



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

*“El Cuidador Primario en la problemática del paciente con
Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal
Continua Ambulatoria en el Hospital General Zona 1-A “Venados” del
Instituto Mexicano del Seguro Social”*

TESIS

Para obtener el título de Licenciado en Trabajo Social

PRESENTAN:

Medina Castañeda Alfredo

Pineda Almazán Rosalba Victoria

Director de Tesis: Mtro. Ulises Torres Sánchez

México. D.F.

Julio 2012



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.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas especiales a las que nos gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en los momentos de crisis y de felicidad. Algunas están aquí con nosotros y otras en nuestros recuerdos. Sin importar donde estén, si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias queremos darles las gracias por formar parte de nosotros y por todo lo que nos han brindado.

Agradecemos al Mtro. Ulises Torres Sánchez, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

Gracias a la Mtra. Blanca Rosa Ruiz, a la Mtra. María Luisa Brain, a la Mtra. María de Lourdes Morales y al Mtro. Edgar Zamora por su paciencia, por la atenta lectura de este trabajo, pero sobre todo les agradecemos por sus comentarios, sugerencias y sus atinadas correcciones durante el proceso de elaboración de la Tesis.

Agradecemos a la Dra. Begoña Ilabaca, la Dra. María del Carmen Popoca, la Dra. Angélica Rodríguez y en especial a la Dra. Irene Cruz Soriano por su atención, apoyo, ánimo, orientación y aportación de conocimiento sobre la parte médica.

Agradeciendo al Departamento de Trabajo Social del Hospital en especial a la T.S. Alicia Gómez Paz por el apoyo total brindado para la realización de esta tesis.

Gracias también a nuestros compañeros y amigos que nos apoyaron leyendo, corrigiendo, opinando, teniéndonos paciencia y dando animo durante este proceso.

Gracias por todo su apoyo.

Alfredo Medina y Rosalba Victoria Pineda

DEDICATORIAS

Estas dedicatorias expresan mi agradecimiento:

A mis padres, porque creyeron en mi, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, por su paciencia, por su comprensión y por su apoyo infinito. Este éxito se los dedico a ustedes, como un símbolo de gratitud por el amor incondicional que siempre me han manifestado día a día. Los amo

A mis hermanas, tíos y primas, gracias por su apoyo, por sus consejos en los momentos difíciles, por su comprensión, pero sobre todo el haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Los quiero

A mi director de tesis por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir su experiencia y amplio conocimiento para el logro del trabajo. Gracias

A mis amigos y compañero de tesis, por todo el tiempo compartido a lo largo de la carrera, por los intercambios de opiniones, por las sugerencias y por la paciencia para superar todos los momentos difíciles. Jamás los olvidaré.

A los profesores que marcaron cada etapa de mi camino universitario y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas para la culminación de este trabajo.

Finalmente al personal del Hospital y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron o participaron para la realización de este logro.

Mil palabras no alcanzarían para agradecerles su apoyo incondicional a todos ustedes, por darme la fuerza para hacer este sueño realidad y por compartir conmigo cada momento de mi vida.

Gracias.

Rosalba Victoria Pineda

DEDICATORIAS

Es mi deseo como sencillo gesto de agradecimiento, dedicarle:

A mis padres, por su apoyo, su amor y comprensión que permanentemente me hacen sentir; sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificios y esfuerzos, quiero que sientan que el objetivo logrado también es suyo y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue siempre su apoyo:

A mis hermanos y familia por compartir un consejo y darme la fuerza para poder llegar hasta este logro y compartir este sueño, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. De corazón "Gracias".

A los profesores que me han acompañado durante el largo camino, brindando siempre su orientación con profesionalismo en la adquisición de conocimientos y consolidando mi formación como estudiante universitario.

Dedico este trabajo de igual manera a mi tutor quien oriento en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro gracias.

A todos mis amigos, compañeros y mi amiga de tesis, en cada uno de ustedes hay una persona muy especial. He aprendido y disfrutado con ustedes mis horas de estudio, gracias por la ayuda cuando en ocasiones la necesitaba, y por esa amistad sincera.

Muchas gracias al personal del hospital y a los cuidadores primarios por su apoyo ya que fueron de gran importancia para el desarrollo de este trabajo.

Al profesor y amigo Agustín Buendía por su amistad y consejos para el desarrollo de este trabajo.

Y a las personas que comparten su vida con la mía, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Gracias.

Alfredo Medina

ÍNDICE

Introducción.....	i
1. Insuficiencia Renal Crónica	9
1.1 Insuficiencia Renal.....	10
1.2 Insuficiencia Renal Crónica	11
1.3 Tratamientos sustitutivos de la Insuficiencia Renal	11
1.4 La enfermedad en la familia.....	15
2. Cuidador Primario	17
2.1 Cuidador	18
2.1.1 Tipos de Cuidadores.....	18
2.1.2 Perfil del Cuidador	20
2.2 Funciones del Cuidador Primario.....	21
3. Hospital General de Zona 1-A “Venados” del IMSS y Trabajo Social	23
3.1 Hospital General de Zona 1-A “Venados” del IMSS.....	24
3.2 Trabajo Social en el área de la Salud	25
3.3 Trabajo Social en el Instituto Mexicano del Seguro Social	27
3.4 Trabajo Social en el Programa de Diálisis	30
4. Metodología.....	32
4.1 Justificación	33
4.2 Pregunta de investigación.....	34
4.3 Objetivos.....	34
4.3.1 Objetivos General	34
4.3.2 Objetivos Específico	34
4.4 Tipo de Estudio.....	35

ÍNDICE

4.5 Muestra.....	35
4.6 Instrumento de Medición.....	38
4.7 Procedimiento.....	38
4.8 Resultados.....	39
4.8.1 Perfil del Cuidador Primario.....	39
4.8.2 Perfil del Paciente.....	41
4.8.3 Función del Cuidador Primario.....	43
4.8.4 Economía del Cuidador Primario.....	44
4.8.5 Participación del Cuidador Primario.....	45
4.8.6 Motivos de Participación del Cuidador Primario.....	45
4.8.7 Funciones del Trabajador Social.....	46
Conclusiones.....	47
Propuesta a la Institución.....	50
Glosario.....	71
Referencias.....	75
Anexos.....	80

Introducción

Esta investigación describe la importancia de conocer el perfil del cuidador primario en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Varias investigaciones se han realizado acerca del tema y relacionados con los efectos de la enfermedad en el paciente, de sus implicaciones familiares, sociales, económicas, etc. pero poco se ha escrito sobre la participación del cuidador primario en los pacientes con esta enfermedad por ser la persona un objeto de la atención del Trabajo Social. En ocasiones se tiende a generalizar que el cuidador primario debe desempeñar las mismas funciones y poseer las mismas características en todas las enfermedades crónico-degenerativas sin hacer diferenciación alguna, es precisamente en este aspecto donde el Trabajador Social pretende abordar el tema y determinar el perfil del cuidador primario, así como definir ¿cómo y quién es el cuidador primario?

En la actualidad las enfermedades crónicas se han convertido en un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (2011) menciona que: “son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.” Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS, 2011).

Según Armstrong (2001) mencionan que: El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida tuvieron como consecuencia el incremento de la incidencia, prevalencia y mortalidad de las enfermedades crónico-degenerativas tal es el caso de las enfermedades renales.

De acuerdo con las cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón en el apartado Enfermedades Renales Crónicas (2011) existen actualmente en México 129 mil personas con IRC, la tasa de crecimiento ha sido aproximadamente del 11% anual en los últimos 10 años.

La IRC es la pérdida progresiva e irreversible de las funciones de los riñones, el organismo deja de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre y la persona requiere

tratamiento de sustitución de la actividad renal (Fundación Mexicana del Riñón, 2011).

En consecuencia los pacientes realizan cambios en aspectos individuales, familiares, laborales y sociales de su vida cotidiana, debido a que conforme avanza la enfermedad requieren de un cuidador, el cual será el vínculo directo con la familia, proveerá cuidados básicos de todo tipo, tanto dentro como fuera del domicilio; proporcionará apoyo emocional y tomará decisiones respecto a la atención que el paciente requiere. Este tipo de cuidados generalmente son brindados por un familiar, quien asume la responsabilidad de cuidar al enfermo, y que es identificado como Cuidador Primario.

En reportes del 2009 del Hospital General Zona 1-A “Venados” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la insuficiencia renal crónica fue considerada la principal causa de ingreso al servicio de Medicina Interna con un 25.83%.

Actualmente el Hospital implementa dos programas para la atención a pacientes con IRC; Diálisis Peritoneal Continuo Ambulatorio (DPCA) y Diálisis Peritoneal Automatizado (DPA). Para este estudio solo se abordó el primer programa, debido a que la técnica de diálisis se realiza de forma manual y requiere de la participación del cuidador primario, con el fin de que el paciente tenga un tratamiento adecuado y una mejor calidad de vida.

La intervención del Trabajador Social en el servicio de diálisis es primordial debido a que determina si el enfermo es candidato para el ingreso al programa, teniendo como actividades la capacitación, orientación, canalización, coordinación, dar seguimiento del caso, elaboración de estudio socioeconómico, realizar visitas al domicilio del paciente, formación de grupos de pacientes, promover grupos de autoayuda y colaborar en actividades de investigación médica.

Los capítulos que comprenden la tesis son cuatro: El primero aborda la definición, clasificación y tratamientos de la IRC. El segundo define el concepto, motivos y funciones que desarrolla el cuidador primario. El tercero describe las funciones de Trabajo Social en el ámbito de la salud y en el programa de Diálisis Peritoneal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El cuarto hace mención de la metodología, de los resultados de la investigación realizada al respecto y finaliza con una propuesta a la institución.

Capítulo

1

Insuficiencia Renal Crónica

1.1 Insuficiencia Renal

“El cuerpo humano tiene dos riñones de 11 a 12 cm., localizados en la zona lumbar a los lados de la columna vertebral” (Hernando, 2009). Los cuales producen varios elementos que son útiles para mantener en equilibrio al organismo.

En caso de que alguno o ambos riñones sufran de alguna alteración y hay una reducción de las funciones homeostáticas (regula los fluidos, electrolitos y ácido-base para mantener en equilibrio el medio interno); endócrinas (síntesis de eritropoyetina, quininas, etc.); excretoras (son productos de desecho del metabolismo como la urea, creatinina, fósforo, etc.) y metabólicas se hace referencia a la insuficiencia renal (Daugirdas, Blake, Todd, 2008).

