según la guía de estructura familiar de Montalvo y Soria la categoriza en presente o ausente.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1)Presente 2)Ausente
Limites	Son las reglas que definen quienes participan y de qué manera (Salvador Minuchin).	Son el tipo de órdenes para realizar actividades y funciones que cada miembro de la familia hará según la guía de estructura familiar de Montalvo y Soria. Claros: Definen las reglas con precisión. DIFUSOS: Que no definen las reglas de interacción con precisión. RÍGIDOS: Definen las reglas claramente y sin objeción.	Cualitativa	Nominal	1)Rígidos 2)Difusos 3)Claros

Alianzas	Se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro (Salvador Minuchin).	Se refiere a la existencia de la asociación de dos o más personas para ayudar a otra. Según la guía de estructura familiar de Montalvo y Soria la categoriza en presente o ausente.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Presente 2) Ausente
Coaliciones	Se refiere a la unión de dos personas para dañar a otra. (Salvador Minuchin).	Se refiere a la asociación de dos personas para hacer daño a otra. Según la guía de estructura familiar de Montalvo y Soria la categoriza en presente o ausente.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Presente 2) Ausente
Relaciones	Significa el tipo de relación que establece cada miembro con todos los demás integrantes de la familia y viceversa. (Salvador Minuchin).	Tipo de interacción entre los miembros de la familia. Según la guía de estructura familiar de Montalvo y Soria la categoriza en CONFLICTIVA: relación caracterizada por desacuerdos, entre los miembros. ESTRECHAS: relación excesivamente intensa, de gran influencia mutua e interdependencia DISTANTE: Pobres vínculos afectivos y de comunicación entre los miembros.	Cualitativa	Nominal	1) Conflictivas 2) Estrechas 3) Distaste
Satisfacción Marital	Es la evaluación global y subjetiva que un individuo hace de su cónyuge y su relación, (Acevedo, Restrepo & Tovar, 2007).	Es el grado de actitud hacia aspectos del conyuge y de la interacción conyugal. Según la escala de Satisfacción Marital se considera insatisfecho 0 a 120 puntos, y satisfecho de 121 a 240 puntos.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1) Satisfecho 2) Insatisfecho

VI.8. Descripción general del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de 20 a 60 años, de la UMF 64 del Instituto Mexicano de Seguro Social las cuales se captaron en la consulta externa.

Se obtuvo la muestra a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia y se le invito a participar en el proyecto de investigación, explicándoles el objetivo del estudio con previa autorización por medio del consentimiento informado.

A los pacientes se les aplicó cuestionario que contendrá datos sociodemográficos, escala de Satisfacción Marital y guía de estructura familiar de Montalvo y Soria, se les comento los resultados de manera individual, posteriormente su derivación con su medicó familiar para programación de terapia familiar, además por medio de estadística descriptiva se analizaron los resultados.

VI. 9. Instrumentos.

1) ESCALA DE SATISFACCION MARTIAL DE NINA ESTRELLA (1985)

VI.9.1. Descripción

Roach, Browden y Frazier (1981), desarrollaron un instrumento para medir la percepción de una persona sobre su propio matrimonio respecto a un continuo de mayor o menor favorabilidad en un punto en el tiempo, la Escala de Satisfacción Marital (ESM).

Entre las características deseadas del mismo, dichos autores mencionan: un reducido número de reactivos que midieran un solo factor y, que además, evitaran tanto como fuera posible, respuestas de deseabilidad social o de convencionalismos. Después de realizados diversos estudios en los Estados Unidos, apuntaron que la ESM cubría los requisitos psicométricos de con fiabilidad y validez.

VI.9.2 Validación

Estrella (1985) aplicó la ESM a 100 parejas de México y a otro número igual en Puerto Rico. A fin de asegurar la equivalencia de la traducción empleó el método requerido en estos casos: solicitar a una persona cuya lengua nativa sea el inglés, que re-tradujera la versión española a ese idioma, sin conocer el material original, con la finalidad de verificar la fidelidad de la nueva versión. Después de varias pesquisas iniciales, la utilizó, como antes se dijo, con 200 matrimonios de ambos países.

Se encontró una confiabilidad al aplicar el método *alfa*, índice de 0.91

Además, informa de una relación significativa entre las puntuaciones de la ESM y las de un inventario sobre auto-divulgación, es decir, la comunicación verbal de uno con el otro cónyuge sobre aspectos personales.

VI.9.3. Interpretación.

Dividió la ESM en dos: Satisfacción e Insatisfacción

La ESM consta de 48 reactivos (items) tipo Lickert: en cada uno la persona debe marcar cualquiera de 5 puntos que van desde un completo desacuerdo hasta un acuerdo total; 26 de los ítems van en sentido inverso, por lo cual se hace necesario recodificarlos para obtener la puntuación total. Entre más elevada sea ésta, mayor es la satisfacción marital.

Para efectos de la investigación reseñada en el presente artículo, se adicionó la puntuación de cada reactivo y la suma total se dividió entre 5 a fin de hacerla más fácilmente interpretable: entre más se aproxima la puntuación a 5, mas estará de acuerdo la persona en que su relación matrimonial es satisfactoria.

2) GUÍA PARA IDENTIFICAR ESTRUCTURA FAMILIAR

El instrumento cuenta con preguntas en base a los elementos de estructura familiar. Esta guía se puede aplicar en cualquier estrato social, educativo y económico. Los ítems de construyeron a partir de las siguientes definiciones:

- Estructura Familiar: Jerarquía, límites, centralidad o territorio, geografía, alianzas y coaliciones

VI.10. Análisis de los datos.

Se vigiló que todos los instrumentos utilizados estuvieran llenados en su totalidad.

Para la descripción de los datos se realizó estadística descriptiva con el propósito de definir el comportamiento de las variables cualitativas y cuantitativas.

Las variables cuantitativas como edad y tiempo de matrimonio, se interpretaran mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y se representaran con grafica de barras.

Para las variables cualitativas como es estructura familiar y satisfacción marital, genero, religión, ocupación, escolaridad se analizaran con proporciones y porcentajes y se representaran por medio de grafica de sectores.

Finalmente se realizó conclusiones de acuerdo a resultados y sugerencias para futuros estudios respecto al tema.

VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio es factible ya que la población en estudio es atendida en nuestra unidad de medicina familiar. No representa un riesgo para sujeto de investigación; Si consideramos que este estudio es de tipo transversal observacional no implicara riesgos para la salud.

Cada participante estuvo informado de los objetivos, métodos, beneficios esperados, así como los riesgos potenciales del estudio y las molestias que pudieran provocarle. El sujeto tuvo la facultad para no participar en el estudio o de que en cualquier momento pueda retractarse de su consentimiento sin que se produjeran represalias.

Se obtuvo consentimiento informado por escrito, garantizando la confidencialidad de los datos otorgados por el paciente.

Así mismo la investigación se desarrolló atendiendo a los principios éticos, la normatividad de la Ley General de Salud en cuestión de investigación:

Artículo 96. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- i. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- ii. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- iii. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- iv. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- v. Al estudio de las técnicas y los métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- vi. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- i. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- ii. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- iii. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no se expone riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- iv. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- v. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

También es importante la consideración de los criterios establecidos en la decimoctava Asamblea Médica Mundial en Helsinki en 1964, así como por los principios que deben de regir en toda investigación médica según el informe Belmont de 1978, los cuales son: respeto a las personas, beneficencia, justicia y no maleficencia.

Respeto a las personas

El respeto a las personas incorpora cuando menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberán de ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tiene derecho a ser protegidas. Así el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias de proteger a aquellos con autonomía disminuida.

Beneficencia

El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no solo respetar sus decisiones y protegerlos del daño, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término “beneficencia” se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Beneficencia se debe de entender en un sentido más fuerte, como obligación. Existen dos reglas generales: No hacer daño y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

Justicia

La selección de sujetos de investigación necesita ser examinada cuidadosamente para determinar si algunas clases sociales están siendo seleccionadas sistemáticamente, simplemente por estar disponibles fácilmente, su posición comprometida o su fácil manipulación, en lugar de ser seleccionadas por razones directamente relacionadas con el problema de estudio. Siempre que una investigación financiada con fondos públicos dé como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación.

No maleficencia

Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar los ya existentes con objeto de que sean menos dolorosos y lesivos para los pacientes; avanzar en el tratamiento del dolor; evitar la medicina defensiva y, con ello, la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben 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 y mental.

VIII. ORGANIZACIÓN

RECURSOS HUMANOS:

Tesista y encuestador:

M.C. Blanca Edith Gayosso Zamarripa

Asesor de tesis:

E. M.F. Fátima Korina Gaytán Núñez

Dentro del equipo se utilizó una computadora portátil, accesorios de oficina, como son silla, escritorio, perforadora, copiadora, impresora, además de material de consumo que incluye hojas blancas, plumas tinta negra, cuestionarios de variables en estudio y consentimiento informado por escrito para cada participante.

La investigación estuvo financiada en su totalidad por el investigador.

IX. RESULTADOS.

La investigación se realizó en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de 20 a 60 años adscritos a la unidad de medicina familiar N. 64 del IMSS, encontrándose los siguientes resultados.

Tabla y Gráfica N. 1

Del total de 97 pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal entrevistados, se pudo observar de acuerdo al intervalo de edad que 41 pacientes que representa el 42% correspondió a pacientes de 51 a 60 años, seguido por 20 pacientes que corresponde al 21% de entre el 31 a 40 años, 19 pacientes que corresponde al 20% entre los 20 a 30 años y en menor porcentaje 17 personas que corresponde al 17% a los pacientes de 41 a 50 años. Donde la media se encontró en el intervalo de edad de 31-40 años, la media corresponde al intervalo de 41 a 50 años y la moda correspondió al intervalo de 51-60 años.

Tabla y Gráfica N. 2

De los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal encuestados 61 pacientes pertenecían al género masculino que corresponde al 63% de la muestra y 36 al género femenino que corresponde al 37% del total de la muestra.

Tabla y Gráfica N. 3

Con respecto al estado civil de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal, encontramos que 78 pacientes se encuentran casados, que corresponde al 80% y 19 pacientes se encuentran en unión libre, correspondiente al 20% de la muestra.

Tabla y Gráfica N. 4

De acuerdo al tiempo de matrimonio de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal, encontramos que 62 pacientes se encuentran con más de 15 años de matrimonio que corresponde al 64%, 20 pacientes con 0 a 7 años de matrimonio que corresponde al 21% y 15 pacientes con 8 a 14 años de

matrimonio que corresponde al 15%. Donde se observó que la media cae en el intervalo de 8 a 14 años de matrimonio, mediana en el intervalos de más de 15 años de matrimonio y la moda en el intervalo de edad de más de 15 años de matrimonio.

