



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**



---

---

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**IDENTIFICACION DE LA RED SOCIAL DE APOYO Y CONFORMACION  
FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN  
DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL No. 1 DR.  
CARLOS MAC GREGOR**

**T E S I S**

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. NOEMI PADILLA CAMPOS**

**ASESOR**

**DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA**

PROFESOR ADJUNTO AL SERVICIO DE EDUCACION E INVESTIGACION  
MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28  
IMSS

**DRA. GABRIELA NAVARRO SUSANO**

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE LA UMF No. 28  
GABRIEL MANCERA I.M.S.S.

CD. DE MEXICO, D. F. AGOSTO 2009.

No DE REGISTRO: 2009360923



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICATORIAS:**

### **A Dios:**

Por darme la vida, por ser mi guía y mi protector, por la hermosa familia que me dio y sobre todo por enseñarme que sin el las cosas y la vida no las puedo llevar a cabo sin su ayuda.

### **A mis padres:**

A mi mamá María del Carmen Campos que desde el cielo, estoy segura que esta orgullosa de los logros que todos sus hijos hemos hecho, de que valió la pena sus enseñanzas, regaños y también su gran amor y cariño que nos ofreció en vida.

A mi papá Miguel Padilla que ha continuado siendo el pilar de mi vida, y le sigo agradeciendo sus enseñanzas, su fortaleza y su apoyo en todo momento, le doy gracias a Dios por mantenerlo sano y por darme la oportunidad de seguir aprendiendo de él y seguir compartiendo logros a su lado.

### **A mis hermanos:**

Miguel, Cesar y Adrián que siempre me han apoyado, que han creído en mi y sobre todo por su gran cariño que me han mostrado desde la infancia.

### **A mis suegros:**

Ana Lilia Aguilar y Jesús Arias por el apoyo tan grande brindado a nuestra pequeña familia, por ser como unos padres para mis hijos y sobre todo por sus enseñanzas brindadas.

### **A mi esposo:**

Jesús pilar actual de mi vida y fortalecimiento de mi persona, por su comprensión y cariño, por su guía y amor sin barreras, gracias a Dios por ponerlo en mi camino y mantenernos en vida recta como pareja y amigos.

### **A mis hijos:**

Carmen Jeniffer y Joshua Cristian por ser las personitas más maravillosas de mi vida, por su gran carisma y sobre todo por su amor incondicional y sobre todo por ser el motivo principal de los logros actualmente hechos.

### **A todos mis compañeros residentes:**

Por todos los tiempos juntos, por el cariño que se forjó a lo largo de este tiempo y que ojalá sea para muchísimos años más.

### **A todos mis maestros y asesores:**

Por el gran esfuerzo, dedicación, disposición y sobre todo el mundo de conocimientos compartidos conmigo.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A **Dr. Apolinar Membrillo Luna** por su don de enseñanza, por su gran conocimiento, paciencia, por el interés en la formación de los alumnos.

A **Dra. María Juana Sil Acosta** por su gran apoyo, disposición al trabajo, por su facilidad para realizar mi tesis.

A **Dra. Dulce María Rodríguez Vivas** por su gran comprensión y sobre todo sus enseñanzas como persona y como maestra.

A **Unidad de Medicina Familiar Numero 28** por todo lo proporcionado para la facilidad para el aprendizaje y realizar mi residencia.

A todos los **Doctores (as) de la Unidad de Medicina Familiar Numero 28** que me dieron la oportunidad de conocer y tratar pacientes, por su confianza, por su conocimiento dado.

A **Instituto Mexicano del Seguro Social** por acogerme y brindarme siempre las facilidades de aprendizaje y superación personal.

A **Universidad Nacional Autónoma de México** por su aceptación como estudiante, por su vasta cantidad de conocimientos y profesores, por darme tantas oportunidades y tan buenos recuerdos.

# **AUTORIZACION**

---

**DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ**

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28  
"GABRIEL MANCERA"

---

**DRA. GABRIELA NAVARRO SUSANO**

JEFE DE ENSEÑANZA  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28  
"GABRIEL MANCERA"

---

**DRA. NOEMI PADILLA CAMPOS**

MEDICA RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

## **ASESOR DE TESIS**

---

**DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA**

PROFESOR ADJUNTO AL SERVICIO DE EDUCACION E INVESTIGACION  
MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28  
IMSS

## INDICE

Portada.....	1
Dedicatorias y agradecimientos.....	2-3
Autorización.....	4
Asesores de tesis.....	5
Índice.....	6
Resumen.....	7
Introducción.....	8-17
Planteamiento del Problema.....	18
Hipótesis.....	19
Objetivos.....	19
Diseño de investigación.....	20
Material y métodos.....	21-24
Diseño estadístico.....	25-26
Ética.....	27
Resultados.....	28- 33
Discusión.....	34
Conclusiones y sugerencias.....	35-36
Bibliografía.....	37-40
Anexos.....	41-47

**IDENTIFICACION DE LA RED SOCIAL DE APOYO Y CONFORMACION  
FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN  
DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL No. 1 DR.  
CARLOS MAC GREGOR**

Se ha documentado que la red de apoyo social influye de manera significativa en la asistencia que percibe el paciente y la adecuada evolución de su enfermedad.

**Objetivos:** Identificar la red de apoyo social y conformación familiar en pacientes con IRC en diálisis continua ambulatoria.

**Métodos: Diseño:** observacional, descriptivo, y transversal, prospectivo, durante un **periodo** de 12 meses, en derechohabientes de HRZ N.1 Dr. Carlos Mac Gregor del IMSS a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en diálisis continua ambulatoria comprendidos entre la edad de de 20 a 85 años, ambos sexos. **El tamaño de la muestra** se calculó de forma probabilística con base a la prevalencia de la enfermedad para un estudio descriptivo de una variable dicotómica obteniéndose 94 pacientes, **selección** por conveniencia ya que se obtuvieron 143 pacientes, donde la **variable dependiente:** presencia de red social (Cuestionario MOS) y conformación familiar, **variable independiente:** Pacientes con IRC dializados. **El análisis estadístico** se llevó a cabo a través del programa SPSS10 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará **estadística descriptiva** mediante gráficas y medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (desviación estándar, varianza y rango).

**Resultados obtenidos:** En nuestro estudio se encontró que en un gran porcentaje de los pacientes con IRC en diálisis peritoneal continua ambulatoria cuentan con red de apoyo social y en cuanto a su conformación la mayor parte de estos tiene una familia nuclear y extensa, solo en un bajo porcentaje no cuentan con este recurso y de estos la mayoría se conforman de familias monoparentales.

**Palabras clave:** Red social, conformación familiar, diálisis peritoneal, MOS.

**IDENTIFICACION DE LA RED SOCIAL DE APOYO Y CONFORMACION  
FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN  
DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL No. 1 DR.  
CARLOS MAC GREGOR**

## **ANTECEDENTES**

### **DEFINICIÓN**

Insuficiencia Renal Crónica (IRC), se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular, secundaria a la pérdida irreversible de nefronas como consecuencia de la evolución de la nefropatía crónica.

Desde el punto de vista fisiopatológico, podemos decir que en la IRC hay una pérdida progresiva e irreversible de la elasticidad y velocidad que tiene el riñón para regular el medio interno, a medida que progresa la IRC se va produciendo una progresiva homeostenosis, hasta que esta es tan estrecha que no es compatible con la vida

Se define también como:

- a) Filtrado glomerular menor a 60 ml/min.
- b) Elevación de la creatinina sérica en hombres mayor a 1.6 mg/dl y 1.4 mg/dl en mujeres cuando exista evidencia de daño renal por mas de 3 meses.<sup>1-3</sup>

### **EPIDEMIOLOGIA**

Para Goicoechea, y de acuerdo a la United States Renal Data System (USRDS) se ha documentado un aumento de la incidencia y prevalencia de IRC en Estados Unidos; en las últimas dos décadas la incidencia actual se sitúa en los varones de 404 casos por millón de la población y en las mujeres en 280 casos por millón de población.