La insuficiencia renal es conocida como una enfermedad “silenciosa”, ya que no se detecta fácilmente y los síntomas no son evidentes. Afecta a más de 128,000 mexicanos de todas las edades (Fundación Mexicana del Riñón, 2011), además, es una de las principales causas de morbilidad hospitalaria, ocupando el 4º lugar en hombres, teniendo 43,748 como cifras de egreso y el 10º lugar en mujeres teniendo 39,151 como cifras de egreso, según la Secretaría de Salud (2000), por ello se le considera una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, y por el costo social que este implica.

Esta enfermedad se clasifica en dos tipos: Insuficiencia Renal Aguda (IRA) e Insuficiencia Renal Crónica (IRC). La IRA es el deterioro rápido de la función renal, el daño podrá ser reversible y deja como secuela una mínima disminución de la función del riñón a diferencia de la IRC donde la función del riñón es irreversible (PISA, s/f).

1.2 Insuficiencia Renal Crónica

La IRC como se mencionó previamente es una enfermedad irreversible de ambos riñones, donde el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre, estableciéndose por la presencia de alteraciones histológicas en la biopsia renal o mediante marcadores indirectos (proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario). Es un problema de salud pública a nivel nacional, debido a que el número de pacientes diagnosticados se ha incrementado en México, según reportes de la Secretaría de Salud (2000).

“La IRC es una complicación frecuente de la diabetes mellitus, seguida muy de cerca de la hipertensión y la glomerulonefritis (procesos inflamatorios de origen infeccioso que causan daño a las unidades filtrantes del riñón), y entre las causas menos frecuentes están las infecciones urinarias no tratadas, enfermedades congénitas, el uso prolongado de algunos medicamentos, etc.” (Mcphee, Lingappa, Ganong, & Lange, 2001).

Tal enfermedad puede tener control farmacológico y en caso de que las medidas no tengan resultados favorables para el paciente, éste se someterá a un tratamiento sustitutivo como la diálisis, hemodiálisis o trasplante renal (PISA, s/f).

Es importante mencionar que el médico nefrólogo debe realizar la valoración para determinar la técnica de sustitución renal a la cual es candidato el paciente con el fin de que tenga una mejor calidad de vida.

1.3 Tratamientos sustitutivos de la Insuficiencia Renal Crónica

La opción de tratamiento sustitutivo para pacientes con IRC depende de la severidad de la enfermedad del paciente, “las guías K/DOQI clasifican el deterioro renal en cinco estadios” (Soriano, 2004), los primeros cuatro estadios pueden ser

tratados con dieta y medicamentos, dicho esquema se utiliza en aquellos pacientes cuya función renal residual todavía está presente en un porcentaje aceptable.

En contraste con el último estadio, donde el paciente no cuenta con una cavidad renal útil, por consecuencia se someterá a un tratamiento sustitutivo mediante la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal, según sea el caso (López, 2010).

Diálisis Peritoneal

“La diálisis peritoneal es un procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la ósmosis, difusión y convección del agua y solutos entre la sangre y el líquido peritoneal, a través de la membrana peritoneal; se emplea en el tratamiento de la insuficiencia renal, utilizando aditamentos y equipo adecuados, esto es, con el fin de eliminar los productos de desecho y el exceso de agua en el cuerpo. Donde se introduce un líquido que contiene una mezcla especial de glucosa y sales que ayuda a filtrar las sustancias tóxicas que se encuentran en los tejidos, a través de una membrana natural (el peritoneo)” (Hernando, 2009).

La diálisis peritoneal es un procedimiento que consiste en introducir y extraer líquido de diálisis en la cavidad abdominal a través de un catéter rígido o blando, utilizando el peritoneo, ésta se puede realizar en el domicilio, en forma manual o con una máquina cicladora y en el hospital (IMSS, 2004a).

Hemodiálisis

De acuerdo a los Criterios Técnico Médicos para el Tratamiento Dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal en el *Apéndice H* que establece el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2004b), la hemodiálisis es un procedimiento

de diálisis que se efectúa fuera del cuerpo mediante un filtro y es conectado a una máquina especial, a través de una vía de acceso vascular temporal o permanente.

En la hemodiálisis, se eliminan las toxinas e impurezas que se encuentran en la sangre, para realizarla es necesaria una vía de acceso al torrente sanguíneo del paciente, esta se obtiene mediante la implantación de un catéter de dos vías o de una fístula arterio-venosa, que serán los conductos por donde pase la sangre hacia el filtro. Esta terapia se efectúa de dos a tres veces por semana de acuerdo a la prescripción médica y se requiere de una máquina especial llamada riñón artificial.

Trasplante Renal

El trasplante renal es la alternativa que ofrecen una mejor calidad de vida en el tratamiento de la enfermedad renal crónica, consiste en la implantación quirúrgica de un riñón obtenido de otra persona (donador) el cual puede ser un familiar, amigo, conocido, anónimo o de un donador cadáver. “Esta cirugía no puede ser indicada en todos los pacientes por lo que es necesario que el médico realice diversos exámenes meticulosos al paciente y a su donador para reconocer su perfil inmunológico (permite saber si son compatibles para donar y recibir un trasplante de riñón) y su estado físico general” (PISA, s/f).

Para fines de esta investigación se abordó el tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal, del cual existen tres diferentes modalidades: la diálisis peritoneal intermitente (DPI); la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada (DPA).

Es importante mencionar que se retomó la técnica terapéutica DPCA por la continua participación del cuidador hacia su paciente en el momento de realizar el procedimiento de cambio así como las funciones y actividades que desempeña para su cuidado.

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)

La DPCA es un procedimiento terapéutico de diálisis peritoneal que realiza el paciente o su familiar capacitado en forma manual en su domicilio, consiste en realizar cambios de líquido de diálisis en el día y la noche.

De acuerdo a los Criterios Técnico Médicos para el Tratamiento Dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal en el *Apéndice E* que establece el IMSS (2004b), la DPCA es una técnica que ocasionalmente puede realizarse en otro sitio siempre que cumpla con las condiciones requeridas.

Para ingresar al Programa de Diálisis del IMSS es necesaria la visita del **Trabajador Social** de la unidad médica al domicilio del paciente, para valorar y orientar en relación a la higiene, así como los recursos materiales que debe tener para realizar la técnica, la dieta que debe seguir, así como el apoyo familiar que debe tener el paciente.

La DPCA remueve sal, agua y sustancias tóxicas que ya no eliminan los riñones, esto con el fin de evitar que se acumulen en la sangre. Ayuda a controlar la presión arterial, además de la acción de los medicamentos y seguimiento de la dieta indicados por el médico.

La participación del cuidador primario en el Programa de Diálisis del Hospital General Zona 1-A “Venados”, es importante debido a que es el encargado de realizar el procedimiento y/o técnica de cambio, los cuales se efectúan por lo general en el transcurso del día, así como tener el área destinada para la dialización en óptimas condiciones higiénicas, seguir la dieta del paciente y acompañarlo a las consultas médicas.

Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA)

Esta técnica consiste en realizar cambios de líquido de diálisis utilizando una máquina cicladora (IMSS, 2004b). Es un procedimiento con duración diaria de aproximadamente de nueve horas, realizándose normalmente por la noche.

Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI).

La DPI es una variante de la diálisis peritoneal que realiza la enfermera en el hospital, programada cada semana de acuerdo a la indicación del médico, puede ser temporal para ingresar a alguno de los otros programas de diálisis peritoneal o en algunas ocasiones un programa definitivo (IMSS, 2004b).

Los tres tipos de diálisis expuestos llevan a un tratamiento de sustitución renal, que suple algunas de las funciones de los riñones, donde el paciente sustituye la pérdida de un órgano con otro utilizado de manera artificial, sin embargo la enfermedad que condicionó la falla de los riñones continúa progresando; tal enfermedad, hace que el paciente tenga nuevas necesidades con respecto a las actividades que realizaba en su vida diaria; las cuales modificarán el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos.

1.4 La enfermedad en la familia

“La aparición de una enfermedad ya sea aguda, crónica o terminal en algún miembro de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, dado que esta situación se podría considerar como una crisis, debido a la desorganización que se produce y al impacto que ocasiona en cada uno de sus miembros” (Fernández, 2004).

Los cambios que se producen en las familias con relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien “están determinados por las propias

características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, flexibilidad o rigidez de los roles familiares, comunicación familiar, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etc.” (Fernández, 2004).

Estrada (1997) menciona que la familia es: “Todo órgano vivo, tiene historia, un nacimiento y un desarrollo, se reproduce, declina y también muere. Confronta diferentes tareas en cada uno de los siguientes pasos: la unión de los seres en una meta en común; el advenimiento de los hijos, el educarlos en sus funciones sexuales y sociales, permitir su salida el soltarlos a tiempo para la formación de las nuevas unidades y el quedar la pareja nuevamente sola”.

“Este proceso familiar oscila alrededor de la contracción (formación de la pareja, periodo terminal) y la expansión (llegada de los hijos, ingreso de yernos, nueras, entre otros), donde el enfoque evolutivo considera a la familia como un campo de personalidades integrantes, de compleja organización interna. Este enfoque permite poner a prueba los mecanismos del desarrollo interno de las familias, desde el momento de la formación, con el noviazgo y la boda, hasta la disolución, con el divorcio o con la muerte” (Quintero, 1997).

Es importante mencionar, que el desarrollo de la familia está influido por el nivel social, en familias de estratos bajos o marginados, la evolución es diferente del mismo modo la función de los roles que cada individuo tenga dentro de su núcleo familiar va a determinar en gran medida a la dinámica interna.

Durante el proceso de enfermedad, la familia se ve afectada al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos, en donde es vital el cuidado del enfermo; este cuidado será ejercido por un integrante de la familia, amigo o vecino, el cual ejercerá y proveerá cuidados de todo tipo de acuerdo a la severidad de la enfermedad, con el fin de cubrir parcial o totalmente sus necesidades.

Capítulo

2

Cuidador Primario

En los últimos años la cantidad de personas que requieren de un cuidado y asistencia por tiempo prolongado se ha incrementado considerablemente, debido al aumento significativo de enfermedades crónico-degenerativas y de la esperanza de vida de la población.

Debido a ello y otras razones el sector salud tiene un gran desabasto (recursos humanos, económicos y de infraestructura) por cubrir las demandas sobre el cuidado y asistencia hacia los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, en consecuencia, los cuidados son brindados por cuidadores que generalmente son integrantes de la familia.

2.1 El Cuidador

El cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Centeno, 2004), en donde no necesariamente son integrantes de la familia.

El cuidador es la persona que asume la atención total o parcial del paciente, el cual tomará decisiones acerca de la salud y el bienestar de las personas que están a su cuidado.

“Este puede o no pertenecer al equipo de salud institucional, siendo el responsable directo del cuidado y atención del paciente, teniendo una participación fundamental en el campo de la salud” (Ramos, 2006).