Tabla y Gráfica N. 5

La escolaridad de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal predominó la primaria con 37 personas que corresponde a un 38%, posteriormente 26 personas con secundaria que corresponde al 27%, 22 personas con bachillerato que corresponde al 23% y 12 personas con licenciatura que corresponde al 12 % (12).

Tabla y Gráfica N. 6

De los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal 77 pertenecen a la religión católica que corresponde al 80%, 11 personas con religión cristiana que corresponde al 11%, 5 personas de otras religiones que corresponde al 5% y 4 personas testigos de Jehová que corresponde al 4%.

Tabla y Gráfica N. 7

De los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal cuentan con diferentes ocupaciones de las cuales se observó que 33 son amas de casa con 34%, 21 son empleados corresponde al 22%, son pensionados que corresponde al 20%, 10 son obreros corresponde al 11%, 8 cuentan con otros empleos que es 8% y 5 son comerciantes y representan el 5%.

Tabla y Gráfica N. 8

Se pudo observar que la jerarquía en la familia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal predominaba la presencia de la misma con un 82% (80) y su ausencia se observó en un 18% (17).

Tabla y Gráfica N. 9

Se pudo observar que la centralidad en la familia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal predominaba la presencia de la misma con un 66% (64) y su ausencia se observó en un 34% (33).

Tabla y Gráfica N. 10

En la familia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal los límites se encuentran de la siguiente manera, difusos 57% (55), rígidos 36% (35) y claros 7% (7).

Tabla y Gráfica N. 11

En la familia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal se apreció la existencia de alianza en 84% (81), y ausente en 17% (16).

Tabla y Gráfica N. 12

Respecto a la variable de coaliciones en la familia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal se apreció que predominó la ausencia del 100% (97) de los pacientes ingresados al estudio.

Tabla y Gráfica N. 13

En la familia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal se apreció la existencia de relaciones estrechas en un 77% (75), relaciones conflictivas en un 18% (17) y relaciones distantes en un 5%.

Tabla y Gráfica N. 14

En los pacientes con insuficiencia renal en diálisis peritoneal se encontró que 89 personas se encuentran con satisfacción marital que corresponde al 92% y 8 personas con insatisfacción marital que corresponde al 8%.

Tabla y Gráfica N. 15

En los pacientes encuestados se observó la presencia de satisfacción marital en el 72% de los pacientes con estado civil casados, y una satisfacción marital en el 19% de los pacientes que se encuentran en unión libre, mientras se pudo notar que se encuentran con insatisfacción marital un 8% de los pacientes con estado civil casados y no se encontró pacientes insatisfechos en unión libre.

Tabla y Gráfica N. 16

En los paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal encontramos la presencia de satisfacción marital en el 51% cuando existen límites familiares difusos, satisfacción marital en 32% cuando existen límites familiares rígidos, satisfacción marital en 7% cuando existen límites familiares claros, mientras se pudo notar la presencia de insatisfacción marital en 5% cuando existen límites familiares difusos, e insatisfacción marital en el 3% cuando existen límites familiares rígidos, e insatisfacción marital en el 0% cuando hay límites claros.

Tabla y Gráfica N. 17

De los pacientes encuestados observamos con respecto a la satisfacción marital y la relaciones familiares que existen 74% pacientes con satisfacción marital con relaciones familiares estrechas, 12% de pacientes con satisfacción marital con relaciones familiares conflictivas, 5% de pacientes con satisfacción marital y relaciones distantes, 5% de pacientes con insatisfacción marital con relaciones conflictivas, 3% de pacientes con insatisfacción marital con relaciones estrechas y 0% de pacientes con insatisfacción marital con relaciones distante.

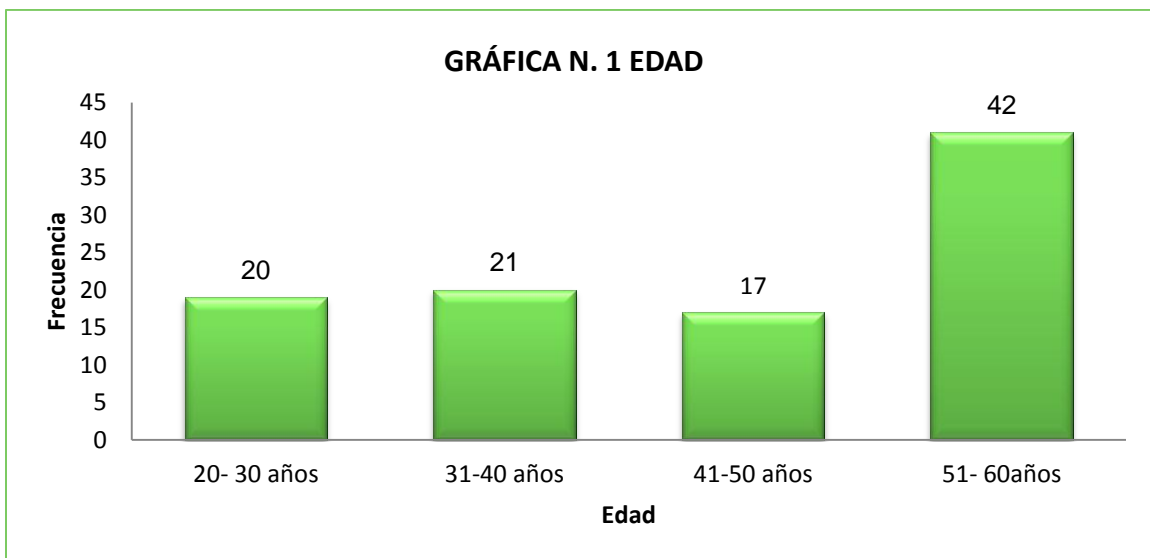
X. TABLAS Y GRAFICAS

Tabla N. 1 Edad de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre del 2013.

TABLA N.1 Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 - 30 años	19	19.6 %
31- 40 años	20	20.6 %
41-50 años	17	17.5 %
51- 60años	41	42.3 %
Total	97	100 %

Fuente: Cedula de Identificación.

Gráfica N.1 Edad de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre del 2013.



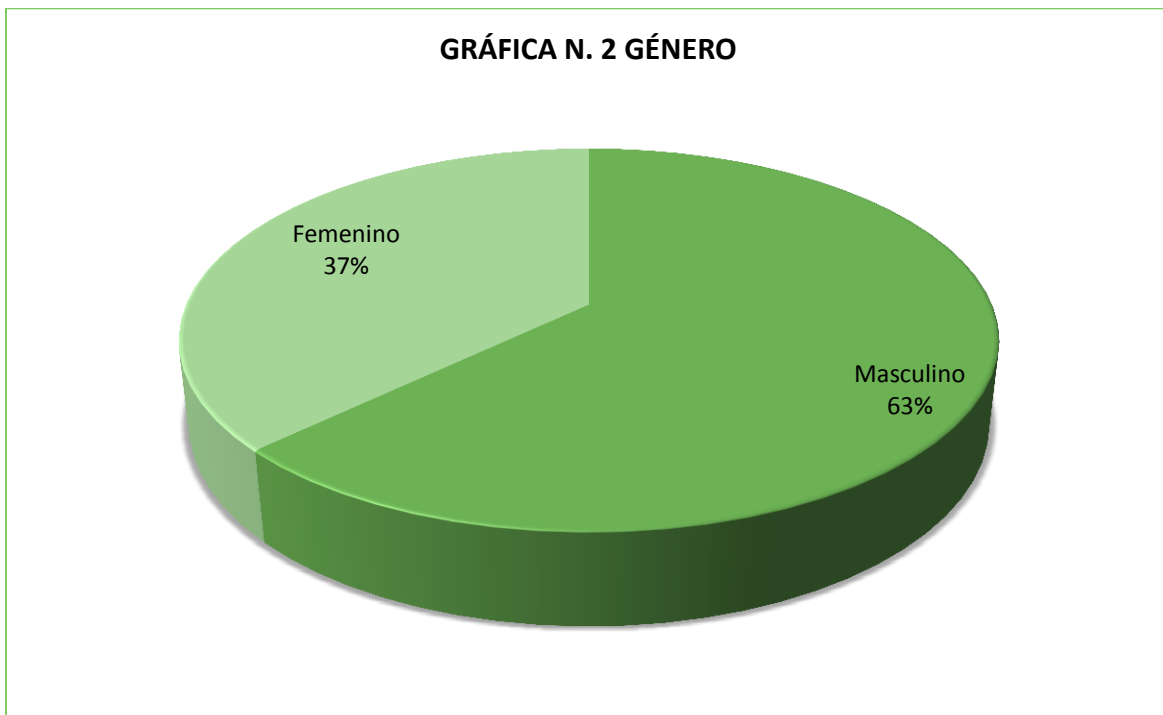
Fuente: Tabla N.1

Tabla N. 2 Género de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.2 Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	61	62.9 %
Femenino	36	37.1 %
Total	97	100 %

Fuente: Cedula de Identificación.

Gráfica N. 2 Género de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



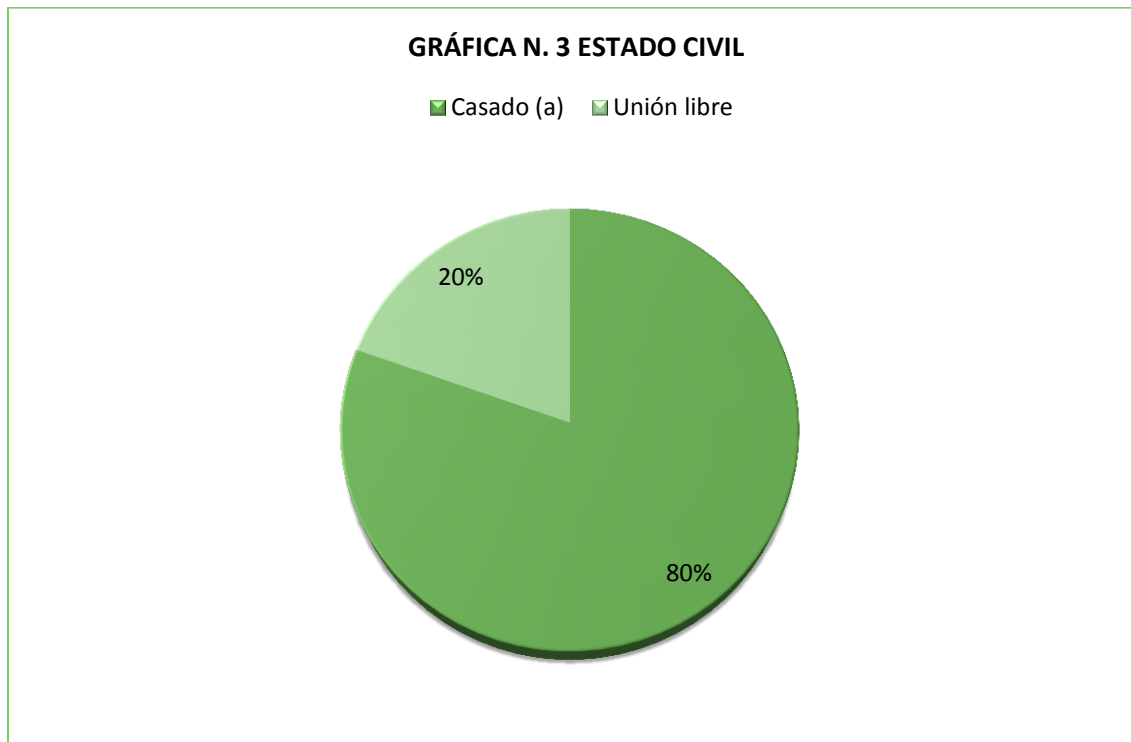
Fuente: Tabla N. 2

Tabla N. 3 Estado Civil de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre de Diciembre 2013.