Se estima que la prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento sustitutivo puede duplicarse en la década presente, estimándose una prevalencia actual del 11%.<sup>4</sup>

Estudios preliminares y el análisis de bases de datos poblacionales (según las Guías SEN de riñón y enfermedad cardiovascular; 2004), nos indican que la prevalencia de IRC en estadios 3, 4 y 5 (función renal <60ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) puede estar, según el método utilizado para la estimación de la función renal, entre el 7.5% y el 17.8% en el conjunto de la población adulta y puede alcanzar cifras del 45 % en ancianos".<sup>4</sup>

Según reportes de la Unidad de Investigación en Enfermedades Nefrológicas del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS (CMNSXXI), la prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica Terminal es de 1142 por millón de habitantes.<sup>5</sup>

La incidencia mundial de IRCT es de 242 casos por un millón de habitantes, de los cuales 16% es tratado con Diálisis Peritoneal (DP).<sup>7</sup>

Así también en 1992 el IMSS reportó una cifra de 7785 pacientes con diálisis peritoneal, obteniendo una prevalencia de 199.6 por millón.<sup>10</sup>

En el año 1999, en Estados Unidos, 340.000 pacientes requirieron terapia renal sustitutiva, ya fuera con diálisis o trasplante, y se estima que para este año (el año) 2010, el número de pacientes será de 651.000.<sup>8,9</sup>

La Sociedad Latinoamericana de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal, registro una prevalencia de terapia de reemplazo renal (todas sus modalidades) de 119 pacientes por millón de habitantes en 1991 y ésta se incrementó a 349 en 2001, siendo la hemodiálisis la modalidad predominante, excepto en México, donde la diálisis peritoneal se realiza en el 86% de los casos.<sup>11</sup>

El incremento anual de pacientes en terapia renal de reemplazo es de 8 a 10%<sup>40</sup>. En México, solo 1% de los pacientes bajo tratamiento de reemplazo renal está en diálisis peritoneal automatizada, 19% en hemodiálisis y 80% en diálisis peritoneal continua ambulatoria.<sup>12</sup>

En un estudio en Centro Médico Nacional La Raza (CMNLR), reveló que existen 404 casos de IRTC por cada millón de personas mayores de 15 años en diálisis peritoneal.

La sobrevida en pacientes diabéticos es de 44% a los 12 meses, 14.5% a los 24, y 5.4% a los 36 meses; en los pacientes no diabéticos 77.5% a los 12 meses, 62% a los 24, y 35.5% a los 36 meses.<sup>13</sup>

## **CAUSAS**

La Enfermedad Renal Crónica afecta a un porcentaje significativo de la población debido fundamentalmente, a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes mellitus.<sup>3</sup>

Dirks comenta que los dos principales factores de riesgo cardiovascular (RCV), la diabetes mellitus y la HAS, causan la mayoría de casos de IRC. La IRC representa el blanco renal del daño vascular sistémico provocado por la diabetes mellitus y la HAS. En los últimos años, la pandemia de diabetes tipo 2 y el aumento de las prevalencias de HAS, obesidad y dislipidemia, particularmente en los países en desarrollo, han aumentado en forma alarmante la prevalencia de la IRC.

La diabetes tipo 2 se ha convertido en la primera causa de insuficiencia renal en el mundo. El 20% de los pacientes diabéticos y 14% de los hipertensos tienen un Función Glomerular (FG) menor de 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.<sup>14,15</sup>

## CLASIFICACION

En el año 2002, la National Kidney Foundation Estadounidense publicó a través del proyecto K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) una serie de guías de práctica clínica sobre la evaluación, clasificación y estratificación de la Enfermedad Renal Crónica, las cuales comentaremos a continuación en forma breve.

Clasificación de los estadios de la Enfermedad Renal Crónica según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation.<sup>1,4</sup>

- ◆ Estadio 0: Hay un riesgo elevado de Enfermedad Renal Crónica con un Filtrado Glomerular (FG) ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. De > 60 y con factores de riesgo.<sup>4</sup>
- ◆ Estadio 1: Con daño renal y FG normal. Entendiendo al daño renal con una proteinuria /albuminuria persistente (índice de albúmina/creatinina >30mg/g aunque se ha propuesto cortes sexo-especificos en > 17 mg/g en varones y 25 mg/g en mujeres); otros marcadores como alteraciones en el sedimento urinario y alteraciones morfológicas en las pruebas de imagen.<sup>4</sup>
- ◆ Estadio 2: Daño renal con FG ligeramente disminuido 60-89 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.<sup>4</sup>
- ◆ Estadio 3: FG moderadamente disminuido 30-59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.<sup>4</sup>
- ◆ Estadio 4: FG gravemente disminuido 15-29 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.<sup>4</sup>
- ◆ Estadio 5: Fallo renal < 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> o diálisis.<sup>4</sup>

La manifestación más grave de la IRCT, es el estadio 5 según la clasificación del K/DOQI, y subsidiaria de tratamiento sustitutivo mediante diálisis o trasplante renal.

Estos pacientes tienen un riesgo cardiovascular elevado y sufren una morbimortalidad por eventos cardiovasculares que, probablemente, tenga un impacto en la salud, mayor que la evolución hacia la necesidad de tratamiento renal sustitutivo.<sup>1</sup>

## TRATAMIENTO

Para mantener la vida del paciente con IRCT, se requiere de tratamientos de sustitución renal, tales como Diálisis Peritoneal (DP), Hemodiálisis (HD) y Trasplante Renal.<sup>5</sup>

La Diálisis Peritoneal es el método más antiguo utilizado en el tratamiento de la IRCT (1959) introducido por Maxwell y colaboradores, los cuales lo describen como un método de irrigación intermitente a la cavidad peritoneal a través de la membrana peritoneal, en la cual se lleva a cabo un intercambio de fluidos y solutos entre la sangre de los capilares peritoneales y la solución dializante.<sup>16,17</sup>

En México a partir de 1988 se estableció a nivel nacional el programa de diálisis peritoneal en los hospitales, para realizar de una manera eficiente y estandarizada el procedimiento de diálisis peritoneal con el propósito de disminuir la mortalidad por la IRCT.<sup>18</sup>

## **RED SOCIAL**

El otorgamiento de los servicios de salud en nuestro medio, ha centrado su atención en el manejo de la problemática desde una perspectiva predominantemente biológica dejando de lado los aspectos psicosociales que son relevantes para el manejo de este tipo de patología.

De esta manera, el estudio de los elementos sociales presentes en el dinámico desarrollo de eventos que favorecen o limitan la enfermedad o la salud, requiere de la aplicación de herramientas que nos permitan abordar estos elementos como son las redes sociales.

Por tanto podemos considerar a la red social como un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano.<sup>19-21</sup> Los procesos de red pueden ser vistos en un grupo de familiares, vecinos, amigos y otras personas que aportan ayuda real y duradera, a un individuo o una familia.<sup>22</sup>

Bowling define a la red social, como un proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda emocional instrumental o económica de su red social.

Considerando lo anterior podemos mencionar que el apoyo social tiene dos componentes claramente diferenciados; por un lado, los cuantitativos o estructurales, entendidos como cantidad de apoyo que efectivamente se recibe y, por otro los cualitativos o funcionales, es decir, la percepción de la calidad de apoyo que efectivamente se recibe y la sensación de tener apoyo cuando se precisa.

Estos últimos parecen ser los que influyen más decisivamente sobre el estado de salud, no tanto el hecho de disponer de ellos. En ambos componentes pueden diferenciarse a su vez varias categorías.<sup>21, 37</sup>

Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, en donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros, ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar inmersos en circunstancias similares.<sup>23</sup>

Es importante diferenciar entre red social y apoyo social, Bellon se refiere a la primera con parámetros cuantitativos o estructurales, en tanto que el apoyo social lo considera a través de parámetros cualitativos inherentes a las necesidades básicas de las familias.<sup>23</sup>

El procesos de reciprocidad como base de las redes sociales, llega a convertirse en un capital social emergente frente a situaciones de crisis, como un mecanismo de supervivencia.<sup>31</sup> La reciprocidad puede analizarse en cuanto a su estructura, comportamiento y organización tanto en la cotidianidad como frente a contingencias.<sup>24,25</sup>

La influencia del soporte familiar y comunitario también ha sido objeto de estudio en el caso de pacientes crónicos con diabetes mellitus, hipertensión, cardiopatías y trastornos de las vías biliares.<sup>26,27</sup> Así a mayor red social, el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima incrementando su relación con su grupo de pertenecía, lo que puede determinar el incremento de consultas oportunas al médico.<sup>28</sup>

Con base a su organización, las interrelaciones en una red social pueden ser informales o formales, dando origen a los intercambios básicos que le son propios.<sup>29,30</sup>

Hay dos tipos de redes sociales:

- Las informales: Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad, siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciéndolo extensivo a los núcleos de amistades y vecinos. Estas redes se caracterizan por formas de ayuda o apoyo presentes tanto en las familias nucleares como en las extensas.
- Las formales: Se establecen con base en normas, roles o funciones delimitadas, presentando un acceso restringido con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares. Las instituciones y los servicios son los ejemplos más claros de las redes sociales formales.<sup>31,32</sup>

Dentro de la estructura de las redes sociales formales e informales, suelen establecerse a partir de su origen y tamaño, existiendo varias clasificaciones, que pueden ser integradas en cuatro tipos básicos:

1. Redes familiares (informal).

2. Redes extra familiares (informal)
3. Redes institucionales (formal)
4. Redes o cadenas sócio epidemiológicas (mixta)<sup>30,33</sup>

Con base en el ámbito en el cual se desarrollan las redes familiares pueden ser intrafamiliares, interfamiliares y extra familiares.<sup>34</sup>

- ◆ Las intrafamiliares, se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los integrantes de un determinado núcleo familiar sin la intervención de personas ajenas a él.<sup>34</sup>
- ◆ Las redes interfamiliares surgen por la división de tareas entre los núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias.<sup>30-35</sup>
- ◆ Las redes extra familiares surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad; como es el caso de las amistades vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda.<sup>30-37</sup>

Los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos.<sup>4</sup>

El paciente con insuficiencia renal está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad la cooperación familiar es imprescindible.<sup>15,38</sup> Por lo que el papel que juega la familia, en especial los progenitores, es fundamental para el desarrollo favorable de cualquier individuo.