2.1.1 Tipos de Cuidadores

En el sistema de salud, se han identificado dos tipos de cuidadores, llamados cuidadores primario y secundario (Torres, Beltrán, & otros, 2006).

Cuidador Secundario

El cuidador secundario es “aquella persona que desde el inicio del padecimiento, asume la responsabilidad en cuanto a la atención y cuidados diarios del enfermo, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que éste va perdiendo sus capacidades y autonomía” (Centeno, 2004). “No tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud” (Torres, Beltrán & otros, 2006).

Carretero, Garcés y Rodenas (2005) mencionan que se caracteriza por:

- Recibir una retribución económica por suministrar los cuidados.
- Están asociados a un sistema de servicio organizado como las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales locales nacionales e internacionales u organización con ánimo de lucro.
- Proporcionan en general servicio de cuidado personal, visitas de enfermería y tareas del hogar.

Otros autores (Ramos, 2006) agregan que:

- Ofrecen sus servicios en instituciones de salud pública o privadas.
- Son personas calificadas y certificadas para tal fin por instituciones educativas de carácter oficial.
- Obedecen a una planificación sanitaria o de servicio social; tienen responsabilidad civil por sus actos profesionales.

Cuidador Primario

El cuidador primario “es la persona que no pertenece a ninguna institución sanitaria ni social y que cuida a personas no autónomas que viven en su domicilio, no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia el cuidado

del paciente, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios, brindada por familiares, amigos y vecinos. (Centeno, 2004)”.

Ramos (2006) menciona que los cuidadores primarios se caracterizan porque:

- No reciben ninguna remuneración económica por el cuidado y asistencia que ofrecen.
- A menudo existe una relación emocional y familiar con el paciente.

Otros autores (Carretero, Garcés y Rodenas, 2005) agregan que:

- No poseen formación formal para suministrar los cuidados ni tampoco sobre las necesidades físicas y/o mentales que provoca la enfermedad.
- Pertenecen al entorno próximo de las personas dependientes como son los miembros de la familia, amigos y vecinos.
- Ayudan de forma regular y continua a la persona dependiente, normalmente todo el día.

2.1.2 Perfil del cuidador

De acuerdo con Ramos (2006) no existe una definición de consenso de lo que es el perfil del cuidador, sin embargo, refiere que es el conjunto de características demográficas, sociales y culturales que se han identificado como constantes en las personas que cuidan a largo plazo de un enfermo dependiente.

“Las características demográficas que determina el perfil del cuidador son: el sexo, vínculo familiar, estado civil, edad, nivel educativo, situación laboral, nivel económico, clase social y la relación familiar entre el cuidador y el enfermo” (Carretero, Garcés y Rodenas, 2005).

2.2 Funciones del Cuidador Primario

El cuidador primario se ubica principalmente en la categoría de proveedor de cuidado y administrador de cuidado, dependiendo del estado socioeconómico de la familia, estado de salud del paciente y del tiempo en que se requiere el cuidado.

Las funciones más frecuentes que realizan los cuidadores hacia el paciente según Ramos (2006) son:

- **Cuidados sanitarios:** Este tipo de cuidados supone una relación y contacto directo en la atención física de las personas dependientes, y que consisten en ayudar al paciente en tareas tales como vestirse, comer, asearse, control de esfínteres.
- **Cuidado instrumental:** Son ayudas que proporciona el cuidador facilitando la relación de la persona dependiente con el entorno y que esta no puede realizar por sí sola, tales como: limpiar, planchar, comprar, el uso electrodoméstico, manejar el dinero y los bienes, etc.
- **Acompañamiento y vigilancia:** Son apoyos que proporciona el cuidador al acompañar a la persona dependiente para salir fuera del hogar, realiza visitas, acude a reuniones, llevarlo a citas medicas, etc.
- **Apoyo emocional y social:** Es aquel apoyo en el cual el paciente puede encontrar en el cuidador comprensión, escucha, afecto, tolerancia, además de fungir como enlace en la relación interpersonal del paciente con otras personas que cuidan.

La importancia del cuidador aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo. Esta situación implica cambios en la vida familiar del enfermo y en la del cuidador primario (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2006).

Finalmente un integrante de la familia o conocido cercano del enfermo asume la mayor responsabilidad en sus cuidados, tal enfermedad afecta tanto al paciente

como al cuidador en todos los aspectos (sociales, económicos, etc.), por lo que esta tesis tuvo como interés conocer el perfil del cuidador primario en pacientes con IRC en tratamiento con DPCA del Hospital General Zona 1-A “Venados”.

Capítulo

3

Hospital General Zona
1-A “Venados” del
IMSS y Trabajo Social

3.1 Hospital General de Zona 1-A “Venados” del Instituto Mexicano del Seguro Social

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo gubernamental responsable de la seguridad social de los trabajadores asegurados en México, con una composición tripartita integrado de manera igualitaria, por trabajadores, patrones y el Gobierno Federal (IMSS, 2010a).

Tiene un mandato legal derivado del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su misión es ser instrumento básico de la seguridad social, establecido como servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias (IMSS, 2010a).

De acuerdo al Programa de Trabajo del Servicio de Trabajo Social del Hospital General Zona 1–A “Venados” (2007) establece que: el nosocomio se inauguró en diciembre de 1973 y en octubre de 1981 comenzando a otorgar servicios como Hospital General de Zona, teniendo una superficie total de terreno de 10, 843 m², ubicado en la calle Municipio Libre no. 270, Colonia Portales, Delegación Benito Juárez del D.F.

“Es una unidad médica hospitalaria tipo “A” de segundo nivel, atiende a la población derechohabiente de las unidades de medicina familiar 10, 15 y 43; pero además otorga apoyo con diversos servicios a otras unidades de primer y segundo nivel de la Delegación Sur del Distrito Federal. Se distribuye en cinco niveles que incluyen: archivo clínico, farmacia, urgencias, tococirugía, laboratorio clínico, radiodiagnóstico, quirófanos, admisión hospitalaria y cuatro pisos que alojan diversas especialidades: servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, atención médica del enfermo crónico, servicio de salud en el trabajo, seguridad e higiene, salud pública y promoción de la salud” (IMSS, 2007).

Cuenta con las especialidades de: Ginecología, obstetricia, clínica de displasias, prenatal, medicina interna, clínica del sida, dermatología, cardiología,

reumatología, neumología, neurología, psiquiatría, psicología, endocrinología, gastroenterología, diálisis peritoneal, cirugía general, cirugía maxilofacial, urología, oncología quirúrgica, quimioterapia, otorrinolaringología y oftalmología (IMSS, 2010b).

Como parte importante del equipo de salud y desde el inicio de actividades del Hospital General de Zona 1-A “Venados”, se encuentra el Departamento de Trabajo Social siendo el punto de enlace con la población que se atiende.

El Departamento de Trabajo Social inició en el año 2000, con una Jefe de Trabajo Social y dos Trabajadores Sociales en el turno vespertino, en la actualidad se cuenta con una Jefe, una Subjefe en turno matutino y vespertino, 11 Trabajadores Sociales en turno matutino y cinco en turno vespertino (IMSS, 2007).

3.2 Trabajo Social en el ámbito de la Salud

Trabajo Social dentro del área de la salud interviene en la problemática social que incide en el proceso salud-enfermedad donde Hernando y Millan (2002) mencionan que: “Los procesos salud-enfermedad son expresiones de los perfiles sociales, en la medida que esta ocurre en contextos humanos, políticos, geográficos, históricos muy particulares construyéndose así sus propias representaciones de la sanidad o la enfermedad”; es necesaria la presencia del individuo, grupo o comunidad que demanden servicios frente a la problemática donde Trabajo Social ejercerá funciones de orientación, información, educación, gestión y asesoría a la población del hospital.

El proceso salud-enfermedad es un fenómeno social que trasciende de lo individual a lo colectivo y a través de la salud pública se busca asegurar el nivel de vida óptimo de la población, apoyada en el conocimiento médico y en el aporte de

otras profesiones y disciplinas, cumpliendo con cinco funciones básicas (Kisnerman, 1981):

- Promoción.
- Prevención.
- Recuperación.
- Rehabilitación de la Salud.
- Reubicación social de los enfermos.

Las primeras dos corresponden a lo que se llama prevención primaria, la tercera y la cuarta a prevención secundaria y la quinta a la prevención terciaria, conceptualizándose de la siguiente manera los niveles de atención según Kisnerman (1981):

Primer Nivel de Atención

Es cuando de manera planeada, sistemática y coordinada se dirige a evitar que la población corra el riesgo de enfermar.

En el primer nivel de prevención Trabajo Social implementa programas de información-prevención, promoviendo acciones que orienten al paciente sobre las enfermedades a través de información y promoción.

Segundo Nivel de Atención.

Está dirigida a detectar y diagnosticar precozmente la enfermedad, asegurando el tratamiento inmediato y previniendo la existencia de padecimientos transmisibles, complicaciones, secuelas y muertes.

En este nivel Trabajo Social debe coordinarse con el equipo multidisciplinario y el personal médico, de enfermería, entre otros, para desarrollar actividades que

tiendan a reforzar el tratamiento médico, mediante la participación del enfermo y sus familiares, con el fin de mantener y/o mejorar los niveles de la salud de la población.

Tercer nivel de atención

En este nivel se configura una unidad en la salud, se encuentra integrado por servicios complejos, con la gama de especialistas que atienden a los pacientes con problemas de diagnóstico o tratamiento que no pueden ser manejados en los niveles primarios y secundarios.

Por consiguiente la investigación se ubica en el segundo nivel de atención donde el profesional de Trabajo Social tiene el objeto de profundizar, intervenir y educar al paciente con el fin de entender sus necesidades económicas, sociales, mentales y morales.

Por ello Trabajo Social deberá:

- Conocer científicamente la problemática.
- Determinar cómo el paciente y/o familiares enfrentan y que alternativas de solución arbitran en la problemática.
- Intervenir en el paciente y/o familiares para que puedan asumir el papel de sujetos activos en el proceso de atención y recuperación de la salud.

3.3 Trabajo Social en el Instituto Mexicano del Seguro Social

De acuerdo a la Guía de apoyo técnico para Trabajo Social en Unidades Médicas (IMSS, 2002) el trabajador social es el profesional integrante del equipo de salud que participa en los procesos de atención y que aborda factores sociales involucrados en el proceso salud-enfermedad, como parte de la atención integral a

la salud del individuo y su familia, siendo su función primordial la identificación de las carencias, necesidades, recursos, expectativas y conjuntamente con el derechohabiente, aplica técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud.