TABLA N.3 Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado (a)	78	80.4 %
Unión libre	19	19.6 %
Total	97	100 %

Fuente: Cedula de Identificación.

Gráfica N. 3 Estado Civil de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre de Diciembre 2013.



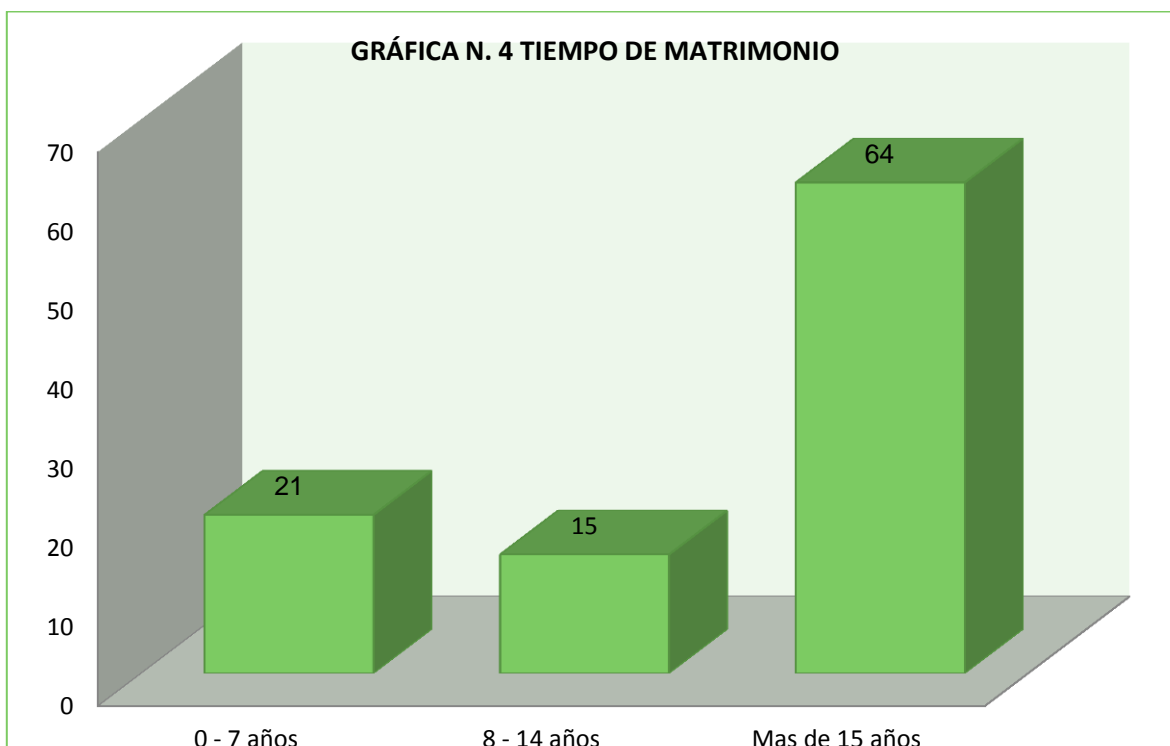
Fuente: Tabla N. 3

Tabla N. 4 Tiempo de matrimonio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.4 Tiempo de Matrimonio	Frecuencia	Porcentaje
0 - 7 años	20	20.6 %
8 - 14 años	15	15.5 %
Más de 15 años	62	63.9 %
Total	97	100 %

Fuente: cedula de identificación.

Gráfica N. 4 Tiempo de matrimonio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



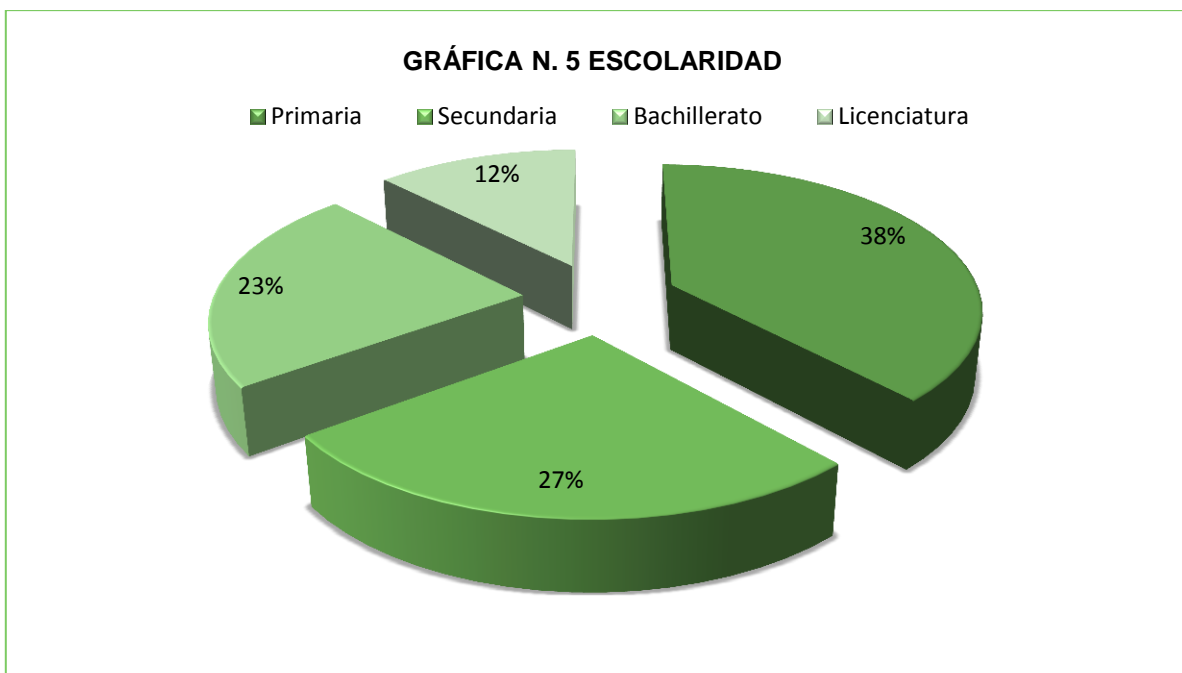
Fuente: Tabla 4

Tabla N. 5 Escolaridad de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

TABLA N.5 Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	37	38.1 %
Secundaria	26	26.8 %
Bachillerato	22	22.7 %
Licenciatura	12	12.4 %
Total	97	100 %

Fuente: Cedula de Identificación.

Gráfica N. 5 Escolaridad de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



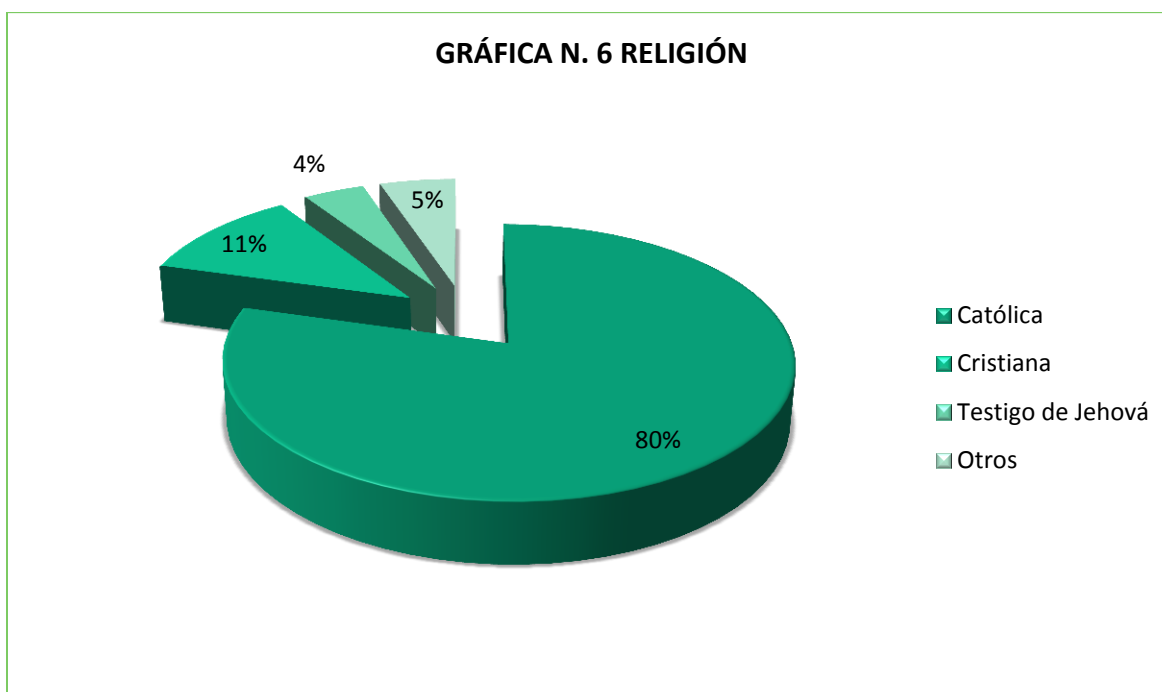
Fuente: Tabla N. 5

Tabla N. 6 Religión de pacientes con Insuficiencia Renal Cónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.6 Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	77	79.4 %
Cristiana	11	11.3 %
Testigo de Jehová	4	4.1 %
Otros	5	5.2 %
Total	97	100 %

Fuente: Cedula de Identificación.