Cuando en la familia se incluye en forma determinante un miembro con una enfermedad crónica, este requiere y demanda una mayor atención, y por tanto existen frecuentemente dificultades de adaptación a los acontecimientos vitales estresantes relacionados con las etapas de transición del ciclo evolutivo de la persona, lo cual finalmente altera la dinámica familiar<sup>39</sup>.

En la dinámica familiar incluye determinantemente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Existiendo frecuentemente dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona.<sup>39</sup>

Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación.<sup>40</sup>

La red social de apoyo influye en la identificación de la necesidad de salud, en el autocuidado y la búsqueda de atención médica, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares.

El entorno psicosocial y las condiciones asociadas a eventos estresantes coexisten en la experiencia cotidiana e influye en el núcleo familiar.

*La asistencia a cuidados del paciente con insuficiencia renal crónica depende de forma significativa de las dimensiones facilitadoras de la función familiar.*<sup>41</sup>

La red familiar influye de manera significativa en la asistencia que recibe el paciente. Algunos sociólogos han mostrado un gran interés en los efectos de las relaciones sociales o familiares en la salud y bienestar, que explican la función de protección y de integración social como parte del concepto de apoyo familiar y social, que es benéfico en situaciones de crisis.<sup>41</sup>

Con el desarrollo y análisis de las redes sociales, se hace énfasis en las características del individuo, en sus relaciones interpersonales, y por otra parte el contexto familiar o social que puede facilitar, modificar o incluso impedir, que la red de apoyo familiar se otorgue, si la conducta del enfermo muestra desadaptación, trastorno o conflicto, ante la condición crítica en que se encuentra.

La contribución respecto a las características de la dinámica familiar del paciente con enfermedad crónica, como lo es la enfermedad renal, permite identificar patrones de funcionalidad de la familia y su influencia en la red de apoyo familiar que dependen fundamentalmente de la eficiencia familiar, de los patrones de liderazgo, expresión de conflictos y claridad de la comunicación.<sup>41</sup>

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

Se le identifica en el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante de la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no sólo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro de su bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.<sup>42</sup>

En uno de los estudios más recientes dónde evalúa la estructura familiar de 74 pacientes afroamericanos de procedencia urbana, con tratamiento hemodialítico, se señala que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis.<sup>43</sup>

Existe otra investigación donde se dirime la relación existente entre el apoyo social recibido y funcionamiento familiar en pacientes tratados con hemodiálisis, donde esta vinculación resultó altamente significativa, en este contexto se determinó que mientras más disfuncional era la familia, más bajo era el apoyo percibido por los pacientes.<sup>44</sup>

Es necesario distinguir entre el soporte de los recursos constituidos por la red social de cada individuo y de cada familia, y su contenido, compuesto por los recursos que aporta esta red, que generalmente se denomina apoyo social.<sup>37</sup>

Existen varios instrumentos para evaluar la red social de las cuales ocuparemos el de MOS. Ya que este abarca las dos modalidades de red social tanto informal como formal, las cuales se desglosan en cuatro modalidades que a continuación comentaremos.

El Cuestionario MOS de apoyo social, es un cuestionario breve, multidimensional, autoadministrado, que fue desarrollado por el MOS (grupo de estudios para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria en los EE.UU.) el cual sirve para analizar distintas dimensiones de recursos en pacientes con distintas enfermedades.<sup>37</sup>

Este instrumento permite investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional/informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo, además de ofrecer un índice global de apoyo social.<sup>37</sup>

Este cuestionario fue desarrollado por Sherbourne y Stewart para su utilización en pacientes de Atención Primaria, consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5, tiene la ventaja de estar más orientado hacia elementos estructurales de los apoyos sociales y no solamente funcionales, y de incluir una primera pregunta para informar sobre el tamaño de la red social.

Para la presente investigación, la autora agrego una pregunta más en el ítem número uno, en donde se le pedirá al paciente que mencione que persona(s) exclusivamente es la que mas lo apoya en cuanto a la asistencia de su enfermedad.

Sus ítems constituyen 4 subescalas que miden:

- El apoyo emocional/informacional (ítems 3,4,8,9,13,16,17 y19)
- El apoyo instrumental o ayuda material(2,5,12 y 15)
- La interacción social positiva, o interacciones sociales de ocio y distracción (7,11,14 y 18)
- El apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño. (6,10 y 20).<sup>37</sup>

Proporciona un índice global de apoyo social distribuido entre un máximo (94), un valor medio (57) y un mínimo 19. En las subescalas los valores máximos, medio y mínimo son 40,24 y 8 para el emocional/informacional: 20,14 y 4 para el instrumental, 20,12 y 4 para la interacción social positiva y 15, 9 y 3 para el apoyo afectivo.<sup>37</sup> (Anexo número 3)<sup>45-47</sup>

Este Cuestionario ha sido ampliamente validado por Revilla Ahumada L. et al. en la revista de Atención Primaria en el 2005, donde nos menciona que el cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso permite descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.<sup>45</sup>

Para tener datos más precisos de la red social y el apoyo familiar necesitamos conocer algunos datos relevantes de la familia como la estructura familiar lo cual aportará datos sobre la tipología familiar o composición de la familia, las características de la constelación fraterna y sobre la configuración de las familias poco usuales; entre los que podremos encontrar distintos tipos de estructuras familiares.

Por lo anterior consideramos adecuado mencionar la tipología según la clasificación de José Luis Huerta, en donde podemos observar los diferentes tipos de familia, de acuerdo a su conformación.<sup>35</sup>

**Familia nuclear:** Es aquella familia estable, formada por dos individuos de distinto sexo con o sin hijos conviviendo en el mismo domicilio.

**Familia seminuclear (monoparental):** Familia de un solo padre, ya sea por soltería de la madre, o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento o el divorcio de la pareja.

**Familia extensa:** Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal.

**Familia semiextensa:** Consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de uno de los cónyuges.

**Familia compuesta (ampliada):** Puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres ahijados, amigos, huéspedes, etc.)

**Familia extensa modificada:** Se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. La estructura de esta unidad se basa en los lazos de afecto así como en la selección, ya que la misma cultura puede incluir ciertos mecanismos para incorporar a individuos no familiares a dicha red familiar por medio de parentescos ficticios, tales como el compadrazgo.

**Sin familia:** En esta familia se contempla no sólo al adulto soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos.

**Familia reconstruida:** Es una familia en la que dos adultos forman una nueva familia en la cual uno de ellos incorpora al menos un hijo habido de una relación anterior<sup>35</sup>.

Finalmente con los elementos anteriores podemos tener una visión general de los que implica una red social y sus características principales, las cuales tendrán una importancia fundamental en la atención del paciente con insuficiencia renal crónica y sometida a diálisis, debido principalmente a que esta patología requerirá de ayuda en todo momento para su manejo adecuado en el domicilio del paciente

Además ponderamos la manera de investigar la calidad y la fuerza de interacción de las redes que existen en la propia familia para conocer en forma integral la red existente en la familia del enfermo con insuficiencia renal crónica sometido a diálisis.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Los pacientes con insuficiencia renal crónica en programa sustitutivo de la función renal como la diálisis peritoneal enfrentan múltiples problemas, médicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales, por lo que la identificación del tipo de red de apoyo con la cuentan nuestros pacientes en el transcurso de su enfermedad permitirá a su médico tratante otorgar un manejo médico integral que se refleje en mejores resultados, mejor control y menos complicaciones en los pacientes dializados.

Entre los recursos de la red social, el más importante es la familia.

Por tanto se requiere conocer las redes de apoyo familiar en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal, para así crear una conciencia en el médico de primer contacto, y en el médico especialista en el tema, así como de la existencia del apoyo familiar y el efecto de la asistencia en este tipo de pacientes.

Por lo que el apoyo familiar juega un papel muy importante en cualquier padecimiento crónico, y sería de gran ayuda para que el paciente y su familia lo detecten a tiempo para poder actuar adecuadamente y dar un mejor manejo, de manera integral y de calidad para el enfermo.

Así a mayor red social, el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima incrementando su relación con su grupo de pertenecía, lo que puede determinar el incremento de consultas oportunas al médico.