El documento añade que el abordaje de la problemática social o cultural que incide en las condiciones de salud, requiere de una metodología que genere actitudes reflexivas y que propicien cambios en los estilo de vida, en las conductas de protección a la salud y en el compromiso por el autocuidado de la misma forma responsable, en consecuencia, la atención que el equipo de salud preste a esos factores es de suma importancia por los impactos que una investigación oportuna puede tener en la población en el mediano y largo plazo.

Misión del Trabajador Social en el Instituto Mexicano del Seguro Social

En la Guía establece como misión el de: identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades (IMSS, 2002).

La identificación de factores sociales contribuye a precisar las necesidades de intervención del equipo de salud, ya sean en acciones anticipatorias de promoción, prevención y preservación de la salud, de atención al daño o de rehabilitación, así como la forma en que Trabajo Social participará a través de los procesos sustantivos del área como son: investigación social, educativo, de reintegración del paciente a control médico y de apoyo social según sea el caso.

Áreas de Participación del Trabajador Social en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Referente a la Guía (IMSS, 2002) la atención a los usuarios sanos como a los enfermos y a sus familias debe ser integral. Por tanto, Trabajo Social participa en las siguientes áreas:

Salud Comunitaria: Promueve acciones de educación que les permitan identificar y modificar estilos de vida que constituyan riesgos en la salud.

Salud Reproductiva y Materno Infantil: Proporcionan orientación y capacitación a los individuos con sus familias para que participen activamente en el autocuidado de la salud reproductiva a través de los Programas Integrados de Salud.

Salud en el Trabajo: Coadyuvar en la atención a la salud y la protección de los medios de subsistencia (cuando la enfermedad impide que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva, ya sea de forma temporal o permanente) de la población trabajadora e identificar problemas y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad a través de metodología específica.

Atención Médica: Se desarrollarán acciones de intervención social individuales y grupales tendentes a identificar y atender los factores sociales que inciden en los daños a la salud de los individuos y las familias.

Intervención del Trabajador Social en el Instituto Mexicano del Seguro Social

La intervención de Trabajo Social en el proceso de atención a la salud de la población derechohabiente debe ser coincidente con los propósitos que se persiguen en cada una de las unidades médicas u hospitales (IMSS, 2002).

3.4 Trabajo Social en el Programa de Diálisis

El programa de Diálisis está dirigido a los pacientes derechohabientes con insuficiencia renal crónica con la participación del equipo médico, el cual tiene como objetivo orientar e informar sobre el manejo adecuado de la técnica de diálisis (IMSS, 2007).

De acuerdo a los Criterios Técnico Médicos para el Tratamiento Dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal (IMSS, 2004a), las funciones que realiza Trabajo Social dentro del programa son las siguientes:

- Elaborar el estudio socioeconómico e integrarlo al expediente clínico.
- Efectuar las visitas al domicilio del paciente para diagnosticar las condiciones socioculturales, para la presentación del caso ante el Comité de Diálisis.
- Entrevistar, orientar y realizar seguimiento al paciente y grupo familiar, procurando la rehabilitación social y laboral.
- Formar grupos de pacientes para orientarlos y educarlos en coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Promover grupos de autoayuda.
- Coordinarse con las Unidades de Medicina Familiar para referir en forma oportuna a los pacientes a diálisis.
- Colaborar en actividades de investigación médica.

Sin embargo, no se consideran como funciones sino actividades que se realizan dentro del servicio de Diálisis. Las funciones que se realizan dentro del programa son de: orientación, información, capacitación y supervisión.

El documento añade que se efectúan visitas domiciliarias para valorar las condiciones y criterios de inclusión en:

- Familiares (familiar responsable).
- Vivienda (condiciones higiénicas e instrumentales).
- Redes de apoyo social (personas que apoyan al tratamiento).

Establece el plan de tratamiento social y el pronóstico del caso. Determina ante el Comité de cada uno de los programas DPCA, DPA y DPI, si el paciente es candidato a integrarse, de acuerdo a las condiciones sociales para su tratamiento médico.

Al ser candidato

Trabajo Social, elabora el expediente social del paciente, ficha de identificación, censo nominal de pacientes del programa, proporciona la información relativa del programa al paciente, familiar o cuidador responsable, deriva al paciente y familiar con la enfermera responsable, para la enseñanza y capacitación para su manejo en domicilio.

Al no ser candidato

Trabajo Social, proporciona al paciente o familiar la información de los aspectos necesarios para continuar su tratamiento en su domicilio, determina ante el comité, porqué no es candidato a integrarse al programa, de acuerdo a las condiciones sociales identificadas en la visita domiciliaria y el estudio socio médico, registrando sus intervenciones en nota de Trabajo Social, informes de servicios paramédicos y expediente social del paciente.

Los programas preventivos son fundamentales para mantener una buena salud, por que las enfermedades crónico-degenerativas preocupan a la Institución y trata de ofrecer el tratamiento con personal, equipo, tecnología y material actualizado para su beneficio.

Capítulo

4

Metodología

4.1 Justificación

El Instituto Nacional de Salud Pública citado en Sola (2011) menciona: “Que actualmente la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es la quinta causa de mortalidad general en México y la tercera a nivel hospitalario”, además la tasa de crecimiento de pacientes diagnosticados con tal enfermedad ha sido aproximadamente del 11% anual en los últimos 10 años (Fundación Mexicana del Riñón, 2011).

La IRC es una enfermedad que afecta a los riñones, en consecuencia el paciente debe modificar todos los aspectos de su vida diaria, como resultado de las diversas pérdidas o desvalimiento que sufre como consecuencia de su enfermedad.

Por tal motivo es necesario el apoyo de un cuidador, el cual ejercerá y proveerá los cuidados que el paciente requiera, generalmente ese rol lo desempeña un integrante de la familia.

En reportes del año 2009 de la Jefatura de Medicina Interna del Hospital General Zona 1-A “Venados” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2009), la IRC como patología fue considerada la principal causa de ingreso al servicio de Medicina Interna con un 25.83%, lo que significó un incremento importante en el número de casos y la necesidad de contar con apoyo domiciliario para el enfermo y el tratamiento.

Por consiguiente se realizó una investigación sobre la participación del cuidador primario, ya que el tema ha sido poco estudiado por el Instituto Mexicano del Seguro Social específicamente en el Hospital General Zona 1-A “Venados” y por el área de Trabajo Social.

Es así, que el estudio se centra en conocer el perfil del Cuidador Primario y la problemática social que caracteriza a esta compleja enfermedad.

4.2 Preguntas de la Investigación

- ¿Cuál es el perfil del Cuidador Primario en pacientes con IRC en tratamiento con DPCA del Hospital General Zona 1-A “Venados”?
- ¿Qué funciones desempeña el Cuidador Primario con el paciente?
- ¿Qué factores determinan que el Cuidador Primario participe en la atención del paciente con IRC en tratamiento con DPCA del Hospital General Zona 1-A “Venados”?

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo General

Conocer el perfil, factores y funciones que desempeña el Cuidador Primario en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital General Zona 1-A “Venados”.

4.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar el perfil del Cuidador Primario en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital General Zona 1-A “Venados”.
2. Conocer las funciones del Cuidador Primario con el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital General Zona 1-A “Venados”.
3. Identificar factores que propician que el Cuidador Primario intervenga en el cuidado del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital General Zona 1-A “Venados”.
4. Realizar una propuesta de intervención grupal para cuidadores primarios y familiares con pacientes de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria del Hospital General Zona 1-A “Venados”.

4.4 Tipo de Estudio

El estudio fue cuantitativo para que los resultados sean medibles y verificables, de nivel exploratorio ya que el tema de investigación era poco conocido para la disciplina de Trabajo Social y de tipo transversal debido a que se realizó en un solo momento, en un periodo fijo de tiempo (Hernández, 2008). Los criterios de inclusión fue considerar al cuidador primario de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, ambos sexos, considerando menores y mayores de 18 años y de acuerdo con la demarcación del Hospital, se incluyeron las delegaciones: Benito Juárez, Coyoacán, Iztapalapa e Iztacalco. Como criterios de exclusión, se omitió a familiares, amigos y vecinos que solo acompañaban al paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

La investigación de campo se llevó a cabo en los meses de junio y julio del 2011.

4.5 Muestra

La muestra es un subgrupo de la población definido por sus características; fue no probabilística porque la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características (Hernández, 2008); siendo de tipo convencional (Namakforoosh, 2000), es decir, se incluyó en el estudio a los cuidadores primarios que se encontraban en el hospital durante aplicación del instrumento.

La población de estudio incluyó 40 casos.

Las variables conceptuales y operativas fueron:

Categoría	Indicador	Ítems
Perfil del Cuidador Primario: Son las variables sociodemográficas del cuidador informal. (Carretero, Garcés, Rodenas & San José, 2006)	Edad	Numérico
	Sexo	Masculino Femenino
	Estado Civil	Soltero Casado
	Escolaridad	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Preparatoria/Bachillerato Licenciatura Maestría Doctorado
	Ocupación	Sin actividad laboral Hogar Estudiante Comerciante Empleado Empresario o Jefe
	Religión	Católica Cristiana Testigo de Jehová Mormón Otra
	Lugar de Residencia	Benito Juárez Coyoacán Iztapalapa Iztacalco
	Parentesco con el enfermo	Padres Hermano (a) Hijos Esposa Tíos Sobrinos Primos Suegros Nueras
	Integrantes de la familia que participan en el cuidado	Numérico
	Modificación de la dinámica familiar	Si No

Categoría	Indicador	Ítems
Perfil del Cuidador Primario: Son las variables sociodemográficas del cuidador informal. (Carretero, Garcés, Rodenas & San José, 2006)	Actividades de la vida cotidiana modificadas	Escolares Laborales Recreativas
Función del Cuidador Primario: Es el proveedor y administrador del cuidado, sanitario, instrumental, acompañamiento y vigilancia emocional y social. (Ramos, 2006)	Tipo de apoyo que recibe	Económico Afectivo/Emocional Tiempo
	Ha tenido capacitación	Si No
	Titular del servicio médico	Paciente Padres Hermanos Hijos
	Motivo por el cuál es el cuidador	Lazos afectivos Motivación económica Por obligación
	Tiempo que invierte en el cuidado del enfermo	Numérico
Economía del Cuidador Primario	Gastos que destina para el tratamiento del enfermo	Numérico
	Rubro en el que invierte mayor gasto	Alimentación Medicamento Tratamiento
	Persona que contribuye en el gasto del tratamiento del paciente	Cuidador Padres Hermano (a) Hijos Esposa Tíos Sobrinos Primos Suegros
Perfil del Paciente	Edad	Numérico
	Sexo	Masculino Femenino

Categoría	Indicador	Ítems
Perfil del Paciente: Son las variables sociodemográficas del Paciente. (Carretero, Garcés, Rodenas & San José, 2006).	Estado Civil	Soltero Casado
	Escolaridad	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Preparatoria/Bachillerato Licenciatura Maestría Doctorado
	Ocupación	Sin actividad laboral Hogar Estudiante Comerciante Empleado Empresario o Jefe

4.6 Instrumento de Medición

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento tipo encuesta (Hernández, 2008), el cual consiste que mediante un cuestionario, recoge las opiniones u otros datos de una población. Para su diseño se integraron cuatro apartados: 1.-Datos demográficos, 2.-Funciones, 3.-Economía del cuidador primario y 4.-Características demográficas del paciente, en total de 37 preguntas, 32 cerradas y cinco abiertas.