Gráfica N. 6 Religión de pacientes con Insuficiencia Renal Cónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



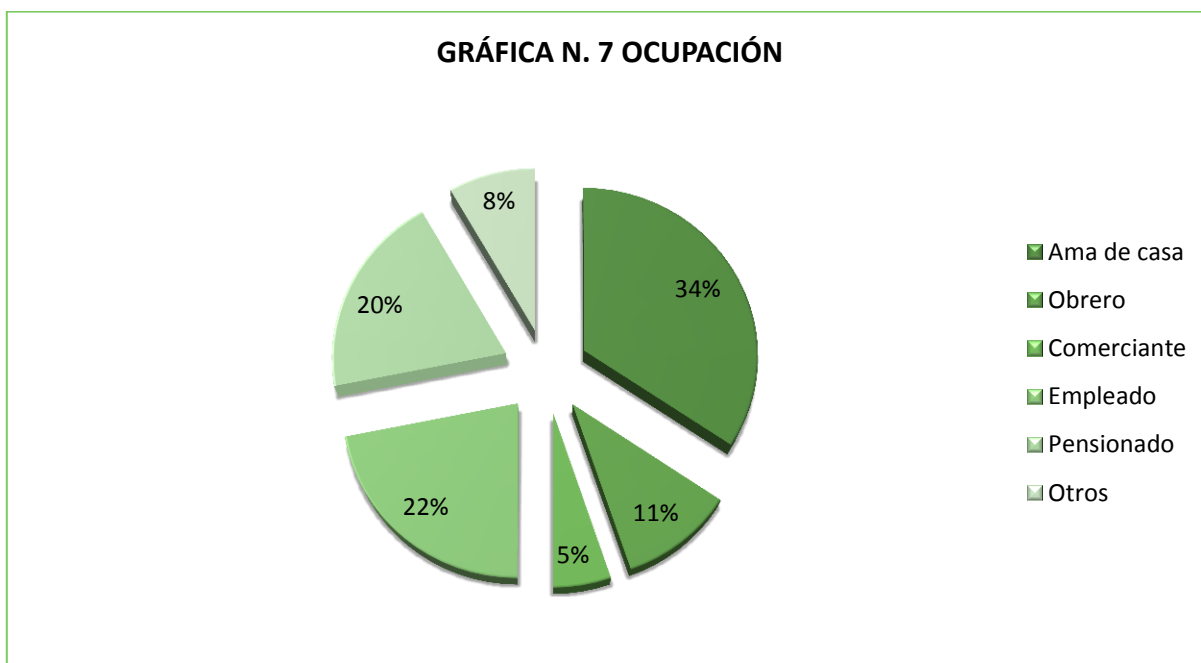
Fuente: Tabla N. 6

Tabla N. 7 Ocupación de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.7 Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	33	34.0 %
Obrero	10	10.3 %
Comerciante	5	5.2 %
Empleado	21	21.6 %
Pensionado	19	19.6 %
Otros	8	8.2 %
Total	97	100 %

Fuente: Cedula de Identificación.

Gráfica N. 7 Ocupación de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



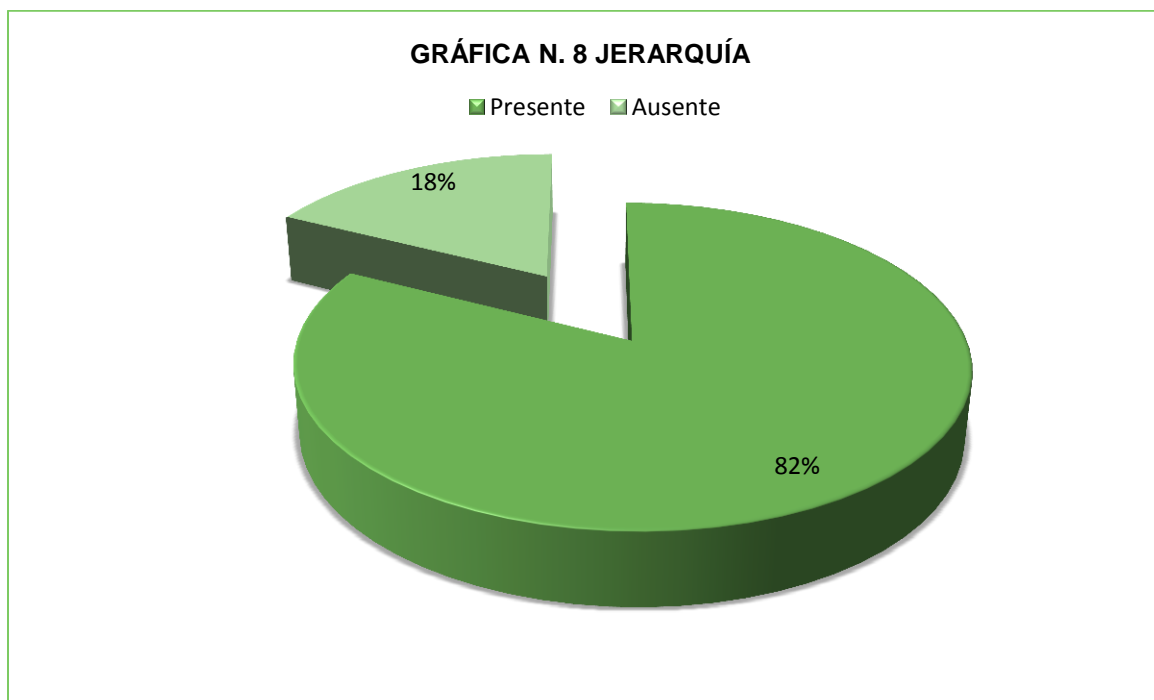
Fuente: Tabla N. 7

Tabla N. 8 Jerarquía en la familia del pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.8 Jerarquía	Frecuencia	Porcentaje
Presente	80	82.5 %
Ausente	17	17.5 %
Total	97	100 %

Fuente: Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar (Montalvo y Soria).

Gráfica N. 8 Jerarquía en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



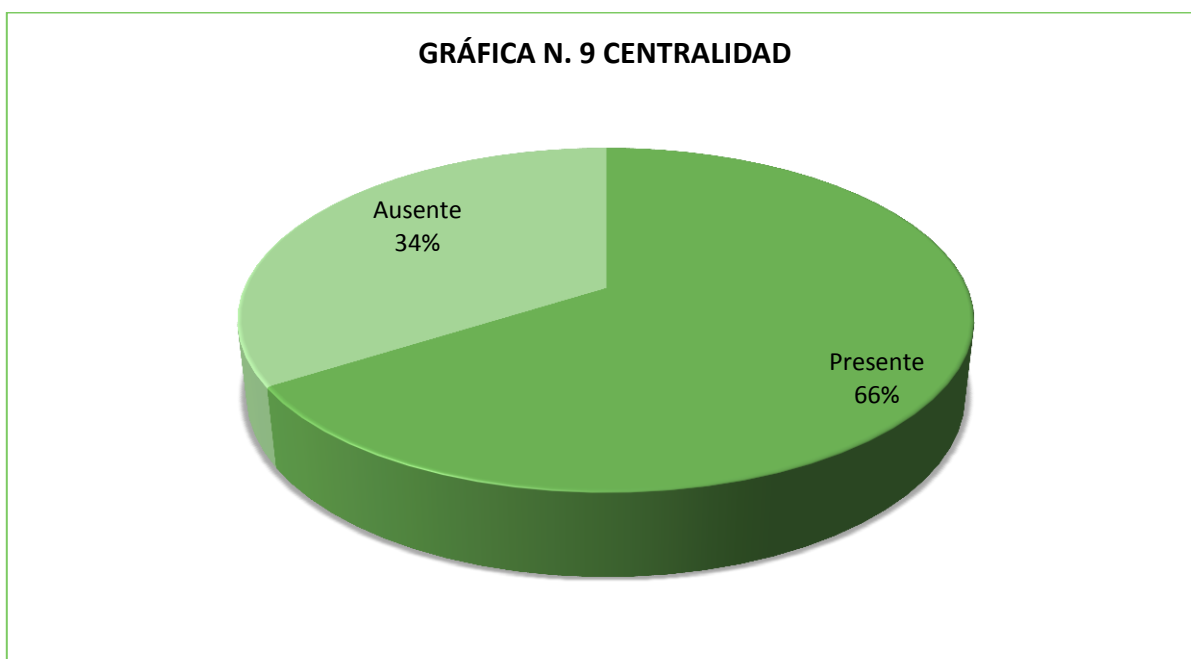
Fuente: Tabla N. 8

Tabla N. 9 Centralidad de la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.9 Centralidad	Frecuencia	Porcentaje
Presente	64	66.0 %
Ausente	33	34.0 %
Total	97	100.0 %

Fuente: Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar (Montalvo y Soria).

Gráfica N. 9 Centralidad en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



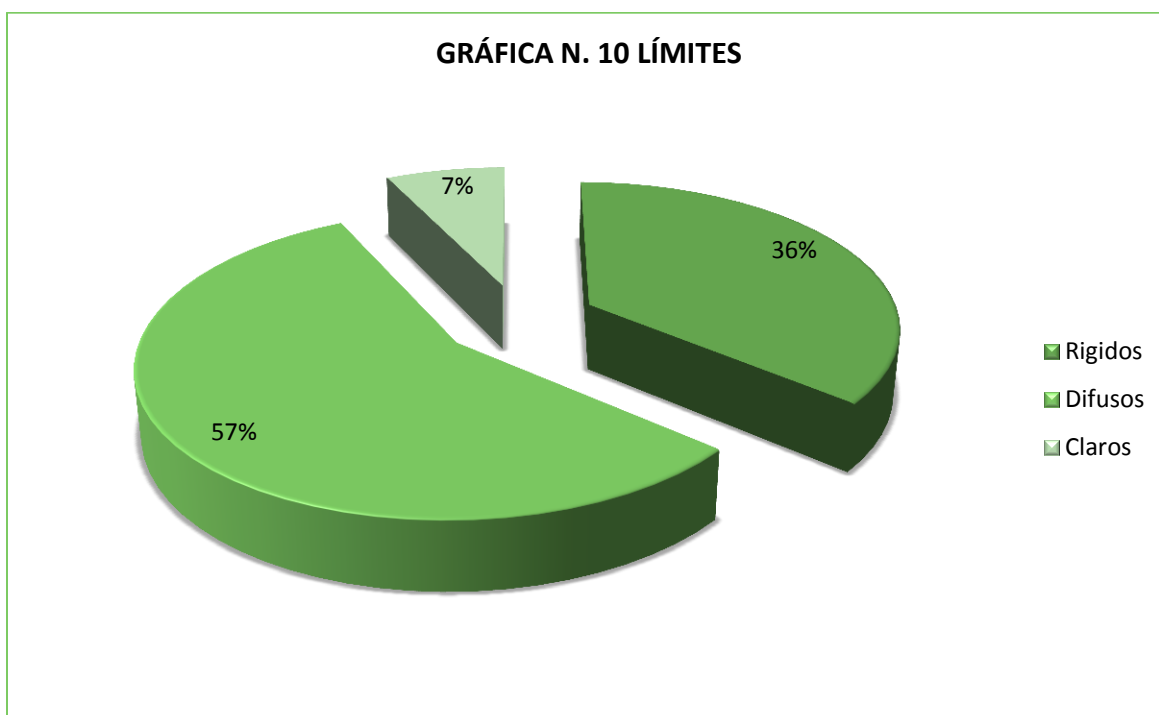
Fuente: Tabla N. 9

Tabla N. 10 Límites en la familia del paciente con Insuficiente Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.10 Límites	Frecuencia	Porcentaje
Rígidos	35	36.1 %
Difusos	55	56.7 %
Claros	7	7.2 %
Total	97	100.0 %

Fuente: Fuente: Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar (Montalvo y Soria).