La conformación familiar constituye un pilar en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, por lo que es de suma importancia el conocer el tipo de conformación de las familias en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Ya que si la participación en las redes sociales del individuo, se da de manera favorable, se podrá asumir que en la medida en que el sujeto concibe su padecimiento, se alcanzará tener una vida lo más parecida hasta antes de su diagnóstico.

Esperamos que al finalizar la presente investigación y con los resultados encontrados, se pueda realizar un programa de ayuda para los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis, que les permita tener una mejor atención domiciliaria y secundariamente mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto es de interés plantear la siguiente pregunta:

**¿Existe apoyo social en el paciente con Insuficiencia Renal crónica en diálisis peritoneal y cuál es su composición familiar?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la presencia del apoyo social y composición familiar en los pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de diálisis peritoneal.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar el apoyo social en los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.
- Identificar la composición familiar en los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.

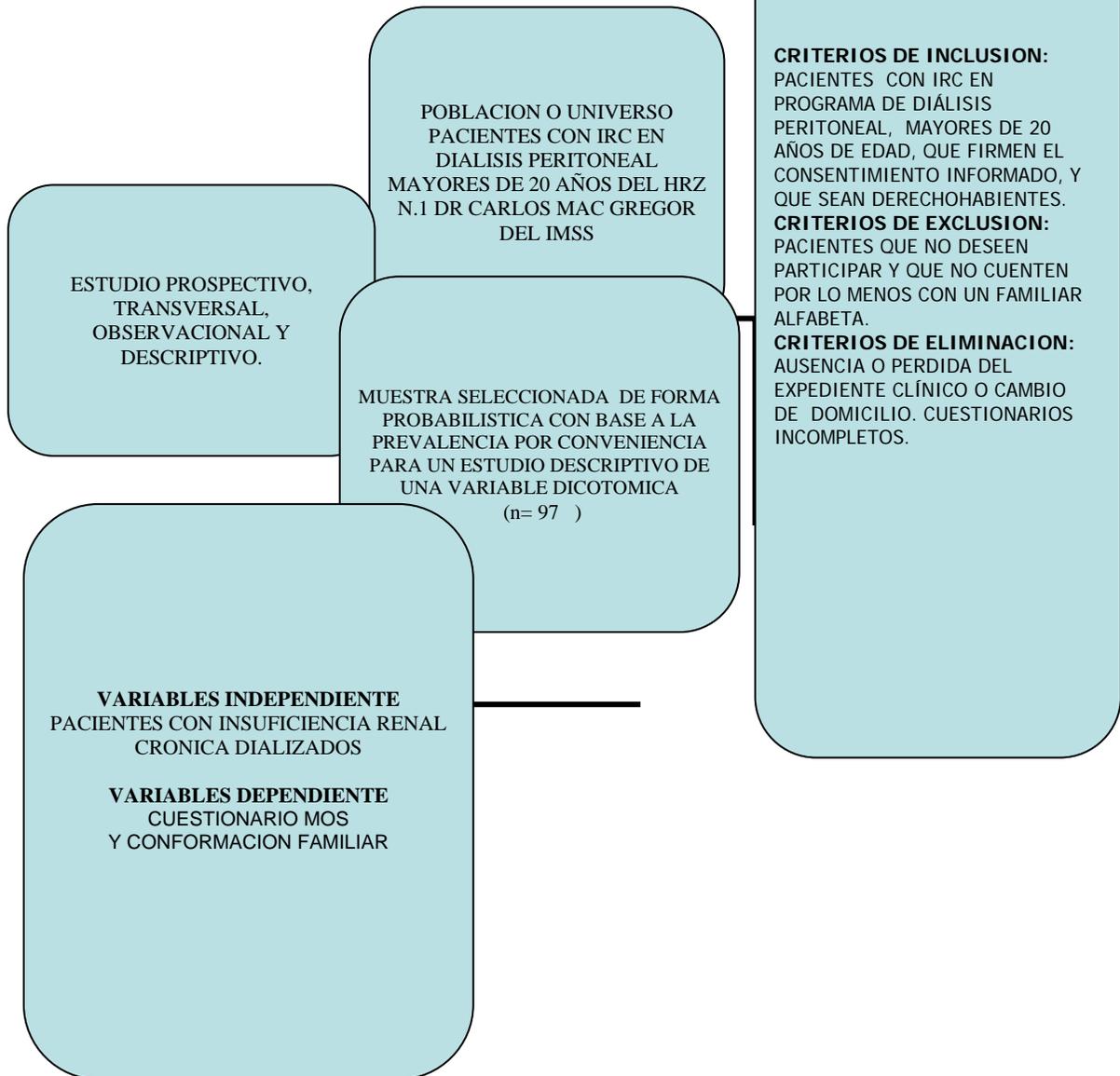
## **HIPOTESIS**

Por ser un estudio observacional, no es necesario formular una hipótesis, sin embargo se mencionara una hipótesis de trabajo, como parte del proceso de la investigación.

### **Hipótesis de trabajo.**

Los pacientes con IRC en programa de diálisis continua ambulatoria cuentan con redes de apoyo social.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



# **MATERIALES Y METODOS**

## **TIPO DE INVESTIGACION**

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, y transversal, durante un periodo de 12 meses, en el Hospital Regional de Zona No. 1 Dr. Carlos Mac Gregor del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los cuales se seleccionarán pacientes con IRC en diálisis peritoneal, a los cuales previo consentimiento informado se les realizará la evaluación del Cuestionario MOS para medir el apoyo social.

## **PROCEDIMIENTOS Y METODOS**

A los pacientes y familiares que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado (Anexo 1), y que cumplan con los criterios de inclusión, eliminación, y exclusión se les realizará una hoja de registro y/o recolección de datos (Anexo 2)

Se identificara de manera intencionada la presencia de la red social en los pacientes con diálisis peritoneal, con la aplicación de los cuestionarios de MOS a los pacientes.

## **POBLACION O UNIVERSO**

La presente investigación se realizara con pacientes mayores de 20 años que cursen con insuficiencia renal crónica de cualquier tipo y se encuentren sometidos a diálisis peritoneal, en el Hospital Regional de Zona No. 1 Dr. Carlos Mac Gregor del IMSS en el DF.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:**

El estudio se realizará en Hospital Regional de Zona N.1 Dr. Carlos Mac Gregor del IMSS en el DF, en pacientes con insuficiencia renal crónica y con diálisis peritoneal mayores de 20 años, que se encuentran en el área de diálisis, que acuden a dicha unidad, ubicada en la colonia del Valle del Distrito Federal, con inicio en el mes de enero del 2008 hasta enero del 2009.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- ◆ Pacientes con IRC en programa de diálisis peritoneal
- ◆ Mayores de 20 años de edad
- ◆ Que firmen el consentimiento informado
- ◆ Que sean derechohabientes
- ◆ Que cuenten con un familiar para participar en la investigación

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- ◆ Pacientes que no deseen contestar los test de evaluación
- ◆ Que no deseen participar
- ◆ Pacientes menores de 20 años
- ◆ Que no cuenten por lo menos con un familiar alfabeto

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- ◆ Ausencia o pérdida del expediente clínico
- ◆ Cambio de adscripción de la unidad de medicina familiar o cambio de domicilio
- ◆ Cuestionarios incompletos

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

##### **Insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal:**

Insuficiencia Renal Crónica, se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible del filtrado glomerular, secundaria a la pérdida irreversible de nefronas como consecuencia de la evolución de la nefropatía crónica.

### **Diálisis Peritoneal:**

Diálisis peritoneal: Es un método de irrigación intermitente a la cavidad peritoneal; a través de la membrana peritoneal, en el cual se lleva a cabo un intercambio de fluidos, predominantemente solutos, entre la sangre de los capilares peritoneales y la solución dializante.

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

#### **Variable Dependiente**

##### **Red Social:**

Es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, presentando una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de redes sociales.

##### **Conformación familiar:**

Es la forma en que se encuentran constituidas las familias, es decir como se encuentra formada con cuantos padres, hijos, abuelos, suegros, nueras etc. Nos permite conocer la estructura de la familia.

### **DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES**

<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL</b>	Cualitativa	1.En diálisis peritoneal	Ordinal
<b>RED APOYO MOS</b>	Cualitativa	1.Tiene red de apoyo social 2. No tiene red de apoyo social	Ordinal
<b>CONFORMACION</b>	Cualitativa	1.Extensa 2.Nuclear 3.Monoparental	Ordinal

## **MUESTRA**

### **CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, con una variable dicotómica requerirá 97 pacientes con un intervalo de confianza de 90%, con una proporción de 0.10 y con una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

Formula para calcular el tamaño de la muestra:

$$N = \frac{4 Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

Donde:

N: Número total de individuos requeridos.

Z alfa: Es la desviación normal estandarizada para alfa bilateral (Nivel de significancia de la prueba estadística: define el riesgo de error que se va a tolerar)

P: es la proporción esperada.