4.7 Procedimiento

El procedimiento que se siguió para la investigación consistió en:

1. Identificación de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General Zona 1-A “Venados” que se encontraban en el 2º piso del área de Diálisis en compañía del cuidador primario.
2. Selección del cuidador de acuerdo a los criterios de inclusión.

3. Aceptación del cuidador primario en participar de manera voluntaria y anónima en la investigación.
4. Codificación de la información.
5. Diseño de una base de datos en Excel.
6. Captura de la información.
7. Análisis estadístico de frecuencias simples y porcentajes.
8. Interpretación y discusión de los resultados a partir del marco teórico.

La aplicación de las 40 encuestas se realizó en la última semana de junio y la primera semana de julio del año 2011 a Cuidadores Primarios que se encontraban en la sala de espera del servicio de Diálisis, aplicándose cuatro encuestas al día.

4.8 Resultados

En esta investigación se tomó una muestra no probabilística de 40 Cuidadores Primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), tratados en el Hospital General Zona 1-A “Venados”.

Los resultados que a continuación se muestran son: el perfil del cuidador primario, el perfil del paciente, las características del cuidador primario, funciones del cuidador y los factores que determinan que participe en la atención del paciente.

4.8.1 Perfil del Cuidador Primario

De una población de 40 cuidadores primarios que fueron encuestados, la mitad habita en la delegación Iztapalapa, donde el 85% son mujeres y el 15% son hombres; y el 70% están casados y el 30% son solteros (*ver Tabla 1*).

Respecto a la edad, poco menos de la mitad de los cuidadores son mayores de 56 años; donde el 37% es la esposa del paciente, quien funge como cuidador primario (ver Tabla 1).

El 28% tiene un nivel de escolaridad de preparatoria y/o bachillerato, de igual manera otro 28% tiene estudios de primaria, y solo el 15% terminó la secundaria, es importante mencionar que el 2% tiene estudios de Maestría, los cuales son los que generalmente solventan los gastos del tratamiento del paciente (ver Tabla 1).

Tabla 1. Perfil del Cuidador Primario

Indicador	Ítems	Frecuencia	%
Lugar de Residencia	Iztapalapa	20	52%
	Coyoacán	13	29%
	Benito Juárez	4	14%
	Iztacalco	3	5%
Sexo	Femenino	34	85%
	Masculino	6	15%
Estado Civil	Casado	28	70%
	Soltero	12	30%
Edad	16 a 20 años	2	5%
	21 a 25 años	1	2%
	26 a 30 años	3	7%
	31 a 35 años	3	7%
	36 a 40 años	4	10%
	41 a 45 años	2	5%
	46 a 50 años	3	7%
	51 a 55 años	4	10%
56 años o más	18	47%	
Parentesco con el enfermo	Espos(a)	15	37%
	Padres	10	25%
	Hijos	9	22%
	Hermano(a)	2	5%
	Sobrino	1	3%
	Primos	1	3%
	Nueras	1	3%
Tíos	1	2%	
Escolaridad	Primaria	11	28%
	Preparatoria y/o Bachillerato	11	28%
	Secundaria	6	15%
	Licenciatura	6	15%
	Sabe leer y escribir	3	7%
	Analfabeta	2	5%
	Maestría	1	2%

Fuente: Encuestas realizadas a los cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General Zona 1-A “Venados”, junio-julio 2011.

En la ocupación el 55% de los cuidadores se dedican al hogar y solo el 25% tienen un trabajo informal el cual les permite cuidar de manera intermitente al paciente, profesando el 90% la religión católica (ver Tabla 2).

Tabla 2. Perfil del Cuidador Primario

Indicador	Ítems	Frecuencia	%
Ocupación	Hogar	22	55%
	Comerciante	10	25%
	Empleado	3	8%
	Sin actividad laboral	2	5%
	Estudiante	2	5%
	Empresario o Jefe	1	2%
Religión	Católica	36	90%
	Otra (Mormón, Testigo de Jehová, etc.)	4	10%

Fuente: Encuestas realizadas a los cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General Zona 1-A “Venados”, junio-julio 2011.

De acuerdo con los resultados obtenidos con respecto al perfil del cuidador primario, son mujeres mayores de 56 años, el parentesco principalmente es la esposa del paciente, teniendo un nivel de escolaridad de primaria o preparatoria, dedicándose la mayoría del tiempo al hogar, profesando la religión católica y habitando en la delegación Iztapalapa.

4.8.2 Perfil del Paciente

Un poco más de la mitad de los pacientes con IRC en tratamiento de DPCA son de sexo femenino donde el 48% son de sexo masculino. En cuanto a la edad el 60% de los pacientes tiene 56 años o más, de los cuales el 65% están casados y solo el 35% son solteros, cabe mencionar que no se incluyó la variable viudo agregándose las respuestas a la variable soltero (ver Tabla 3).

En lo que respecta al nivel educativo, el 38% de los pacientes tiene estudios de secundaria, el 33% tiene estudios de primaria, sin embargo es importante mencionar que el 2% es analfabeto (ver Tabla 3).

En cuanto a la ocupación el 65% menciona no tener actividad laboral, debido a que la mayoría de los encuestados mencionaron que por la enfermedad crónico-degenerativa que padecen no están en posibilidades de continuar realizando sus actividades cotidianas (ver Tabla 3).

Tabla 3. Perfil del Paciente

Indicador	Ítems	Frecuencia	%
Sexo	Femenino	21	52%
	Masculino	19	48%
Estado Civil	Casado	26	65%
	Soltero	14	35%
Edad	16 a 20 años	0	0%
	21 a 25 años	1	2%
	26 a 30 años	2	5%
	31 a 35 años	1	3%
	36 a 40 años	0	0%
	41 a 45 años	4	10%
	46 a 50 años	2	5%
	51 a 55 años	6	15%
56 años o más	24	60%	
Escolaridad	Secundaria	15	38%
	Primaria	13	33%
	Licenciatura	5	12%
	Preparatoria y/o Bachillerato	4	10%
	Sabe leer y escribir	2	5%
	Analfabeta	1	2%
Ocupación	Sin actividad laboral	26	65%
	Hogar	8	20%
	Empleado	5	13%
	Obrero	1	2%

Fuente: Encuestas realizadas a los cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General Zona 1-A “Venados”, junio-julio 2011.

Concerniente a la información obtenida del perfil del paciente, la mayoría es de sexo femenino, cuentan con 56 años o más, en donde el índice de escolaridad es de nivel secundaria y en el ámbito laboral se encuentran sin actividad.

4.8.3 Función del Cuidador Primario

De una población de 40 cuidadores primarios que fueron encuestados, el 80% a partir del diagnóstico de su enfermo ha modificado su dinámica familiar, donde el 53% indicó modificar el ámbito laboral debido a que destinan al día de 17 a 24 hrs para el cuidado del paciente (ver Tabla 4).

El 80% de los cuidadores mencionan tener apoyo de los integrantes de la familia que habitan en el mismo domicilio que el paciente, interviniendo principalmente en el aspecto afectivo/emocional con el 43% y en el aspecto económico con el 41% (ver Tabla 4).

El 77% recibió capacitación para realizar la técnica de diálisis en su domicilio impartido en el hospital por la **Trabajadora Social** y enfermeras del servicio de diálisis (ver Tabla 4).

Tabla 4. Función del Cuidador Primario

Indicador	Ítems	Frecuencia	%
Modificación de la dinámica familiar	Si	32	80%
	No	8	20%
Actividades de la vida cotidiana modificadas	Laborales	17	53%
	Recreativas	9	28%
	Otros	4	13%
	Escolares	2	6%
Tiempo que invierte al día en el cuidado del paciente	0 - 8 hrs	12	30%
	9 - 16 hrs	5	13%
	17 - 24 hrs	23	57%
Tiene apoyo de los demás integrantes de la familia	Si	32	80%
	No	8	20%
Tipo de apoyo que recibe para el cuidado del enfermo	Afectivo	14	43%
	Económico	13	41%
	Tiempo	5	16%
Integrantes de la familia que participan en el cuidado	Ninguno	1	3%
	1 a 3 personas	18	44%
	4 a 6 personas	20	50%
	más de 7 personas	1	3%
Ha tenido capacitación	Si	31	77%
	No	9	23%

Fuente: Encuestas realizadas a los cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General Zona 1-A "Venados", junio-julio 2011.

De acuerdo a la función del cuidador primario, han recibido capacitación por parte del personal del hospital, los cuales han modificado su dinámica familiar principalmente en el ámbito laboral, destinando al día de 17 a 24 horas para el cuidado de su paciente, teniendo apoyo emocional/afectivo de los integrantes de la familia que habitan en el mismo domicilio.

4.8.4 Economía del Cuidador Primario

La cantidad aproximada que invierte la población encuestada para el cuidado del enfermo es de 6 o más salarios mínimos, teniendo en cuenta que el salario mínimo en la zona A del 2011 corresponde a \$59.82, de ese ingreso, el mayor gasto lo ocupa la alimentación con el 62%; siendo los principales contribuyentes al gasto del tratamiento del paciente los hijos con el 45%. (ver Tabla 5).

Tabla 5. Economía del Cuidador Primario

Indicador	Ítems	Frecuencia	%
Rubro en el que invierte mayor gasto	Alimentación	25	62%
	Medicamento	8	20%
	Tratamiento	7	18%
Persona que contribuye en el gasto del tratamiento del paciente	Hijos	18	45%
	Hermano (a)	9	23%
	Cuidador	5	12%
	Esposa	5	12%
Gastos que destina para el tratamiento del enfermo	Padres	3	8%
	0 a 1 SMN	3	7%
	2 a 3 SMN	16	40%
	4 a 5 SMN	4	10%
	Más de 6 SMN	17	43%

Fuente: Encuestas realizadas a los cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General Zona 1-A "Venados", junio-julio 2011.

Con lo que respecta a la economía del cuidador primario los contribuyentes a la economía del tratamiento del paciente son los hijos, destinando al gasto más de 6 salarios mínimos, concentrando la mayor parte en la alimentación.