Gráfica N. 10 Límites en la familia del paciente con Insuficiente Renal Crónica en Diálisis Peritoneal en la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



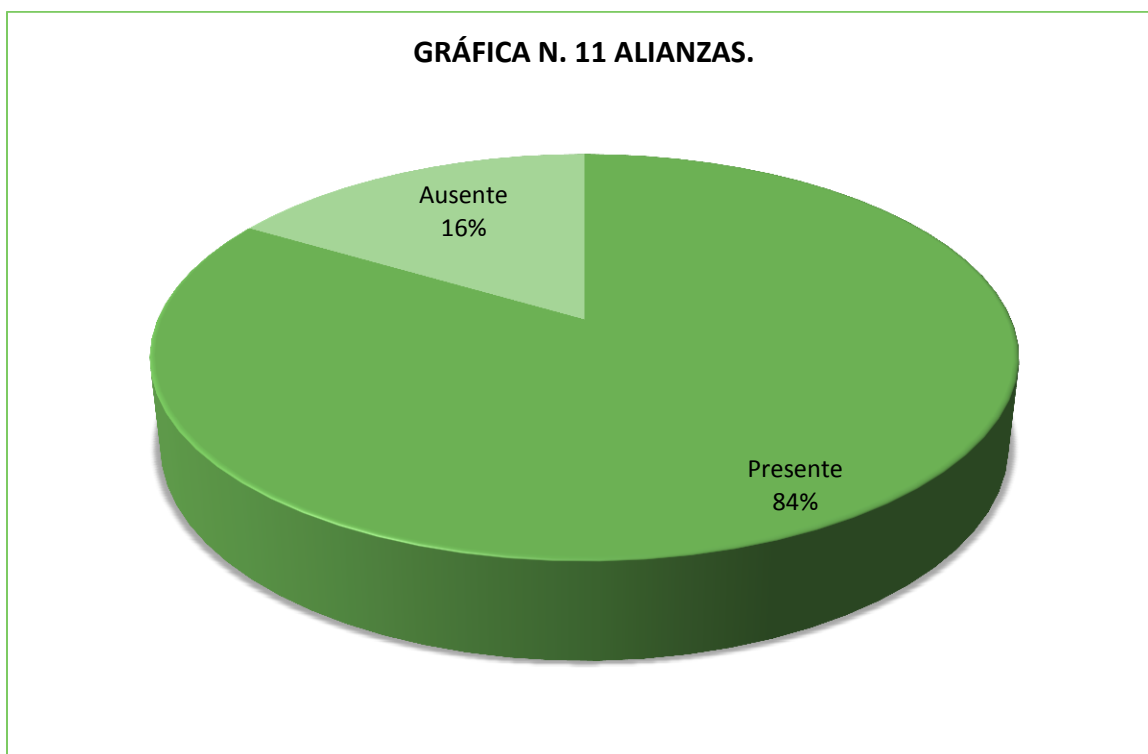
Fuente: Tabla N. 10

Tabla N. 11 Alianzas en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.11 Alianzas	Frecuencia	Porcentaje
Presente	81	83.5 %
Ausente	16	16.5 %
Total	97	100.0 %

Fuente: Fuente: Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar (Montalvo y Soria).

Gráfica N. 11 Alianzas en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



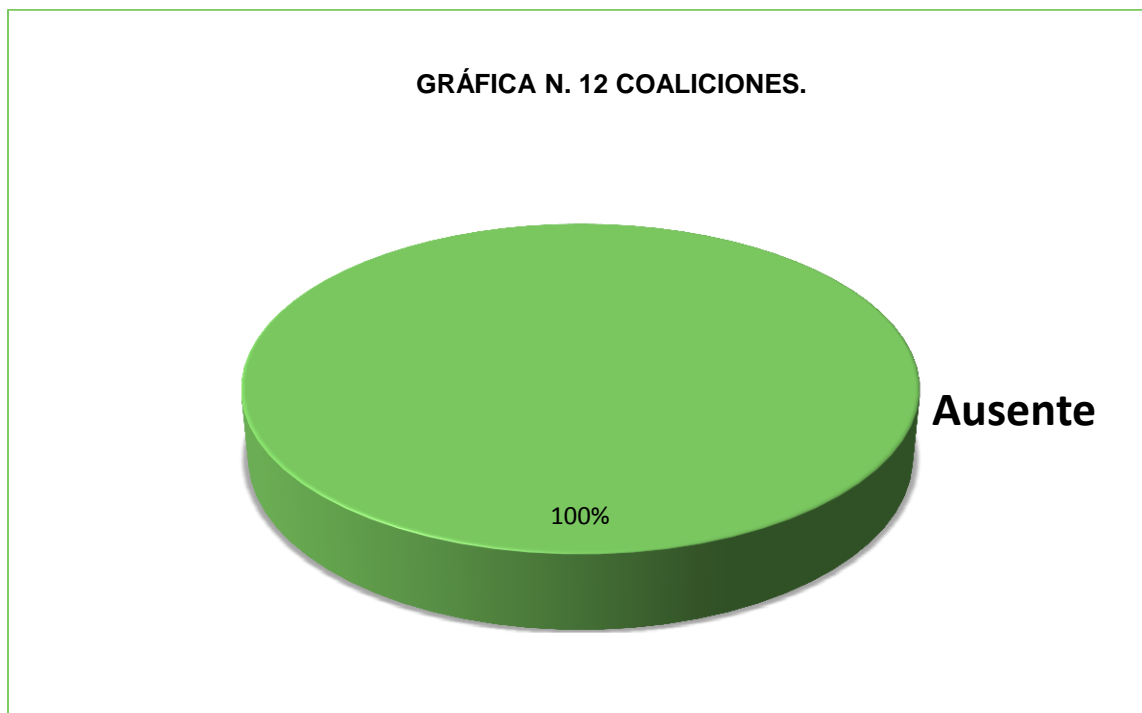
Fuente: Tabla N. 11

Tabla N. 12 Coaliciones en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

TABLA N.12 Coaliciones.	Frecuencia	Porcentaje
Presente	0	0%
Ausente	97	100%
Total	97	100%

Fuente: Fuente: Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar (Montalvo y Soria).

Gráfica N. 12 Coaliciones en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



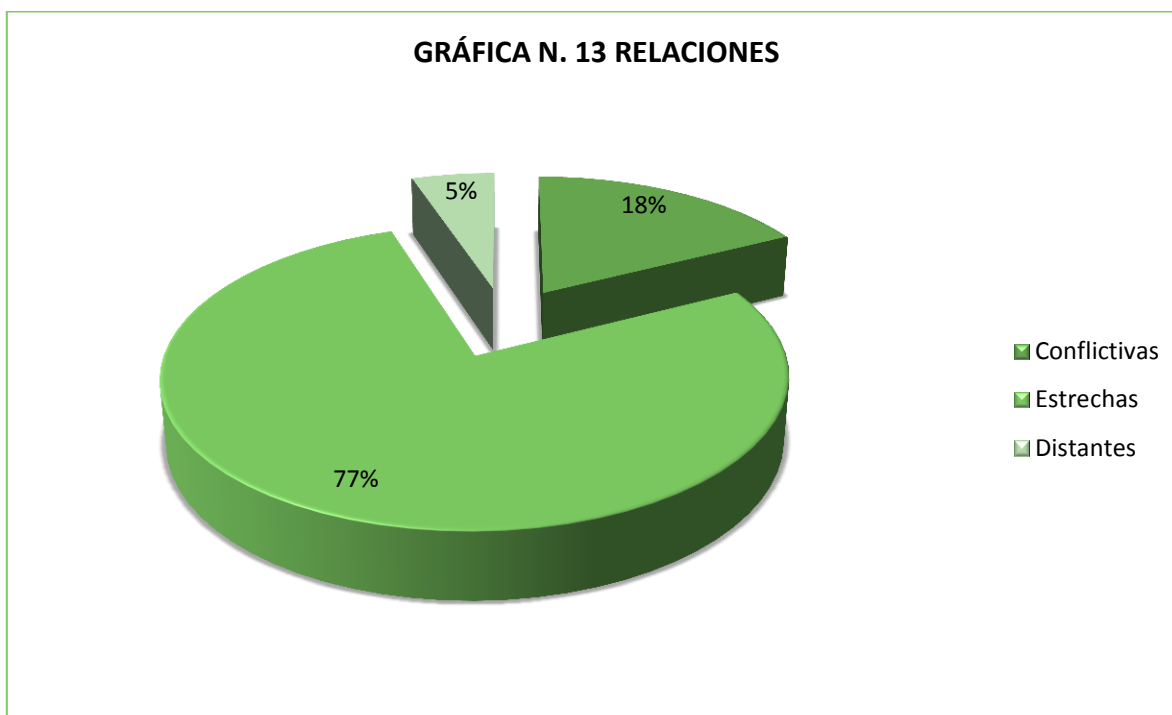
Fuente: Tabla N. 12

Tabla N. 13 Relaciones en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.13 Relaciones	Frecuencia	Porcentaje
Conflictivas	17	17.5 %
Estrechas	75	77.3 %
Distantes	5	5.2 %
Total	97	100.0 %

Fuente: Fuente: Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar (Montalvo y Soria).

Gráfica N. 13 Relaciones en la familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



Fuente: Tabla N. 13

Tabla N. 14 Satisfacción Marital en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.

TABLA N.14 Satisfacción Marital	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	89	91.8 %
Insatisfecho	8	8.2 %
Total	97	100.0 %

Fuente: Escala de Satisfacción Marital.

Gráfica N. 14 Satisfacción Marital en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre de 2013.