(1-P): Nivel de confianza de amplitud del intervalo de confianza.

W: Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4 (1.645)^2 (0.10)(1-0.1)}{(0.10)^2}$$

$$N = \frac{4 (2.7)(0.09)}{0.01}$$

$$N = \frac{0.972}{0.01}$$

$$N = 97.2$$

$$N = 97$$

## **DISEÑO ESTADISTICO**

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

El tamaño de la muestra se calculo de forma probabilística, en base a su prevalencia, para un estudio descriptivo de una variable dicotomica, evitando así sesgos por calculo de tamaño de muestra. Además a variables dicotomica se aplicara la prueba estadística de  $\chi^2$  cuadrada.

### **INSTRUMENTO DE RECOLECCION:**

Se diseño un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, como son numero de folio, turno del paciente, nombre del paciente, edad, estado civil, ocupación, además que se agregaron variables de la enfermedad a estudiar y el instrumento de evaluación familiar. El constructo se encuentra en anexos. (Anexo 2)

### **METODO DE RECOLECCION:**

Se realizó una entrevista individual a los pacientes que asistieron a la consulta de forma ordinaria en la unidad de estudio correspondiente y en grupos a aquellos pacientes que asista a platica de trabajo social.

La aplicación del instrumento de recolección de la información se realizó al ingreso de la diálisis y en caso de que el paciente necesite ayuda, puede ser contestada la entrevista en forma asistida por el familiar. Se dió un tiempo de 30 minutos para la realización del instrumento de evaluación familiar.

### **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:**

Se debe de aplicar el instrumento de evaluación familiar en forma individual o grupal. Se aplicara a adultos mayores de 20 años, y quienes puedan leer.

Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Es importante recordar que las respuestas no requieren ayuda de otras personas.

No debe hacerse mención de lo que el test se obtendrá como resultado al inicio de la aplicación. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario.

Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta.

El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se espera la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación de los asesores clínico y experimental. Además del test de evaluación familiar. Para la realización de esta investigación se contara con una computadora Compaq precario 2100, con procesador AMT talón XP, disquetes de 3/2, disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el test de evaluación familiar y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general se absorberán por residente de tercer grado de medicina familiar.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

En esta investigación no se pone en peligro la vida, no se producen riesgos ni lesiones al ser humano, no existen intervenciones médicas invasivas, diagnósticas o terapéuticas, (no se toman muestras) y sólo se realizarán preguntas a través de los instrumentos ya señalados. Por lo anterior únicamente sólo se solicitara el consentimiento informado de los adultos mayores. (Anexo 1).

La información recolectada se mantendrá estrictamente anónima, ya que solamente será conocida por los investigadores participantes.

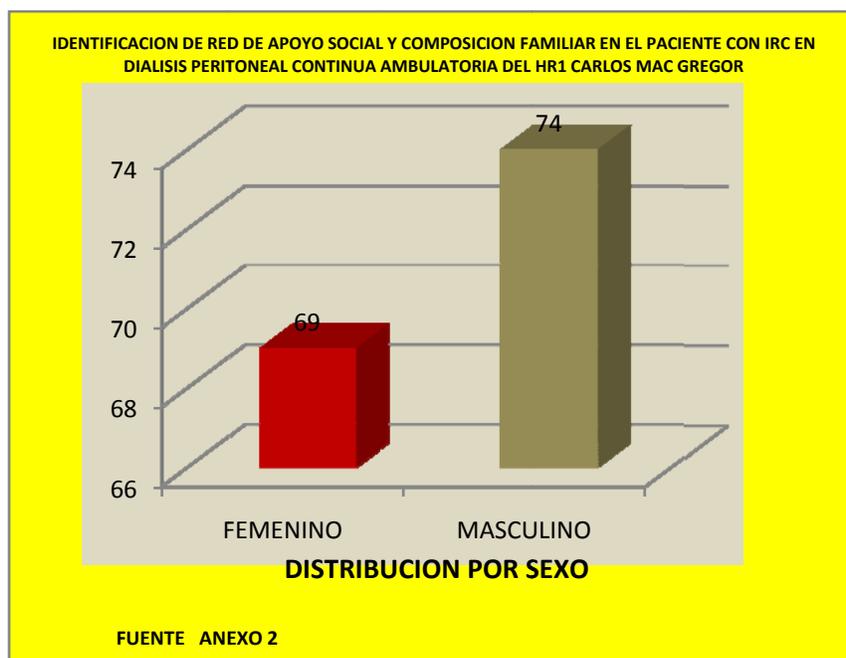
En el presente estudio de investigación se realizará el consentimiento informado por escrito aunque no se está atentando contra la integridad física o psicológica de los pacientes. Es importante indicar que los procedimientos propuesto están de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la y Investigación clínica. se apega, a las normas y reglamentos institucionales . Además la seguridad el bienestar de los pacientes se respeto cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmonte, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

# RESULTADOS

## ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se realizaron 143 encuestas a pacientes portadores de IRC en tratamiento en diálisis peritoneal continua ambulatoria, de ambos sexos, comprendidos entre la edad de 20 a 85 años de edad, derechohabientes del Hospital Regional de Zona No. 1 Dr. Carlos Mac Gregor, obteniéndose los siguientes resultados:

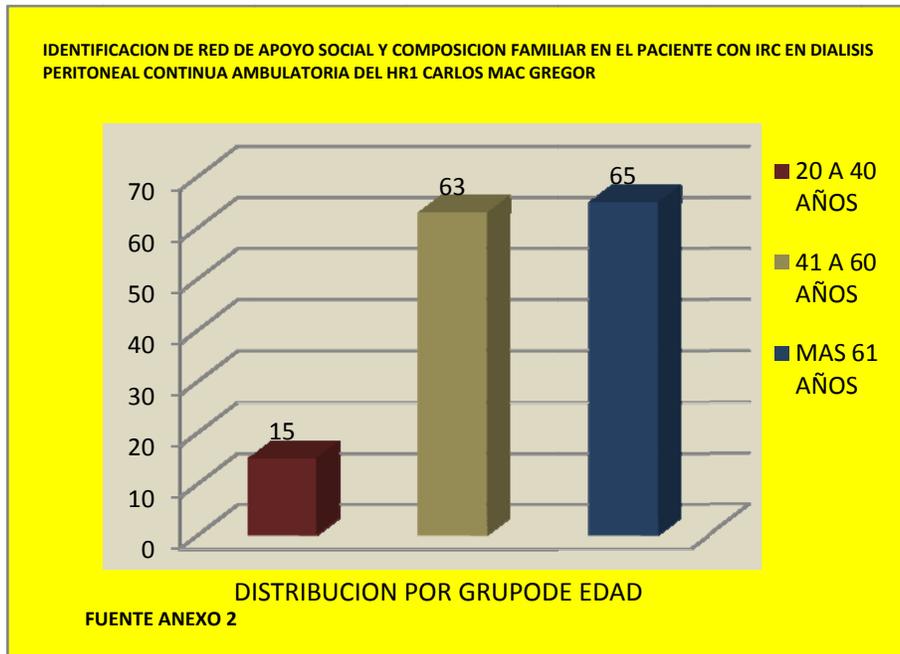
GRAFICA 1



De los 143 pacientes entrevistados el 48% correspondía al sexo femenino con un total de 69 casos, y en un 52% al sexo masculino con 74 casos en total.

De los cuales nos pudimos dar cuenta que 6 casos (4%) del sexo femenino no cuentan con red social de apoyo y 2 casos (1%) del sexo masculino tampoco contaban con red social de apoyo.

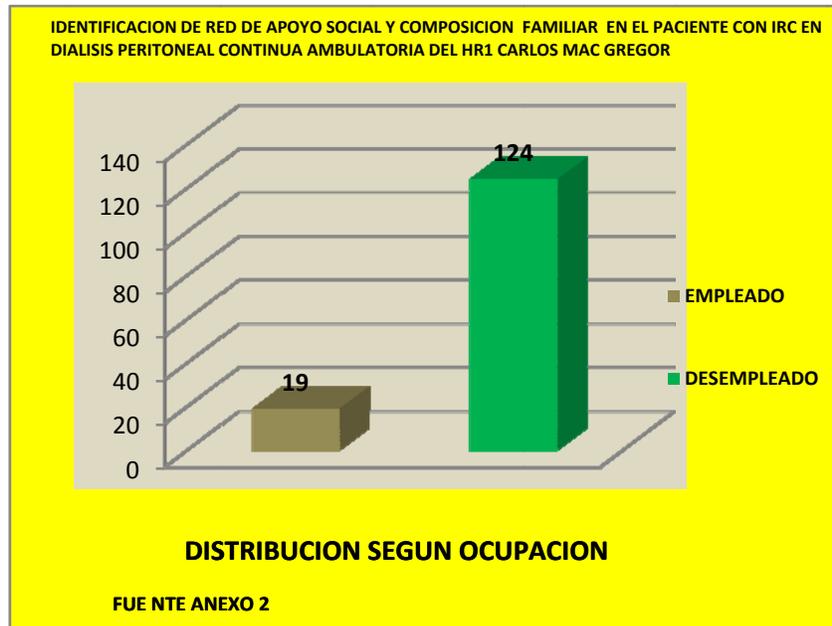
**GRAFICA 2**



En cuanto a la distribución por edad el mayor porcentaje se encontró en el grupo de edad que corresponde al de más de 61 años con un porcentaje 46%, con un total de 65 casos, seguido de este se encontró al comprendido entre 41 a 60 años de edad con un porcentaje de 44%, en menor número el del grupo de 20 años a 40 con un total del 10%.