4.8.5 Participación del Cuidador Primario

Los cuidadores primarios tienen una participación integral para el cuidado de sus pacientes, porque son los responsables totales o parciales según el estadio en que se encuentre la enfermedad; ya que son ellos los intermediarios entre la familia, el paciente y el equipo multidisciplinario, esto es, con el fin de que el paciente pueda tener resultados positivos en su tratamiento.

El perfil que tiene el cuidador primario en pacientes con IRC en el Hospital General Zona 1-A “Venados” de acuerdo con la encuesta aplicada y los resultados obtenidos son:

- Los cuidadores en su mayoría son mujeres (esposa o hija del paciente).
- Mayores de 46 años.
- De escolaridad media superior.
- Existe una relación afectiva y emocional con el paciente.
- La mayoría de los cuidadores habitan en el mismo domicilio que el paciente.
- No reciben una retribución económica.
- Dedicación casi de tiempo completo para el cuidado del paciente, por lo tanto no laboran.

4.8.6 Motivos de participación del Cuidador Primario

De acuerdo a la encuesta realizada los cuidadores primarios manifestaron con el 98% que el principal motivo de su participación es por lazos afectivos, debido al compromiso sentimental y moral que tienen con el paciente (ver Tabla 6).

Tabla 6. Motivos de la participación del Cuidador Primario

Indicador	Ítems	Frecuencia	%
Principal motivo por el cual es usted el cuidador	Lazos afectivos	39	98%
	Por obligación	1	2%
	Motivación económica	0	0%

Fuente: Encuestas realizadas a los cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General Zona 1-A "Venados", junio-julio 2011.

Con relación al motivo de participación del cuidador primario es esencialmente por lazos afectivos que tiene hacia su paciente debido al compromiso sentimental y moral.

4.8.7 Funciones del Trabajador Social

En el ámbito institucional específicamente en el área de la salud los Trabajadores Sociales son prestadores de servicio donde realizan funciones de intervención, gestión, educación, información y asesoramiento al derechohabiente. Abordando el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva interdisciplinaria e integral; es decir, desde un enfoque social, centrándose en necesidades y problemas sociales.

La intervención de Trabajo Social en el programa de DPCA en pacientes con IRC consiste en: orientar, informar, capacitar y supervisar al paciente y cuidador primario, sobre las normas especificadas en los Criterios Técnico Médicos para el Tratamiento Dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal del Instituto Mexicano del Seguro Social, realizando actividades diversas como: estudio médico social, notas de seguimiento, notas de hospitalización, visitas domiciliarias, base de datos de eritropoyetina, verificación de vigencia de derechos, entre otras, con el fin de tener los elementos y conocimientos necesarios para que el cuidador realice la técnica de diálisis en su domicilio.

Conclusiones

Esta investigación concluyó lo siguiente:

¿Cuál es el perfil del Cuidador Primario en pacientes con IRC en tratamiento con DPCA del Hospital General Zona 1-A “Venados”?

El perfil del cuidador primario del Hospital General de Zona 1-A “Venados” demostró que están conformados principalmente por mujeres, no teniendo parentesco consanguíneo, teniendo un nivel educativo medio superior.

Con respecto a la dinámica familiar el cuidador adquirió nuevas responsabilidades para el cuidado del paciente, teniendo que ajustar sus tiempos, modificando su vida laboral y recreativa. Teniendo como funciones principales: proporcionar cuidado instrumental y de apoyo, brindar apoyo emocional, y de acompañamiento, coincidiendo con Ramos (2006).

En el programa de Diálisis Peritoneal Continuo Ambulatorio (el cual es un tratamiento sustitutivo que se le ofrece al paciente con el propósito de prolongar su vida), la intervención del cuidador primario es de gran importancia para que el paciente tenga apego y éxito en el tratamiento.

No existen parámetros para generalizar con respecto a los cuidadores primarios, se identificaron algunas características que los hacen diferentes unos a otros.

¿Qué funciones desempeña el Cuidador Primario con el paciente?

La participación del cuidador primario es fundamental ya que son ellos los intermediarios entre la familia, el paciente y el equipo multidisciplinario. Fue capacitado por el Trabajador Social, para tener una participación activa en la realización de la técnica de diálisis, mencionando la importancia de cuidados e higiene que debe tener al realizar dicha técnica, ya que son de gran importancia para el apego al tratamiento y a la salud del enfermo.

¿Qué factores determinan que el Cuidador Primario participe en la atención del paciente con IRC en tratamiento con DPCA del Hospital General Zona 1-A “Venados”?

El principal factor que determina la participación del cuidador primario es por lazos afectivos y el parentesco que se tiene con el paciente.

Por tratarse de una investigación exploratoria y transversal se considera haber cumplido con los objetivos planteados en la metodología, el alcance de las enfermedades crónico–degenerativas, es un campo amplio que posibilitan la realización de más investigaciones por el área de Trabajo Social.

Por último, algunas sugerencias a la institución:

- Que el trabajador social organice, promueva, difunda, con el equipo interdisciplinario un programa de apoyo social, con los pacientes y su cuidador primario con el objetivo de intercambiar experiencias e inquietudes respecto a la enfermedad y el trato hacia el enfermo.
- Incluir en el equipo multidisciplinario a un médico especialista en Psiquiatría para atender las necesidades del paciente, así como del cuidador primario con respecto al seguimiento del tratamiento.
- Incluir al servicio de diálisis a dos trabajadores sociales, esto es con el fin de llevar un control adecuado de pacientes y cuidadores primarios, debido a que un solo trabajador social no puede realizar todas las funciones, esto es por la cantidad de pacientes a los que debe de realizar visitas domiciliarias de primera vez y subsecuentes, estudios médicos sociales, notas de seguimiento, verificar vigencia de derechos, visita a pacientes en área de hospitalización y proporcionar orientación, información y capacitación a pacientes y cuidadores primarios.

Propuesta a la Institución

INTRODUCCIÓN

El resultado de este estudio concluyó en una propuesta de intervención encaminada hacia el cuidador primario y los familiares de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, cumpliendo con el último objetivo específico del proyecto de investigación.

Para la realización de la propuesta se retomó a Ander Egg (2005), el cual refiere al proyecto como: “un conjunto de procedimientos mediante los cuales introduce una serie de actividades y acciones para alcanzar determinados objetivos, capaces de satisfacer necesidades o resolver problemáticas”; del cual se desprenden las siguientes etapas:

- Investigación.
- Planeación.
- Ejecución.
- Evaluación.

Retomándose las dos primeras etapas para su realización, utilizándose para su desarrollo la técnica de Grupos Operativos, ya que es una técnica de enseñanza generando en el grupo aprendizajes autónomos de acuerdo a su conocimiento, integración, intereses comunes, objetivos comunes, conductas, roles, etc. que en ese momento tenga cada individuo, con el fin de mejorar sus relaciones interpersonales (Pichón, 1985).

Debido a que “cada individuo es portador de si mismo ligando la aprehensión de ciertos conocimientos con la experiencia vivida, implicando otra orden de formación y a la vez de respeto” (Baudes, 1991). Teniendo como propósito el aprendizaje, la comunicación y la toma de decisiones.

Para la descripción de las actividades en el siguiente proyecto se diseñaron cartas descriptivas (las cuales son una guía para orientar los recursos de un manera planeada, aunque flexible, hacia un rumbo determinado y con un método definido (Haro, 1994).

TITULO

“Programa para el fortalecimiento en la educación para la salud de cuidadores primarios y familiares de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica”

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto está elaborado a través de un análisis de las conclusiones de la investigación, se identificó que en dicha institución no cuenta con un Programa dirigido a los cuidadores primarios desde el Trabajo Social.

En México, como en la mayoría de los países los problemas de salud se derivan de diferentes ámbitos y la interacción del medio con el ser humano, donde las enfermedades crónico–degenerativas han tenido una incidencia significativa en los últimos 10 años, según la Fundación Mexicana del Riñón en el apartado de insuficiencia renal crónica (2011).

Las enfermedades crónicas son de larga duración, modificando las condiciones físicas del paciente y su entorno, por consecuencia debe ser asistido por un cuidador primario siendo la persona responsable de la atención y cuidado hacia el enfermo en sus actividades de la vida diaria.

Este programa pretende una estrategia de intervención para la rehabilitación integral del paciente y la reinserción a su entorno familiar, donde al tener más información sobre las enfermedades atendidas, la familia tendrá más recursos

para su manejo integral y lograr la sensibilización y conciencia de enfermedad tanto en el paciente como en los familiares.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Realizar sesiones informativas en caminadas hacia la prevención y orientación, con el fin de lograr la participación, concientización y organización del cuidador primario y familiares de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital General Zona 1-A “Venados”.

Objetivos Específicos

- Lograr con los cuidadores primarios y familiares el análisis de su realidad y del contexto que tienen con su paciente.
- Fortalecer las redes de apoyo en la familia para promover la intervención de los cuidados del paciente.
- Reforzar la importancia de la comunicación mediante sesiones informativas a cuidadores primario y familiares de pacientes.

METAS

- Convocar al 80% de los cuidadores primarios y familiares de pacientes con Insuficiencia Renal del Hospital General Zona 1-A “Venados” a la sesión informativa.
- Lograr que el 40% de los familiares convocados al taller informativo asista a las tres sesiones.
- Lograr que el 80% de los cuidadores primarios y familiares, se concientice con respecto a su realidad y el contexto que tiene con su paciente.
- Fortalecer en el 80% de los cuidadores primarios las redes de apoyo en la familia.

- Reforzar en el 80% de los cuidadores primarios y familiares la comunicación.

LÍMITES

Tiempo

El programa tendrá una duración de un mes, con una periodicidad de una sesión semanal, estas serán de 50 y 60 minutos de acuerdo al interés y participación de los cuidadores y familiares de pacientes con Insuficiencia Renal del Hospital General Zona 1-A “Venados” .

Espacio

El taller informativo se llevará a cabo en el aula del servicio de Diálisis del Hospital General Zona 1-A “Venados”.

Universo

Los sujetos de intervención son: cuidadores primarios y familiares de pacientes con Insuficiencia Renal del Hospital General Zona 1-A “Venados”.

ORGANIZACIÓN

Recursos Humanos

El Taller será coordinado por el Departamento de Trabajo Social del Hospital General Zona 1-A “Venados” o en su caso por:

- Trabajadora Social adscrita.
- Trabajadoras Sociales prestadoras de servicio social.

Recursos Materiales

- 40 sillas (según en función de la asistencia por sesión).
- Un pizarrón, marcadores y borrador para las notas del ponente.
- Retroproyector.

- Computadora portátil.
- Cañón.
- Hojas blancas y rotafolio.
- Lápices, colores y plumas.
- Gafetes.
- Lista de Asistencia.