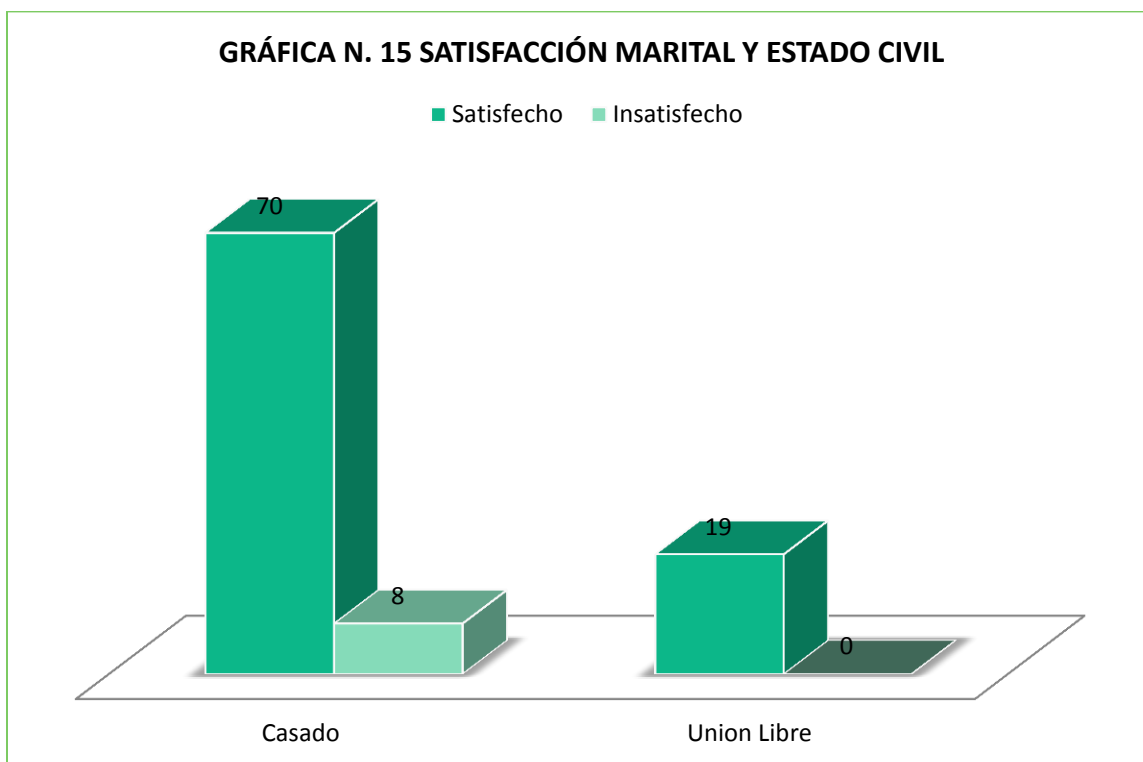
Fuente: Tabla N. 14

Tabla N. 15 Satisfacción Marital y Estado Civil en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

TABLA N. 15 Satisfacción Marital y Estado Civil.			
	Casado	Unión Libre	Total
Satisfecho	70	19	89
Insatisfecho	8	0	8
Total	78	19	97

Fuente: Escala de Satisfacción Marital y Cedula de Identificación.

Gráfica N. 15 Satisfacción Marital y Estado Civil en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N.64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



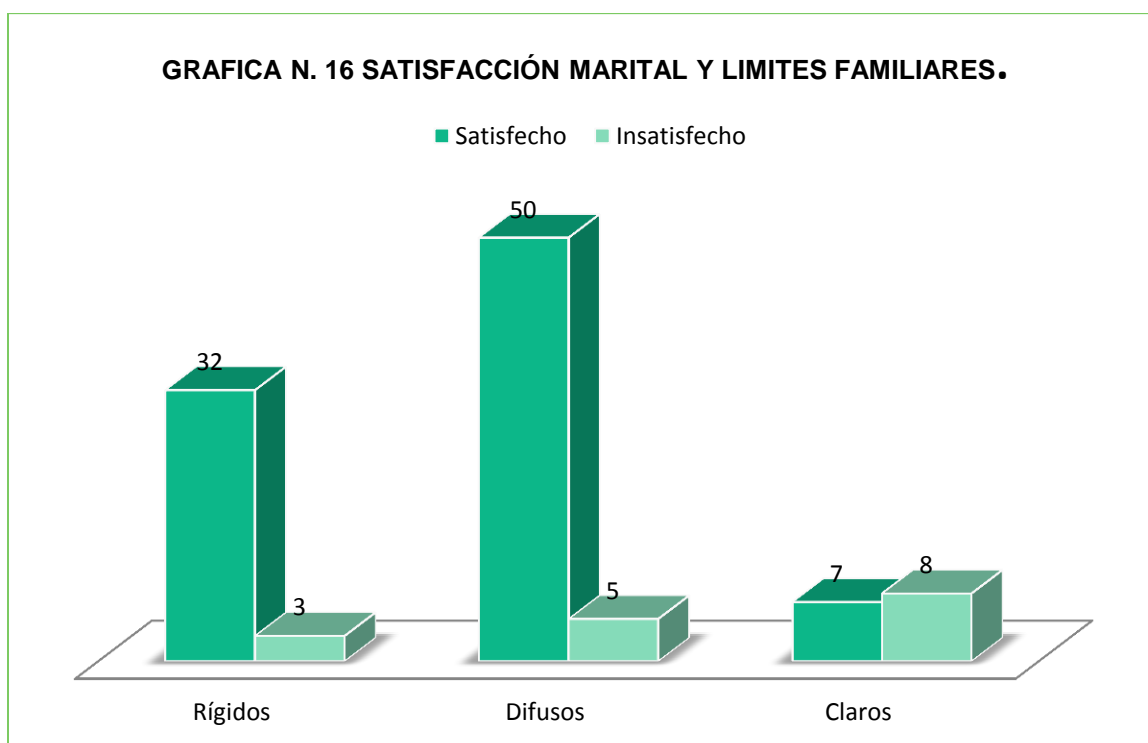
Fuente: Tabla N. 15

Tabla N. 16 Satisfacción Marital y Límites Familiares en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

TABLA N.16 Satisfacción Marital y Límites Familiares				
Satisfacción Marital	Rígidos	Difusos	Claros	Total
Satisfecho	32	50	7	89
Insatisfecho	3	5	0	8
Total	35	55	7	97

Fuente: Escala de Satisfacción Marital y Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar (Montalvo y Soria).

Gráfica N. 16 Satisfacción Marital y Límites Familiares en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



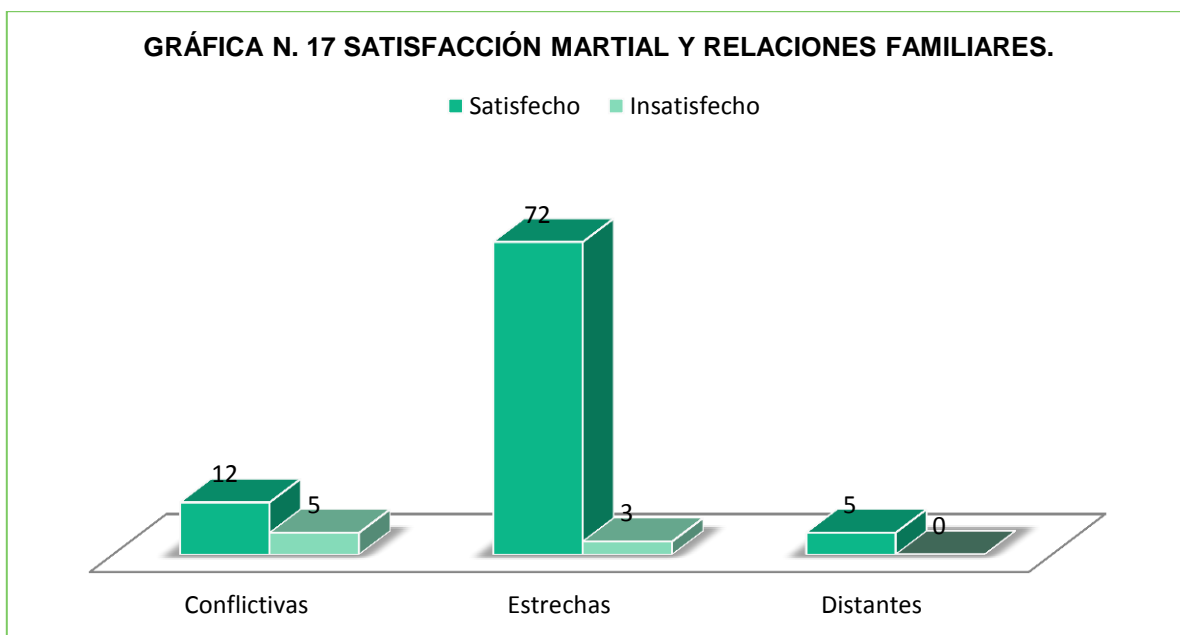
Fuente: Tabla N. 16

Tabla N. 17 Satisfacción Marital y Relaciones Familiares del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.

Tabla N. 17 Satisfacción Marital y Relaciones Familiares				
Satisfacción Marital	Conflictivas	Estrechas	Distantes	Total
Satisfecho	12	72	5	89
Insatisfecho	5	3	0	8
Total	17	75	5	97

Fuente: Escala de Satisfacción Marital y Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar (Montalvo y Soria).

Gráfica N. 17 Satisfacción Marital y Relaciones Familiares del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 IMSS en el periodo de Septiembre a Diciembre 2013.



Fuente: Tabla N. 17

XI. DISCUSIÓN.

Del total de 97 pacientes entrevistados, con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal, de 20 a 60 años de la unidad de medicina familiar N.64 de IMSS de septiembre a diciembre 2013, se pudo observar de acuerdo al intervalo de edad, el 42% correspondió a pacientes de 51 a 60 años lo que concuerda con lo encontrado por Azcarate 2006, en donde se observa el predominio de varones de 41 a 60 años.

Con respectó al género, el 65% de la muestra pertenecen al género masculino, lo que múltiples estudios epidemiológicos han podido identificar de igual manera el predominio del género masculino en esta patología como lo reportan estudios López García y Azcarate 2006, que hacen al hombre más susceptible a otras condiciones de riesgo que producen daño renal, tal es el caso del alcoholismo, así mismo Antonio Méndez 2010 encontró un 53% de varones corresponde a insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.

El estado civil de los pacientes en diálisis fue de 80% casados, lo que se encontró similar en el estudio realizado por Sandoval 2005 que correspondió al 71 % de los pacientes, el estado civil fue casado.

La escolaridad de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal predomino la primaria con 38% vista similar en el estudio de Sandoval 2005 con un 48 %.

Fernández Ortega (2004) menciona que en pacientes crónicos no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas; lo que se pudo comprobar en este estudio, el cual reporto limites difusos 57%, lo que podría provocar serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, y provocar pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros y coaliciones, aunque en nuestro estudio por el contrario aun observamos la existencia de jerarquía con un 82%, presencia de alianzas en un 84% , presencia de centralidad en el 66% y ausencia de coaliciones en todas las familias de los participantes.

Comparado con el estudio realizado por Jaime Montalvo 2013 en familias mexicanas, se ha observado el predominio de límites difusos, la existencia de jerarquía, presencia de coaliciones, presencia de centralidad, ausencia de alianzas.

Por otro lado respecto a la satisfacción marital de mi estudio, se pudo observar que el 92% de los pacientes presentan satisfacción Marital. Aunque aún no existen estudios respecto a la satisfacción marital en pacientes con insuficiencia renal crónica. Investigaciones previas del tema de satisfacción marital han encontrado que a mayor satisfacción marital menor impacto de enfermedades como Diabetes Mellitus, mayor adaptación, menos estrés y mejor calidad de vida.