De los cuales nos dimos cuenta que 5 casos (3.5%) del grupo de 41 a 60 años no cuentan con red de apoyo, así como 2 casos (1%) del grupo de más de 61 años no tienen red de apoyo y del grupo de 20 a 24 años 1 caso (0.6%) no tienen red de apoyo.

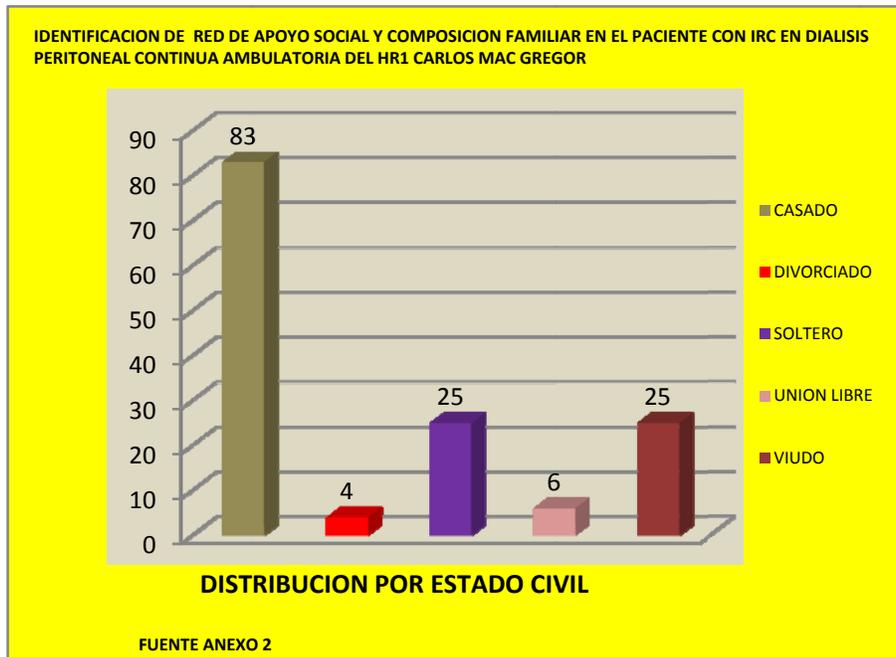
**GRAFICA 3**



Se observo que un muy alto porcentaje de los pacientes entrevistados se encuentran desempleados en un porcentaje del 87% con un total de 124 casos, y solo el 13% se encuentra con empleo.

De los cuales 6 casos (4%) de los que son desempleados no cuentan con red de apoyo y 2 casos (1%) de los empleados no cuentan con red de apoyo.

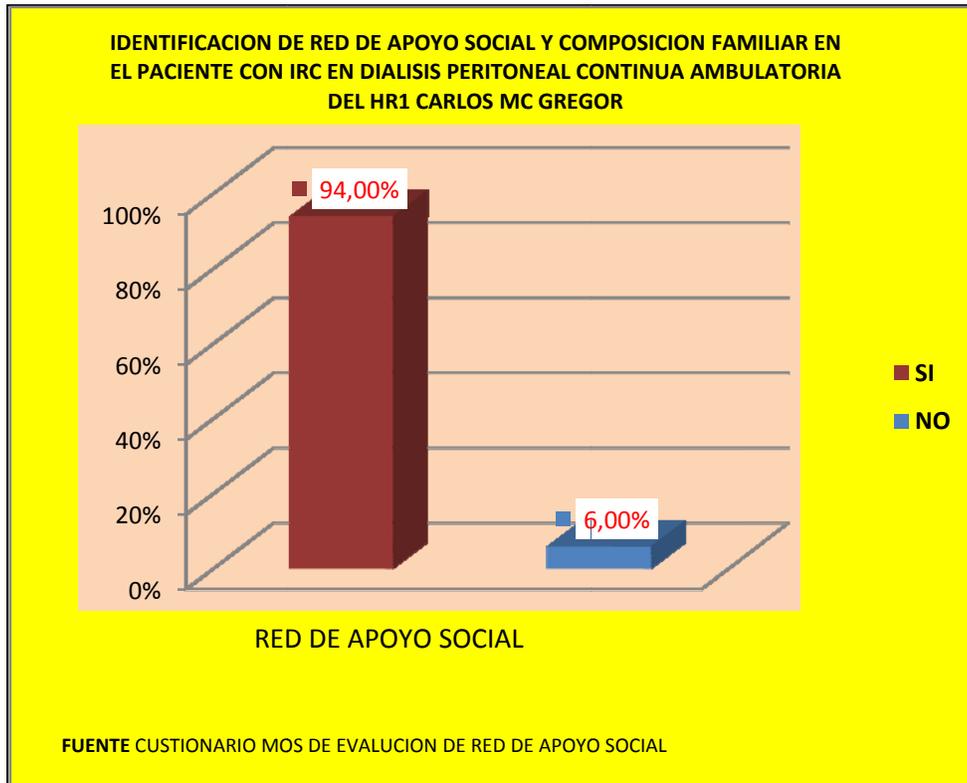
**GRAFICA 4**



La mayor parte de los pacientes encuestados su estado civil fue el de casado, con un porcentaje de 59% con un total de 83 casos, seguidos por el estado civil soltero y viudo con el 17 % para ambos y con un bajo porcentaje el estado de union libre y divorciado con 4% y 3 % respectivamente.

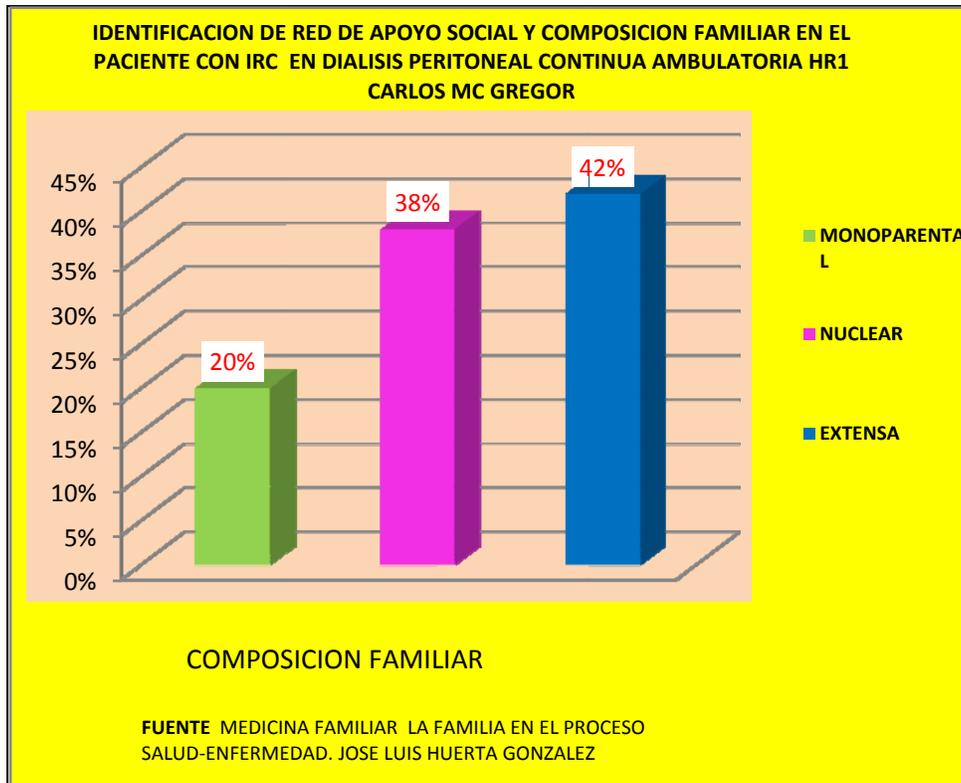
De los cuales pudimos observar que 5 casos (3.5%) con estado civil soltero, no cuentan con red social, 2 casos (1%) del estado civil casado no cuentan con red social y 1 caso (0.6%) del estado civil viudo no cuentan con red social.