Recursos Institucionales

El Departamento de Trabajo Social cubrirá los gastos correspondientes para la ejecución del programa.

Técnicas e Instrumentos

- Técnicas formales: Lluvia de ideas, plenaria, grupos pequeños, etc.
- Técnicas informales: Presentación, animación, etc.
- Notas e Informes.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se seguirá para la intervención del programa consistirá en:

1. Convocar a los cuidadores primarios y familiares de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General Zona 1-A “Venados” que se encuentran en el 2º piso del área de Diálisis.
2. La participación del cuidador primario y familiar será de manera voluntaria y anónima.
 - a. Inicio de exposición de la temática:
 - b. Encuadre y presentación.
 - c. Desarrollo de la temática.
 - d. Conclusión y evaluación.
3. Codificación de la información.
4. Diseño de una base de datos en Excel.

5. Captura de la información.
6. Interpretación y discusión de los resultados para mejora del programa.

TEMÁTICAS

La importancia de impartir sesiones informativas es en relación con la situación actual que viven los pacientes y sus familiares, dándole sentido a nuestra intervención y generar en los usuarios un significado.

Para ello se eligieron temas que se consideraron de interés e importancia en relación al proceso Salud-Enfermedad del familiar y el paciente.

Por lo tanto se implementaron tres temas:

- Ciclo vital de la Familia.
- Comunicación Familiar.
- Redes de apoyo.

Las cuales a partir de la técnica de grupos operativos buscan motivar, interrelacionar, despertar inquietudes y reforzar hábitos, quienes al descubrir sus potencialidades logran una mayor intervención en el bienestar de la familia y del paciente.

Cada uno de los temas se desarrollará a través de una sesión comprendiendo un lapso de 50 minutos aproximadamente.

SUPERVISIÓN

La supervisión del programa se llevará a cabo por parte de la Jefatura de Trabajo Social del Hospital General Zona 1-A "Venados", la cual se realizará en cada sesión.

EVALUACIÓN

La evaluación de este programa se desarrollará en dos momentos según Briones (1998):

- a) De acuerdo al tipo de evaluación, será al final: Se realizará al término del proyecto para determinar futuras acciones para mejorar la estructura del programa y las temáticas.
- b) Por su procedencia, será interna: Es decir, se evaluará el nivel de cumplimiento de los objetivos y metas por cada sesión.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Objetivo: Generar en los participantes que reconozcan la etapa del ciclo familiar que actualmente viven.

Tiempo	Actividad	Objetivo de la actividad	Técnica	Material	Bibliografía
20 min.	Presentación y encuadre.	Presentación del instructor y usuarios a través de una técnica la cual tiene como finalidad el conocer los nombres de los participantes.	Técnica informal de presentación: "La telaraña".	<ul style="list-style-type: none"> Estambre. Tarjetas. 	<ul style="list-style-type: none"> Alforja publicaciones de educación popular. <i>Dinámica de presentación</i>, Ed. Hvmánitas, Buenos Aires, 1988, Pág. 1.9. Estrada Inda Lauro. <i>El ciclo vital de la familia</i>, Ed., Grijalbo, México D.F.1997, pag.59
20min.	Concepto de familia, sus tipos y etapas del ciclo vital de la familia.	Que la familia conozca el concepto de familia y las etapas del ciclo vital de la familia.	Técnica Formal: "Lluvia de ideas".	<ul style="list-style-type: none"> Rotafolio. Marcador. Pizarrón. 	
10min	Evaluación y cierre de la sesión.	Hacer la reflexión de la temática a través de una técnica formal. Aplicación del instrumento de evaluación a los asistentes.	Técnica Formal: "Lluvia de ideas".	Instrumento de evaluación (ver anexo 2)	

Sesión no.1

Tema: Ciclo vital de la familia.

Para llevar a cabo la sesión se requiere un espacio amplio con sillas colocadas en círculo.

- La sesión dará inicio cuando se cuente con la asistencia de 8 a 10 personas.
- El instructor dará la bienvenida a los asistentes.
- Enseguida se dará a conocer a los asistentes el encuadre del taller, se explicará la importancia del ciclo vital de la familia y la técnica.
- Si no existen dudas proseguirá la sesión.

Ejercicio 1

Técnica: “La Telaraña”

La sesión se desarrollará de la siguiente manera:

- Se entrega a uno de los participantes el ovillo de hilo, el cual debe elegir una persona que conoce bien y lo presenta tirando la bola a esta persona.
- La persona que recibe el ovillo es quién a su vez, debe presentar a otro/a compañero/a de la misma manera.
- La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.
- Se analiza y reflexiona brevemente sobre la estructura de la telaraña (la unión hace la fuerza, todos unidos, comunicación, integración, etc.).
- Se debe devolver el ovillo a la persona respectiva, aprovechando, por ejemplo, para preguntar por las expectativas sobre el taller y otros datos personales.

Ejercicio 2

Para la definición del ciclo de vida, el instructor expondrá al grupo y guiará sobre la información que tiene con respecto a la temática de la familia retomándose a Estrada (1997):

Temática “La familia y sus tipos”

1.- La familia.

El núcleo básico de toda sociedad, el cual se encuentra formado por los padres y los hijos básicamente; entre sus integrantes existen lazos de afinidad, necesidades, parentesco que comparten y conviven bajo un mismo techo.

2.- Subsistemas de la familia.

1. El subsistema marital (Pareja).
2. El subsistema padres-hijos.
3. El subsistema hermanos.

4.-El Ciclo vital de la familia.

Una serie de funciones que pueden encontrarse dentro de un ambiente de salud y normalidad, o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología. Sus fases son:

I. *El desprendimiento*

Es cuando los hijos mayores deciden separarse del seno familiar, por lo regular para formar una nueva familia, aunque puede ser también con la única intención de vivir de manera independiente de sus padres, por lo regular ocurre cuando los hijos tienen los medios económicos para cubrir sus gastos, lo que implica tener un trabajo o actividad económica remunerada.

II. *El encuentro*

Es donde una pareja decide hacer vida en común, ya sea unido en matrimonio o bien en unión libre o concubinato para formar una nueva familia.

Lo más común y tradicional es que sea entre un hombre y una mujer aunque hoy en día es aceptable que sean dos personas del mismo sexo,

dependiendo de las costumbres, cultura o sociedad en la cual se desenvuelvan. Donde de mutuo conocimiento y convivencia muy estrecha, la pareja desea permanecer junta la mayor parte del tiempo, sin más responsabilidad que del uno para el otro. Es importante aprender, aceptar y respetar la necesidad de privacidad, tiempo y espacio del otro, sin que esto implique distanciamiento, falta de interés o alejamiento de la pareja.

III. Los hijos

Después de uno o más años de convivencia entre la pareja suelen llegar los hijos, donde hay readaptación y cambios, surgen nuevas responsabilidades de ambos miembros hacia el nuevo ser, en ocasiones surgen malos entendidos entre la pareja o situaciones problemáticas, debido a que tienen que compartir todo (cariño, atención y cuidados, tiempo) con los hijos, es importante la buena comunicación para resolver todas estas situaciones, tomar acuerdos y poder seguir adelante en su relación.

IV. Adolescencia

Es una etapa en la que se manifiestan cambios corporales, hormonales y emocionales, de roles y expectativas, en ocasiones los jóvenes se aíslan para encontrar el equilibrio entre estos cambios, en otras se sienten incomprendidos o rechazados al no identificarse como niños ni adultos, sin embargo es importante que no lleven su soledad al extremo y compartan sus sentimientos con amigos además de sentirse amados y apoyados por su familia.

V. El re-encuentro o nido vacío

Es donde los hijos han alcanzado la madurez y deciden salir del hogar de sus padres, ya sea para formar una nueva familia o bien para realizarse como personas independientes.

Es importante tener en cuenta que esta separación no es definitiva y tajante ya que la relación y el amor entre padres e hijos aunque sea más distante perdurarán toda la vida.

Aquí la pareja vuelve a quedar sola en el hogar, la relación de la pareja dependerá de cómo se hayan vivido las etapas anteriores, las atenciones nuevamente vuelven a ser solo entre ambos, se dice que puede ser como una segunda luna de miel para la pareja, ahora los padres se hacen abuelos con mucha frecuencia.

IV. Vejez

Es llamado el último ciclo de la vida familiar, por lo regular cambian los roles y las actividades acostumbradas, las personas están en la edad de jubilarse en sus trabajos, esta situación puede causar depresión, por lo que es importante buscar y realizar nuevas actividades, acordes a las facultades físicas de cada persona, así como conservar las relaciones familiares y sociales, también tener mayor cuidado por la salud, debido a que en esta edad se es más susceptible a las enfermedades.

Para concluir la sesión, se hará un breve recuento del tema a través de la técnica de lluvia de ideas con el fin de disipar las dudas surgidas durante la sesión, por último se aplicará el instrumento de evaluación. (Ver anexo 2).

Comunicación Familiar.

Objetivo: Fortalecer la comunicación en el entorno familiar del Cuidador Primario.

Tiempo	Actividad	Objetivo de la actividad	Técnica	Material	Bibliografía
20min.	Presentación y encuadre.	Presentación del instructor y usuarios a través de una técnica la cual tiene como finalidad el conocer los nombres de los participantes.	“Presentación por parejas”.		<ul style="list-style-type: none"> Alforja publicaciones de educación popular. <i>Dinámica de presentación</i>, Ed. Hvmantitas, Buenos Aires, 1988, 11 pp. Acevedo Ibáñez Alejandro. <i>Aprender jugando tomo I</i>, Ed. Limusa, México, 1991, 81 pp.
20min.	Aplicación de Técnica.	Observar la distorsión de la información desde su fuente original hasta su destino final.	“Teléfono Descompuesto”.	Frase referente a la comunicación familiar.	<ul style="list-style-type: none"> Bruna Zaní. <i>La comunicación como proceso social</i>. Ed. Grijalbo, México, 1990, 290 pp. Toussaint Florence. <i>Crítica de la información de masas</i>, Ed. Trillas, México, 1983, 94 pp.
10min.	Aplicación del instrumento de evaluación y cierre.	Hacer la reflexión de la temática a través de una técnica formal. Aplicación del instrumento de evaluación a los asistentes.	Técnica Formal: “Lluvia de ideas”.	Instrumento de evaluación (ver anexo 2).	<ul style="list-style-type: none"> De Moragas Spá Miquel. <i>Teorías de la comunicación</i>, Ed. G. Gili, México, 1993, 325 pp. Andión Gamboa Eduardo. <i>Pierre Bourdieu y la comunicación social</i>, Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1999, 155 pp.

Sesión no.2

Tema: Comunicación Familiar.