Además se ha encontrando estudios de satisfacción marital en pacientes con artritis reumatoides por Barile Fabris et al; comenta que la artritis reumatoide tiene un impacto negativo sobre la satisfacción marital, el cual no parece estar relacionado solamente con el hecho de padecer una enfermedad crónica, sino vinculado con las características específicas de la enfermedad.

Por otro lado cabe notar que existió mayor satisfacción marital (72%) en pacientes con un estado civil casado, aunque no existen aun estudios que comparen el estado civil y la satisfacción marital, cabe mencionar que en estudios de satisfacción marital Becerra S. 2012 explica que las personas casadas son más felices que aquellas personas que no se han casado, por contar con un ingreso más alto, disfrutan de un apoyo emocional mayor.

Llama la atención que se pudo ver que existe mayor satisfacción marital en el 51% de los pacientes cuando hay límites familiares difusos, en donde en este tipo de familias no hay mucha diferenciación y hay demasiado paso de información entre los subsistemas, lo que podría provocar serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, como lo comenta Fernández Ortega (2004), pero en los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal le has permitido sentirse mayor mente satisfechas.

Por ultimo existe satisfacción marital en un 74% cuando existen relaciones familiares estrechas, lo que nos hace ver que en las familias de los pacientes en insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal con vínculos afectivos presentes permiten que el enfermo se encuentra satisfecho en su matrimonio, lo que le podría ayudar a mejorar su calidad de vida.

XII. CONCLUSIONES

La presente investigación se ubica dentro del campo sobre familia y pareja.

Por lo que en los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar N. 64 de IMSS, a partir de los resultados obtenidos podemos concluir.

La prevalencia de edad de los pacientes de nuestro estudio es de 51 a 60 años, por lo que este factor hace que la demanda de familiar sea mayor.

Se pudo ver que el género masculino presenta más casos de insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal, que pudiese estar provocado por factores de riesgo que hacen más susceptibles a este género.

Uno de los datos arrojados por esta investigación fue el saber que predomina en los pacientes renales el estado civil casado, los que nos hace ver que el paciente se encuentra dentro de un núcleo familiar, por lo que no se encuentra solo para enfrentar su enfermedad, contando con el apoyo de los integrantes de su familia, además de que se encuentra con un matrimonio sólido, por el tiempo de matrimonio mayor de 15 años.

Otros resultados aportados fue que la mayor proporción de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal presentan una escolaridad primaria, religión católica y una ocupación de ama de casa, lo que contribuya a que los ingresos familiares sean bajos.

Respecto a la estructura familiar de los pacientes en estudio predominó un problema en común: los límites con ellas tienden a ser difusos y rígidos, lo que podría provocar serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, y hacerse visible a través de las luchas internas por el poder en los diferentes subsistemas, falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros y coaliciones, aunque en nuestro estudio se observó aun la existencia de jerarquía, presencia de alianzas y ausencia de coaliciones por lo que considero que las familias en estudio no han llegado a presentar problemas de

adaptación a las crisis, aunque existe el riesgo latente. Aunque por el contrario se observó que los límites difusos han permitido mayor satisfacción marital en el paciente.

Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal suerte que cada uno de sus miembros pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos.

Otro aspecto importante encontrado fue el tipo de relación en la familia del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal el cual se encontró con relaciones estrechas, por lo que pudimos observar que los miembros de la familia apoyan al paciente tanto en cuestión de su manejo como en su entorno emocional, provocando a su vez que el paciente se encuentra con satisfacción marital. Por otro lado, la mayoría de los pacientes se sienten con satisfacción marital, además que esta satisfacción marital está presente en pacientes casados tal vez al estar en parejas muestran mayor capacidades para resolver y manejar problemas.

Todo lo mencionado previamente nos permitió llegar a los objetivos buscados, al conocer la estructura familiar y la existencia de satisfacción familiar y así mismo observar que la hipótesis planteada en los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal de 20 a 60 años de la unidad de medicina familiar N. 64 no se cumplió.

Por lo que podemos concluir que los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal se sienten protegidos y acompañados, con lo cual sus miedos se disipan y su angustia disminuye en función de la respuesta positiva del apoyo de su familia y su pareja.

XIII. RECOMENDACIONES

La enfermedad provoca un desequilibrio en el paciente y la familia que se puede restaurar con el triángulo terapéutico paciente, familia, y el equipo médico, que reconoce la potencialidad de la familia y el enfermo como agentes de su propia salud.

Por lo que es indispensable que el médico tratante, en este caso el médico familiar, se mantenga atento para apoyar al sistema en su conjunto de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles dentro del potencial de cada grupo familiar, mediante realización de terapia de psicohigiene familiar realizadas en la institución.

También se propone analizar los recursos maritales y no solo los recursos individuales, con los que cada cónyuge participa en la relación de pareja por medio de realización de planes y programas de orientación marital y de familia.

Por tanto, se propone a futuro la continuación de estudios relacionados con estos temas, buscando reforzar y potencializar las habilidades de las parejas con la finalidad de construir relaciones funcionales y satisfactorias, apoyándose en la creación y realización de talleres psico educativos que fomenten el autoconocimiento personal y de pareja y les acompañen en las etapas por las que la familia decida transitar.

Domínguez indica que la satisfacción marital define la calidad de la relación en gran medida, donde se estima tanto la estabilidad como la felicidad de la pareja, lo que les brinda la capacidad de desarrollarse como una familia ante la sociedad, lo que destaca la necesidad de estudios adicionales con la finalidad de conocer mejor las repercusiones sociales, familiares y conyugales que tiene la insuficiencia renal crónica y así instrumentar estrategias de intervención que puedan mejorar la evolución de estos pacientes y la calidad de vida de los mismos.

XIV.- BIBLIOGRAFIA

1. Andrew S, Definición y clasificación de la enfermedad renal crónica: propuesta de KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes). *Kidney International* 2005 Jun 1; 124 (11): 135-146.
2. Dehesa L, Enfermedad renal crónica, Definición y clasificación. *Medigraphic* 2008 3; 13 (7): 73-78.
3. Méndez D, Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Díálisis y trasplante, El Sevier España* 2010; 31(1):7-11
4. Mezzano SA, Enfermedad renal crónica: Clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Revista Médica, Chile* 2005; 15 (133):338-348.
5. Cusumano AM, Enfermedad renal crónica: Necesidad de implementar programas para su detección precoz y prevención de su progresión. *Acta Científica Estudiantil* 2007; 5(4):139-146.
6. López CM, Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. *Universidad Autónoma de México* 2010; 10 (8): 1-192.
7. Santacruz P, La carga de la enfermedad renal crónica (ERC) sobre la mortalidad de la población. ¿los datos disponibles reflejan la realidad?. *Rev. Nefrología* 2006; 26 (4): 12 – 21.
8. Cibulka, J. Metabolic disorders in patients with chronic kidney failure. *Rev. Physcol* 2007; 56 (3): 697-705.
9. Frend S, Práctica médica efectiva, Insuficiencia Renal Crónica. *Subsecretaría de prevención y control de Enfermedades* 2000; 2 (6): 72 – 80.
10. Soriano CS, Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia, claves para el diagnóstico precoz y factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Rev. Nefrología* 2004; 24 (6): 30-50.
11. Ortiz DK, Estudio de insuficiencia renal crónica y atención mediante tratamiento de sustitución. *Rev. Nefrología* 2009; 32 (10): 21 – 32.

12. Santelices MP, Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Univ. Psychol 2009; 8 (2): 413-422.
13. Fernandez MA, El impacto de la enfermedad en la familia. Rev. Fac. Med. UNAM. 2004; 47 (6).
14. Sobrino L, Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. Psicol. 2008;16(1)
15. Espinal I. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Universidad Autónoma de Santo Domingo y centro cultural poveada.
16. Montalvo R, Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. Rev. Alternativas en psicología; 2013; 17(28).
17. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en medicina Familiar 2005; 7 (1): 15-19
18. González J, La familia como sistema. Rev. Pacea Med. Fam. 2007; 4(6): 111-114
19. Montalvo J, Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente identificado. Revista Electrónica de Psicología Iztacala 2005; 8 (1)
20. Passos MC, Familia: límites y posibilidades en la construcción de los vínculos intersubjetivos. Alternativas en psicología 2013; 17 (28).
21. Suarez MA, El médico familiar y la atención a la familia. Rev. Pacea Med. Fam. 2006; 3(4): 95-100
22. Ledon L, Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista cubana de salud pública 2011;37(4):488-499
23. Arias F, Una investigación sobre la escala de satisfacción marital. Revista Latinoamericana de Psicología 1989; 21 (3): 423-436
24. Zivavo N, Incidencia del ajuste diádico y sentido del humor en la satisfacción marital. Rev. Psicol 2011; 13(1): 74-89.
25. Pick S, Diferencias sociodemográficas en la satisfacción marital: el caso en México. Revista de Psicología social 1988; 3:91-97.

26. Oropeza RE, Validación de la escala de evaluación de relaciones en la población mexicana. *Psicología Iberoamericana* 2010; 18 (2): 56-65.
27. Solares SD, Relación entre el tipo de apoyo y el estilo de amor en parejas. *Enseñanza e investigación en psicología* 2011; 16 (1): 41-56.
28. Ruiz G, El entorno social de los pacientes en diálisis peritoneal. *Nefrología* 2008; 6: 133-136
29. Mora MR, La satisfacción marital y los recursos psicológicos en las parejas con y sin hijos pequeños en pro del bienestar familiar. *Revista de psicología* 2013; 10(22): 79-96
30. Instituto Nacional de estadística y geografía; febrero de 2013
31. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas
32. Anzures R. *Medicina Familiar*. México: Corinter: 2008.
1. Becerra S. Factores de enriquecimiento, mantenimiento, comunicación y bienestar en la relación marital. *Revista de Psicología GEPU*, Vol. 3 No. 1, Junio - 2012, pp. 01-284.