**GRAFICA 5**



De los 143 pacientes encuestados se encontró que en el 94% de los casos se observó que cuentan con apoyo social en el curso de su enfermedad, mientras que en un 6% no cuentan con este recurso.

GRAFICA 6



Con respecto a la composición familiar observamos del total de pacientes encuestados, el 42% de los casos se encuentran constituidas por familias extensas, en el 38% por familias nucleares, y en un 20% de familias monoparentales.

De los cuales 3 casos (2%) corresponden a familia extensa que no cuentan con red social, de igual manera con las familias monoparentales, encontrando 2 casos (1%) con familia nuclear de los cuales no cuentan con red de apoyo social.

## **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

En el estudio realizado se observó que los pacientes con IRC en diálisis peritoneal cuentan con apoyo social en un gran porcentaje, de los cuales se encontró con respecto a su conformación de sus familias la mayoría se constituyen por familias nucleares y extensas con un bajo porcentaje de familias monoparentales. La mayoría del sexo masculino, desempleados y casados.

Es de llamar la atención que en el 6% de los pacientes que no contaban con red de apoyo social durante su enfermedad se encuentran conformados de familias monoparentales y extensa, predominantemente del estado civil soltero, en un rango de edad mayor entre los 41 y 60 años, así como la mayoría se encontraban desempleados, lo que nos demuestra la importancia de la composición de las familias y los recursos con que se cuenta en las diferentes enfermedades crónico-degenerativas, de particular interés para nuestro estudio en los pacientes con IRC en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Por otro lado de acuerdo a los resultados obtenidos consideramos que el apoyo social y la conformación de las familias son un pilar en el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como lo es la insuficiencia renal, por lo que es de suma importancia la evaluación de estos aspectos para el mejoramiento en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Bellón-Sameño JA y cols., encontraron que la Red de Apoyo Social constituye un pilar para una adecuada atención y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas. En nuestro estudio se encontró una asociación importante entre la Red de Apoyo social y la conformación familiar en los pacientes con IRC del HRZ No. 1 Dr. Carlos Mac Gregor, lo que nos confirma con base en la bibliografía consultada la importancia de estos recursos para estos pacientes y de hacer una adecuada valoración en estos aspectos en la consulta diaria.

## CONCLUSIONES

De la población de pacientes portadores de IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria pertenecientes HGZ 1 Dr. Carlos Mac Gregor, encuestados para este estudio, se encontró que el 94% de los pacientes cuentan con red de apoyo social, mientras solo el 6% de los casos carece de este recurso.

La conformación familiar de los pacientes encuestados en un 42% es de tipo extensa, en 38% es nuclear y solo 20% de los casos monoparental.

Se encontró que el paciente que no cuenta con red de apoyo social se encuentra conformado por familias monoparentales y extensa en su mayoría. Así como en su mayoría fueron solteros, en un rango de edad de 41 a 60 años, desempleados y del sexo femenino.

Los pacientes con IRC en diálisis continua ambulatoria en su gran mayoría cuentan con red de apoyo social y en un alto porcentaje se conforman de familias extensas y nucleares

Por tanto concluimos que existe una relación muy estrecha entre Red de apoyo social y conformación familiar en los pacientes portadores de IRC en diálisis continua ambulatoria del HGZ Dr. Carlos Mac Gregor. Nos dimos cuenta de la importancia que existe entre el apoyo social y la edad en la que se encuentran los pacientes, pues el su mayoría son mayores de 40 años lo que nos da una confirmación de que esta enfermedad es altamente progresiva, que mientras mas va pasando el tiempo hay mas enfermedades crónico degenerativas, dando una pauta a analizar la patología y el comportamiento de la misma.

Por consiguiente dar mas fomento a la prevención y fortalecimiento de la red social para evitar llegar a una enfermedad terminal como lo han presentado estos pacientes.

Es de vital importancia comentarles que la mayoría de los pacientes estuvo en total acuerdo para participar en la investigación, solicitando haya más cordialidad por parte del personal médico, pues de por si la enfermedad que han padecido los ha llevado a muchas dudas y miedos, los cuales a veces en vez de quitarlos permanecen con mayor auge.

Sin embargo del personal de enfermería han mostrado mucho agradecimiento, ya que ellas son las que la mayoría de las veces los hacen sentir mas cómodos y les dan tranquilidad en cuanto a su enfermedad.

## **ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN O SUGERENCIAS.**

La Insuficiencia Renal se encuentra actualmente constituyendo una epidemia a nivel nacional, la cual es secundaria a varias enfermedades cronicodegenerativas, de entre las cuales la DM2 se encuentra constituyendo la primera causa, por lo que es promordial el lograr su adecuado control con la finalidad de evitar sus complicaciones a largo plazo.

Una de los múltiples causas que originan su mal control lo encontramos dentro del núcleo familiar y las redes de apoyo con las que cuenta este tipo de pacientes para poder llevar su tratamiento, por lo que considero de suma importancia indagar por el Médico Familiar en estos pacientes, acerca de estos recursos para poder detectar alteraciones y poder intervenir en caso necesario con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida a los pacientes y conseguir una mejora en su tratamiento.

De acuerdo a lo anteriormente descrito se necesita hacer más énfasis en estos grupos para detectar factores asociados que se presenten en estos pacientes para tener un adecuado control, ya que por los resultados obtenidos se muestra que tanto la composición familiar juegan un papel trascendental en el control y tratamiento de los pacientes con IRC en Diálisis peritoneal continua ambulatoria, por lo que se sugiere una investigación más a fondo para cubrir todas las situaciones que afecten a estos pacientes para conseguir un mejor control de su enfermedad.

Encontramos asociación importante entre la Red de Apoyo social y la conformación Familiar, por lo que sugerimos la continuación de este tipo de estudio para lograr una mejor visión del comportamiento de estos recursos para los pacientes con IRC en diálisis peritoneal continua ambulatoria con la finalidad de identificar alteraciones que nos permitan intervenir a tiempo, con la finalidad de evitar alteraciones o descontroles de su enfermedad de base.

De los instrumentos empleados para este estudio el cuestionario MOS para Red de Apoyo resulta un recurso útil para el médico en la consulta diaria ya que es aplicable de forma rápida y nos proporciona una visión acerca de las redes de apoyo con las que cuentan los pacientes.

## **DIFUSION**

Se dará a conocer los resultados en sesiones generales en la unidad de Medicina Familiar 28, tanto en el turno matutino y vespertino, se intentara participar en foros de investigación y finalmente se enviara para intentar sea publicado en una revista indexada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Cabrera Soriano S. Nefrología: Guías. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Marín R, editores. SEN. Madrid: Sociedad española de Nefrología; 2004. p. 27-35.
2. García D. La conexión cardio-renal. Rev. Colombiana de Car [serie en Internet]. 2004 [citado 6 mayo 2005];11(2):99-104:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo-co.bvs.br/pdf/rcca/v11n2/v11n2a1.pdf>
3. Dr. Antonio González Chavez, et al. Manual de Medicina Interna. Editorial Prado S.A. de C.V; 2006: 957.
4. Goicoechea Ma. Ángeles et.al. Guías SEN. Riñón y enfermedad cardiovascular.2004. 24 (6);1-235.
5. Amato D, Álvarez AC, Castañeda LR, Rodríguez E, Ávila DM, Arreola F, et al. Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. Kidney Int Suppl 2005; (97):S11-17.
6. Dirks J, de Zeeuw D, Agarwal S, Atkins R, Correa Rotter R, D'Amico G, et al; International Society of Nephrology Commission for the Global Advancement of Nephrology Study Group 2004. Prevention of chronic kidney and vascular disease: Toward global health equity The Bellagio 2004 Declaration. Kidney Int 2005; 68(s98): S1-S6.
7. United States Renal Data System (USRDS). Annual Data Report 1997 Bethesda, MD; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 1997.
8. Aleix Cases et. al. NEFROLOGIA Publicación Oficial de la Sociedad Española de Nefrología.2004; 24(6)
9. US RENAL Data System: USRDS 2001. Annual Data Report:The National Institutes of Health , National institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, Bethesda. MD 2001
10. Su-Hernández L, Abascal-Macias A, Méndez-Bueno FJ, Paniagua R, Amato D. Epidemiologic and demographic aspects of peritoneal dialysis in Mexico Perit Dial Int 1996; 16(4):362-5.
11. Cusumano AM, Di Gioia C, Hermida O, Lavorato C. Latin American Registry of Dialysis and Renal Transplantation. The Latin American Dialysis and Renal Transplantation Registry Annual Report 2002.Kidney Int Suppl 2005; (97):S46-52.