XV. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	"ESTRUCTURA FAMILIAR Y SATISFACCION MARITAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL DE 20 A 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 IMSS EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013"	
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA.	
Lugar y fecha:	TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO, SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2013	
Número de registro:	N. R-2013-1408-42	
Justificación y objetivo del estudio:	CONOCER LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y LA SATISFACCIÓN MARITAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL DE 20 A 60 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 DEL IMSS EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2013.	
Procedimientos:	CEDULA DE IDENTIFICACION, GUIA DE ESTRUCTURA FAMILIAR DE MONTALVO Y SORIA, AUTO-APLICACION DEL TEST DE SATISFACCION MARITAL.	
Posibles riesgos y molestias:	RIESGO: NINGUNO. MOLESTIAS: INVERTIR APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	LOS PACIENTES CONOCERAN LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y SATISFACCION MARITAL.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE DARAN A CONOCER LOS RESULTADOS INDIVIDUALES DEL ESTUDIO A LOS PARTICIPANTES.	
Participación o retiro:	LA PARTICIPACION ES VOLUNTARIA. O RETIRARSE DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO QUE CONSIDERE CONVENIENTE.	
Privacidad y confidencialidad:	EL CUESTIONARIO ES ANONIMO. SE GARANTIZA LA AUTONOMIA Y PRIVACIDAD DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS ETICO-MEDICOS.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
<input type="checkbox"/>	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:		CONOCER LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y SATISFACCION MARITAL LO QUE COLABORARÁ A OFRECER MEJOR LA CALIDAD DE VIDA Y ATENCION A LOS PACIENTES Y A LAS FAMILIAS.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	M.C. Blanca Gayosso Zamarripa Residente de tercer año de Medicina Familiar	
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		
<hr/> Nombre y firma del sujeto		<hr/> M.C. BLANCA EDITH GAYOSSO ZAMARRIPA
Testigo 1		Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma		<hr/> 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		

CEDULA DE IDENTIFICACION

Por favor conteste marcando con una X la respuesta que describe su situación, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. De antemano gracias.

1. Género:

1. Masculino ()

2. Femenino ()

2. Edad: _____ años

1. 20-30 ()

2. 31-40 ()

3. 41-50 ()

4. 51-60 ()

3. Ocupación:

1. Ama de casa ()

2. Obrero ()

3. Comerciante ()

4. Empleado ()

5. Jubilado ()

6. Otro ()

4. Escolaridad:

1. Primaria ()

2. Secundaria ()

3. Bachillerato ()

4. Licenciatura ()

5. Religión:

1. Católica ()

2. Cristiana ()

3. Testigo de Jehová ()

4. Otros ()

6. Estado civil:

1. casado (a) ()

2. Unión libre ()

7. Tiempo de casado (a) y/o unión

libre _____ años

1. 0-7años ()

2. 8-14años ()

3. Más de 15 años ()

**Guía de Entrevista para Identificar la Estructura Familiar
(Montalvo y Soria)**

Instrucciones: Conteste las preguntas llenando los espacios que a continuación se solicita, referentes a su familia.

1. ¿Cómo está conformada su familia?

Parentesco	Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado civil

2. ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
 5. Nuero (a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()
 9. Nadie ()

3. ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe de hacer y no hacer en casa?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
 5. Nuero (a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()
 9. Nadie ()

4. ¿Quién las hace respetar?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
 5. Nuero (a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()
 9. Nadie ()

5. ¿Quién decide lo que se premia o castiga?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
5. Nuero (a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()
9. Nadie ()

6. ¿Quién premia y/o castiga?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
5. Nuero (a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()
9. Nadie ()

7. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se tienen más quejas?

1. SI () 2. NO ()

¿Quién?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
5. Nuero (a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()

¿Por qué? _____

8. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?

1. SI () 2. NO ()

¿Quién?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
5. Nuero(a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()

¿Por qué? _____

9. ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más negativamente?

1. SI () 2. NO ()

¿Quién?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
5. Nuero(a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()

¿Por qué? _____

14. ¿Existe alguien que no se involucra en la resolución de problemas familiares?

1. SI () 2. NO ()

¿Quién?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()

5. Nuero(a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()

¿Por qué? _____

15. ¿Existe alguien que nunca o casi nunca da opiniones respecto a los asuntos de la familia?

1. SI () 2. NO ()

¿Quién?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()

5. Nuero(a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()

¿Por qué? _____

16. Los padres discuten en presencia de los hijos

1. SI () 2. NO ()

17. ¿Algún de los padres comenta con alguno de los hijos sus problemas conyugales?

1. SI () 2. NO ()

18. ¿Los hijos saben lo que deben y no hacer la mayoría de las veces?

1. SI () 2. NO ()

19. ¿Los hijos saben la mayoría de las veces por cuales comportamientos pueden ser premiados o castigados?

1. SI () 2. NO ()

20. ¿Las reglas con relación a lo que se debe y no hacer son explicadas verbalmente a los hijo?

1. SI ()

2. NO ()

21. ¿Cada hijo sabe o no cuales son las actividades o funciones en la familia?

1. SI ()

2. NO ()

22. ¿Ambos padres saben o no cuales son las actividades o funciones que deben desempeñar cada uno de sus hijos?

1. SI ()

2. NO ()

23. ¿Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o a ambos padres todo lo relacionado con sus vidas?

1. SI ()

2. NO ()

24. ¿Hay diferencias o no con relación a los premios, castigos y reglas según la edad de los hijos?

1. SI ()

2. NO ()

25. ¿Se acostumbra que algún hijo premie, castigue, llame la atención a sus hermanos?

1. SI ()

2. NO ()

26. ¿Existe alguna persona fuera de los padres que tenga que ver con la implantación de reglas, premios y castigos?

1. SI ()

2. NO ()

27. ¿Existe alguna persona a quien algún miembro de la familia consulte para la toma de decisiones?

1. SI ()

2. NO ()

28. ¿Existe alguna persona a la que algún miembro de la familia siempre le esté contando lo que ocurre en la misma?

1. SI () 2. NO ()

29. ¿Existe alguna persona fuera de la familia nuclear que intervenga en los problemas conyugales?

1. SI () 2. NO ()

¿Quién? _____

30. ¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal?

1. SI () 2. NO ()

31. ¿Es respetado?

1. SI () 2. NO ()

32. ¿Quién no respeta el espacio de quién? _____

33. ¿Hay espacios compartidos?

1. SI () 2. NO ()

¿Cuáles y con quién? _____

34. ¿Existen relaciones conflictivas en su familia?

1. SI () 2. NO ()

35. ¿Existen relaciones estrechas en su familia?

1. SI () 2. NO ()

36. ¿Existen relaciones distantes en su familia?

1. SI () 2. NO ()

37. ¿Quiénes suelen unirse para para obtener permisos, favores, dinero para bienestar de alguien?

1. Esposo (a) () 2. Hermano (a) () 3. Hijo (a) () 4. Nieto (a) ()
5. Nuero(a) () 6. Yerno (a) () 7. Otro familiar () 8. Todos ()
9. Nadie ()

38. ¿Algunos miembros de la familia se unen para hacer daño a otro?

1. SI () 2.No ()

¿Quién o quiénes? _____

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL

(Roach, Browden y Fraizier, 1981; versión castellana de Nina Estrella, 1985)

1= Totalmente de acuerdo 2= De acuerdo 3= Indeciso(a)

4= En desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

*1. Yo sé lo que mi esposa (o) espera de nuestro matrimonio.	1	2	3	4	5
2. Mi esposa (o) podría hacerme la vida más fácil.	1	2	3	4	5
3. Me preocupa mi matrimonio.	1	2	3	4	5
4. Si pudiera volver a empezar me casaría con otra persona.	1	2	3	4	5
*5. Siempre confío en mi esposa (o).	1	2	3	4	5
*6. Mi vida estaría vacía sin mi matrimonio.	1	2	3	4	5
7. Mi matrimonio es demasiado rígido.	1	2	3	4	5
8. Siento que mi matrimonio se ha estancado.	1	2	3	4	5
*9. Sé que mi esposa (a) me valora.	1	2	3	4	5
10. El matrimonio me está deteriorando la salud.	1	2	3	4	5
11. Me siento perturbado (a), molesto (a) o irritable por cosas que pasan en mi matrimonio.	1	2	3	4	5
12. Tengo la capacidad de sacar adelante mi matrimonio.	1	2	3	4	5
13. No me gustaría prolongar mi actual matrimonio para siempre.	1	2	3	4	5
*14. Creo que mi matrimonio me dará satisfacción mientras dure.	1	2	3	4	5
15. Es inútil tratar de conservar mi matrimonio.	1	2	3	4	5
*16. Considero que mi satisfacción marital es muy placentera.	1	2	3	4	5
*17. El matrimonio me produce más satisfacciones que cualquier otra cosa que yo0 hago.	1	2	3	4	5
18. Pienso que mi matrimonio se dificulta más con el pasar del tiempo.	1	2	3	4	5
19. Mi esposa (o) me altera y me pone nervioso (a).	1	2	3	4	5
*20. Mi esposo (a) me permite expresarme y opinar.	1	2	3	4	5
*21. Hasta la fecha mi matrimonio ha sido un éxito.	1	2	3	4	5
*22. Mi esposa (o) me considera con igualdad.	1	2	3	4	5
23. Debo buscar las cosas interesantes y de valor en la vida fuera del matrimonio.	1	2	3	4	5

*24. Mi esposa (o) me alienta para que haga un mejor trabajo.	1	2	3	4	5
25. Mi matrimonio restringe mi personalidad	1	2	3	4	5
*26. El futuro de mi matrimonio es prometedor	1	2	3	4	5
*27. Realmente me interesa mi esposa (o)	1	2	3	4	5
*28. Me llevo bien con mi esposa (o)	1	2	3	4	5
*29. Tengo miedo al divorcio	1	2	3	4	5
30. Mi esposa (o) me exige injustamente que me ocupe de ella (él) en mi tiempo libre	1	2	3	4	5
31. Mi esposa (o) parece actuar sin fundamento en su trato conmigo	1	2	3	4	5
*32. Mi matrimonio me ha permitido obtener las metas que me he propuesto	1	2	3	4	5
*33. Mi esposa (o) está de acuerdo en querer mejorar nuestra relación	1	2	3	4	5
*34. Mi esposa (o) y yo nos ponemos de acuerdo en asuntos de diversiones	1	2	3	4	5
*35. Las demostraciones de afecto son mutuamente aceptables en mi matrimonio	1	2	3	4	5
36. Nuestra vida sexual no es satisfactoria	1	2	3	4	5
*37. Mi esposa (o) y yo tenemos un acuerdo respecto a lo que significa la conducta apropiada	1	2	3	4	5
38. Mi esposa (o) y yo no tenemos la misma filosofía de la vida	1	2	3	4	5
*39. Mi esposa (o) y yo disfrutamos de algunas actividades que son mutuamente satisfactorias	1	2	3	4	5
40. A veces deseo no haberme casado con mi esposa (o) actual	1	2	3	4	5
41. Mi matrimonio actual definitivamente es infeliz	1	2	3	4	5
*42. Espero con placer la actividad sexual con mi esposa (o)	1	2	3	4	5
43. Mi esposa (o) me falta al respeto	1	2	3	4	5
44. Se me dificulta realmente confiar en mi esposa (o)	1	2	3	4	5
*45. La mayoría del tiempo mi esposa (o) entiende como me siento	1	2	3	4	5
46. Mi esposa (o) no escucha lo que yo diga	1	2	3	4	5
*47. A menudo tengo conversaciones placenteras con mi esposa (o)	1	2	3	4	5
*48. Estoy definitivamente satisfecho (a) con mi matrimonio	1	2	3	4	5