12. Cueto-Manzano AM. Peritoneal dialysis in Mexico *Kidney Int Suppl* 2003; (83):S90-92.
13. Jerónimo-Morales M. Diálisis peritoneal ambulatoria. Características epidemiológicas. *Rev Med IMSS* 1999; 37(4): 289-296.
14. Preston E, Ellis M, Kulinskaya E, Davies A, Brown E. Association Between Carotid Artery Intima Media Thickness and cardiovascular Risk Factors in CKD. *Am J Kidney Dis* 2005; 46: 856-62.
15. Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociol Health Illness* 1991;13(4):451-468.
16. Nissenson AR, Prichard SS, Cheng IK, Gokal R, Kubota M, Maiorca R, et al. Non-medical factors that impact on ESRD modality selection. *Kidney Int Suppl* 1993; 40:S120-127.
17. Gokal R, Mallick NP. Peritoneal dialysis. *Lancet* 1999; 353(9155):823-828 4. Rodríguez-Zamora MC, López-Sandoval G, Pineda-Olvera J. Diálisis peritoneal y hemodiálisis *Des Cient Enferm* 1997; 5(8):252-255.
18. Criterios Técnicos Médicos para tratamiento dialítico del paciente con Insuficiencia Renal. Crónica en etapa avanzada. Dirección de prestaciones Médicas del IMSS. Pág. 9 fecha de actualización Feb. 1996.
19. Castells M. La cuestión urbana. España: Siglo XXI: 1974.
20. Reissmam L. el proceso urbano. Colección ciência urbana. Espana: G. Guilli: 1972.
21. Barnes JÁ. Class Committe in a Noruegian Island Pariss, Human Relations: 1954.
22. Elkaim M y Cols. Las prácticas de las terapias de red. 1ª ed. Barcelona. Gedisa. 1987.
23. Bellón-Sameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, Jardeli C. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18 (4): 153-160.
24. Irigoyen Coria A. et. Al. Diagnóstico Familiar. 5ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana: 1996: 101-108.
25. Juncosa Font S. sobre los estudios comparativos entre las dos redes de atención primaria. *Aten Primaria* 1993;12(6):314-316.

26. Rodríguez Morán M, Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Publica Mex* 1997;39:44-47.
27. Rodríguez Agudelo Y, et.al. La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. *Gac Med Mex* 1995; 131(3):329-334
28. Pierce GR, et.al. *Handbook of Social Support and the Family* New Cork: Plenum Press: 1996.
29. Medalie JH. *Historia Clínica Familiar, base de datos, árbol familiar y diagnóstico: Medicina Familiar; principios y prácticas.* México. Limusa. 1987: 393-401.
30. Infante Castañeda C. Bases para el estudio interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud. *Salud Pública México.* 1988; 30(2): 175-176.
31. Lomnitz L. *Como sobreviven los marginados.* 6ª ed. México: Siglo XXI: 1983.
32. Enge Hantch. J., Callan A. *Institution alizing social support. Through the curch and into the Community Health Educ.* 1985: 81-92.
33. Backes G.M. *Family Relations and Informal Social Networks in the social structure and Demographic Change.* *Gerontol Geriatr.* 1996; 29(1): 29-33.
34. Menéndez E.L. *Auto atención y automedicación: Un sistema de transacciones sociales permanentes.* *Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones.* México: CIESAS. Cuadernos de casa Chafa. 1990. Núm. 179.
35. José Luis Huerta González. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad.* Editorial Alfil. 2005. P. 19-26 y 47-53.
36. Márquez Contreras E.J., et al. *Clasificación Demográfica de la Familia en la zona Básica de salud la orden de Huelva.* España. *Aten primaria.* 1995; 15(1): 30-32.
37. Taylor RB. *Principios de la Atención Primaria de Salud. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. Medicina de Familia. Principios y práctica. Edición Española.* Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1999 : 88-102.
38. Hennen BK. *Conducta ante la enfermedad.* En: Shires DB, Hennen K, editores. *Medicina Familiar.* México: McGraw-Hill; 1983. p. 35-39.

39. De la Revilla L, Aviar R, De los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta de médico de familia. Atención Primaria 1997;19:133-137.
40. De la Revilla L. La disfunción familiar. Atención Primaria 1992;19:582-583.
41. Cartas de investigación. Red familiar de apoyo del paciente con insuficiencia renal crónica. Aten Primaria. 2002; 29(5):317-318.
42. Wellard SJ, Street AF. Family issue in home-base care. International Journal of Nursing Practice 1999; 5:132-136.
43. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. Kidney International 2001; 59: 1599-1613.
44. Valdés I. El apoyo social permitido por los pacientes en hemodiálisis (tesis de especialidad). Instituto superior de ciencias médicas. Ciudad de la Habana 2003.
45. Revilla Ahumada L. et al. Validación del Cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina Familiar; 2005: 6(1):10-14.
46. Morales Asencio José Miguel; Comisión para el Desarrollo de la Atención de enfermería en el Servicio de Andaluz de Salud: Continuidad de Cuidados en situaciones de Afrontamiento familiar Inefectivo:1-45.
47. Náyade Riquelme Pereira et. Al. Sistemas de enfrentamiento en familias de enfermos alcohólicos. Ciencia y Enfermería; 2002. 4(1)

# ANEXOS

## ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA.**

ASPECTOS ETICOS:  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**  
Para la participación en el proyecto:

**IDENTIFICACION DE LA RED SOCIAL DE APOYO Y CONFORMACION FAMILIAR EN PACIENTES  
CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL REGIONAL  
GENERAL No. 1 DR. CARLOS MAC GREGOR**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

**IDENTIFICACION DE LA RED SOCIAL DE APOYO Y CONFORMACION FAMILIAR EN  
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL DEL  
HOSPITAL REGIONAL GENERAL No. 1 DR. CARLOS MAC GREGOR**

El objetivo de este estudio es analizar si existen redes de apoyo social para la mejor atención de mi enfermedad.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, acudir a consulta que se programe para tomar datos de identificación.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: incomodidad por mi parte al momento de la entrevista, ya sea directamente con alguna pregunta o en cuanto a disponibilidad de tiempo y e comodidad física. Y beneficios tales como la identificación de red social para mi propio bienestar.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna

---

sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

**ANEXO 2**



**ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCO DE  
INVESTIGACION**

**TITULO DEL PROTOCOLO:**

**IDENTIFICACION DE LA RED SOCIAL DE APOYO Y CONFORMACION  
FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN  
DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL No. 1 DR.  
CARLOS MAC GREGOR**

**FICHA DE IDENTIFICACION:**

No FOLIO \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ UMF: \_\_\_\_\_

No DE AFILIACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Remarque la opción que usted tiene:

SEXO: ( 1 ) FEMENINO  
( 2 ) MASCULINO

OCUPACION: ( 1 ) EMPLEADO  
( 2 ) DESEMPLEADO

EDO. CIVIL: ( 1 ) SOLTERO  
( 2 ) CASADO  
( 3 ) VIUDO  
( 4 ) DIVORCIADO  
( 5 ) UNION LIBRE  
( 6 ) SEPARADO



¿CUANTOS AÑOS LLEVA DE PORTAR LA ENFERMEDAD DE INSUFICIENCIA RENAL?: \_\_\_\_\_.

¿CUANTOS AÑOS DE EVOLUCIÓN TIENE CON LA DIALISIS PERITONEAL?:  
\_\_\_\_\_

En cuanto a su familia, responda por escrito:

1. ¿Cuántos hijos tiene? Mencione nombre, edad, sexo y a que se dedican y que escolaridad tienen.
2. Actualmente ¿Con quienes vive? Mencione su nombre, cual es el parentesco, a que se dedican, escolaridad y sus edades



## ANEXO 3

### CUESTIONARIO MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda del que usted dispone.

1. Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos \_\_\_\_\_

Escriba el parentesco(os) de ellos (familiar, amigo, vecino, u otro)  
\_\_\_\_\_

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otro tipo de ayuda. ¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un circulo uno de los números de cada fila).



	Nunca	Algunas veces	Pocas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien quien le informe y ayude	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas mas íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5



## ANEXO 4

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

**IDENTIFICACION DE LA RED SOCIAL DE APOYO Y CONFORMACION FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL No. 1 DR. CARLOS MAC GREGOR**

**2008-2009**

FECHA	MAR 2008	ABR 2008	MAY 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009
ELECCION DEL TEMA A INVESTIGAR	X											
TITULO DEL PROYECTO	X											
ANTECEDENTES DEL TEMA		X										
MARCO TEORICO		X										
BIBLIOGRAFIA		X										
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			X									
PORTADA			X									
MARCO TEORICO			X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
JUSTIFICACION			X									
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO			X									
HIPOTESIS			X									
MATERIAL Y METODO				X								
DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO				X								
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO				X								
MUESTRA					X							
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINAION					X							
VARIABLES					X							
DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES					X							
DISEÑO ESTADISTICO						X						
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS						X						
METODO DE RECOLECCION DE LOS DATOS						X						
MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS						X						
CONSIDERACIONES ETICAS							X					
ANEXOS							X					
REGISTRO Y AUTORIZACION DEL PROYECTO							X					
PRUEBA PILOTO								X	X	X	X	X