Para llevar a cabo la sesión se requiere un espacio amplio con sillas colocadas en círculo.

- La sesión dará inicio cuando se cuente con la asistencia de 8 a 10 personas.
- El instructor dará la bienvenida a los asistentes.
- La primera actividad será la presentación del grupo.
- Enseguida se dará a conocer a los asistentes el encuadre del taller, se explicará la importancia de la Comunicación Familiar.
- Si no existen dudas proseguirá la sesión.

Ejercicio 1

La sesión iniciará con la técnica de presentación por parejas.

- Se les indica a los participantes que elijan una persona para trabajar en parejas (preferentemente un desconocido y del sexo opuesto).
- Los participantes se ubican cada uno con su pareja y durante cinco minutos, comentándose nombre, edad, estado civil, tiempo que llevan al cuidado de su paciente, como es la comunicación con su paciente, etc.
- Cuando finaliza la charla sobre sus vidas se hace un círculo y cada uno deberá presentar al grupo lo que su pareja le contó.

Esto es con finalidad de lograr la comunicación, confianza y conocimiento de los miembros del grupo sobre sus vidas.

Ejercicio 2

Para la comunicación familiar se realizará la técnica del teléfono descompuesto de acuerdo a Acevedo (1991):

- El instructor puede grabar para reproducir la experiencia e indicar la distorsión de la comunicación. Debe llevar un pequeño mensaje escrito, el cual puede ser el siguiente tipo:
"Juan le dijo a Jaime que mañana tenía una invitación con la novia del hermano de José, y que si quería ir le hablara a Jacinto para que lo apuntara en la lista que tiene Jerónimo".
- De acuerdo al número de asistentes se solicita a seis voluntarios de los cuales cinco de ellos salen del salón.
- Se lee el mensaje al primer voluntario y se le pide al segundo voluntario que regrese al salón.
- El primer voluntario dice al segundo voluntario lo que le fue dicho por el instructor sin ayuda de los observadores.
- Se pide al tercer voluntario que regrese al salón. El segundo voluntario le transmite el mensaje que recibió del primer voluntario.
- Se repite todo el proceso hasta que el sexto voluntario reciba el mensaje, el cual debe ser escrito en el pizarrón para que el grupo entero pueda leerlo.
- A su vez, el instructor escribe el mensaje original y se comparan.
- Se discute acerca del ejercicio; se les pide a los observadores un pequeño reporte sobre las reacciones de los participantes.
- El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida específicamente en la comunicación familiar.

Para concluir la sesión, se hará un breve recuento del tema a través de la técnica de lluvia de ideas con el fin de disipar las dudas surgidas durante la sesión, por último se aplicará el instrumento de evaluación. (Ver anexo 2).

Redes de Apoyo.

Objetivo: Identificar las principales redes de apoyo del paciente y fortalecerlas.

Tiempo	Actividad	Objetivo de la actividad	Técnica	Material	Bibliografía
10 min.	<p>Presentación grupal. Reflexión sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando tienes ganas de divertirse ¿a quién llamas? • ¿A quién acudimos cuando hay un problema? • ¿A quién acudimos para llorar y desahogarnos? • ¿Para obtener recursos económicos con quien acudes? 	<p>Conocer los nombres de los participantes, generando un clima de confianza, y evaluar la percepción que tienen respecto a las redes de apoyo a través de preguntas reflexivas.</p>	<p>Técnica de presentación de los colores.</p>	<p>Tarjetas de cartulina de 5 colores diferentes. Marcadores uno por cada participante. Masking tape. Pliego de cartulina o papel sábana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adler Lomnitz, Larissa. <i>Redes Sociales, Cultura y Poder, ensayos de antropología latinoamericana</i>. Ed. FLACSO México, 1994, p. 374. • Ander Egg- Ezequiel, <i>Diccionario de Trabajo Social</i>. Ed. LUMEN, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 351. • Castellanos Beatriz, Maris Colombo, Di Carlo Enrique, Mallo Lilian, Sanicola Rosalía, Taucar Nada, <i>La perspectiva de Redes Naturales: un modelo de Trabajo para el Servicio Social</i>. Ed. Lumen Humanitas, Buenos Aires, 1998, p.197. • Dabas Elina, Nora. <i>Red de redes, las prácticas de la intervención en redes sociales</i>, Ed. Paidós, Argentina, 1993, 175 p. • Gil, Jorge y Samuel Schmidt. <i>Análisis de redes. Aplicaciones a las ciencias sociales</i>. IIMAS-UNAM, México, 2002. • Pasut Marta, Ferreyra Horacio. <i>Técnicas grupales, elementos para el aula flexible</i>. Ed. Ediciones Novedades Educativas de México, S.A. de C.V., Argentina, 1998. • Sluzki, Carlos E. <i>La Red Social: Frontera de la práctica sistémica</i>. Ed. Gedisa, S.A., Barcelona, España, 1998, 162 pág. • Vargas Vargas Laura, Bustillos de Núñez Graciela, CEDEPO, <i>Técnicas participativas para la educación popular</i>, 3ª ed., Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1989.
20 min.	<p>Redes de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Tipos de Redes de apoyo. 	<p>Conocer los tipos de redes que existen en la sociedad.</p>	<p>Invitar a los asistentes a colocar en el orden señalado previamente (en círculo) los muñecos, de forma tal que conformen tres círculos (1.familia, 2. amigos, 3. profesionistas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muñecos (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, profesionistas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gil, Jorge y Samuel Schmidt. <i>Análisis de redes. Aplicaciones a las ciencias sociales</i>. IIMAS-UNAM, México, 2002. • Pasut Marta, Ferreyra Horacio. <i>Técnicas grupales, elementos para el aula flexible</i>. Ed. Ediciones Novedades Educativas de México, S.A. de C.V., Argentina, 1998. • Sluzki, Carlos E. <i>La Red Social: Frontera de la práctica sistémica</i>. Ed. Gedisa, S.A., Barcelona, España, 1998, 162 pág. • Vargas Vargas Laura, Bustillos de Núñez Graciela, CEDEPO, <i>Técnicas participativas para la educación popular</i>, 3ª ed., Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1989.
10 min.	<p>Aplicación del instrumento de evaluación y cierre.</p>	<p>Hacer la reflexión de la temática a través de una técnica formal.</p> <p>Aplicación del instrumento de evaluación a los asistentes.</p>	<p>Técnica Formal: "Lluvia de ideas".</p>	<p>Instrumento de evaluación (ver anexo 2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sluzki, Carlos E. <i>La Red Social: Frontera de la práctica sistémica</i>. Ed. Gedisa, S.A., Barcelona, España, 1998, 162 pág. • Vargas Vargas Laura, Bustillos de Núñez Graciela, CEDEPO, <i>Técnicas participativas para la educación popular</i>, 3ª ed., Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1989.

Sesión no.3

Tema: Redes de Apoyo

Para llevar a cabo la sesión se requiere un espacio amplio con sillas colocadas en círculo.

- La sesión dará inicio cuando se cuente con la asistencia de 8 a 10 personas.
- El instructor dará la bienvenida a los asistentes.
- La primera actividad será la presentación del grupo.
- Enseguida se dará a conocer a los asistentes el encuadre del taller, se explicará la importancia de Redes de Apoyo.
- Si no existen dudas proseguirá la sesión.
- Se plantearán las siguientes preguntas de reflexión, las cuales se comentarán al finalizar la técnica de presentación.
 - Cuando tienes ganas de divertirte ¿a quién llamas?
 - ¿A quién acudimos cuando hay un problema?
 - ¿A quién acudimos para llorar y desahogarnos?
 - ¿Para obtener recursos económicos con quien acudes?

Ejercicio 1

Técnica: “Los Colores”

La sesión se desarrollará de la siguiente manera:

- Los participantes reciben un rectángulo de cartulina de color diferente en la que escribe su nombre.
- Cada participante pega su cartulina con su nombre en un lugar visible.
- Al iniciar el taller, el instructor solicita a los participantes que se reúnan por colores.
- Los integrantes de cada grupo se presentan entre ellos, opinan lo que esperan del taller y comentan alguna cualidad característica de cada uno.

- A modo de presentación, en un papel escriben una oración que rime con cada nombre de los participantes.
- Por último se lee la rima y presenta a los integrantes del grupo.

Ejercicio 2

El instructor explicará lo que es una red de apoyo, tipos y clasificaciones, con ayuda de un rotafolio de acuerdo a Dabas (1993).

Definición

Las redes de apoyo son un espacio de diálogo y coordinación en el cual se encuentran personas que se conocen entre sí como la familia, amigos, vecinos, organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas en función de un objetivo común. Los miembros de la red participan como iguales de manera voluntaria en el intercambio de información, servicios, recursos y saberes y en el desarrollo de actividades pertinentes a los objetivos de la red.

Tipos de redes de apoyo

Las redes sociales primarias son conjuntos de personas que se conocen entre sí unidas por vínculos de familias, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio. Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva-positiva o negativa más que por su carácter funcional.

La naturaleza de las relaciones que se dan en su interior está basada en la reciprocidad, mediata o inmediata y casi nunca son ni simétricas ni equivalentes en intensidad y contenidos.

Las redes sociales secundarias: son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio, hospital, juzgado, etc.) que se les reconoce

socialmente como propias. Quienes las integran cumplen roles predeterminados y los intercambios que en ellas se concretan están fundados en el derecho o en el dinero.

Este espacio concreto, al que denominamos vida cotidiana, nos muestra una interacción y un pasaje constante de las personas a través de los tipos de redes, constituyendo este entramado de personas en relación una configuración como tal.

Se trata de un espacio de intersección al que damos el nombre de redes naturales. Las consideramos la expresión de los mecanismos puestos en marcha por las personas para satisfacer sus necesidades de todo tipo, condicionadas en su construcción y acceso por factores estructurales y no sólo producto del deseo y disponibilidad de los sujetos que las componen.

Las redes naturales son entonces, la expresión de los modos históricos, socioeconómicos y culturales, puestos en marcha por las personas para la consecución de su proyecto de vida.

Clasificación:

- 1) *Naturales*: Familia, amigos, compañeros de trabajo, de estudio, etc.
- 2) *Organizadas*: Grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional.

Las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y tienen mejor salud física y mental que aquellos que no las tienen. El crecimiento cualitativo y cuantitativo de las redes sociales, tanto las naturales como las organizadas, que existen en el entorno del paciente les aportará en definitiva, mayores niveles de calidad de vida. Las redes de apoyo social tienen un papel fundamental, para la persona y su entorno, frente a la situación que crea el diagnóstico de una enfermedad crónica.

3) Redes familiares

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. Cuando un miembro de ésta pierde total o parcialmente sus capacidades de auto cuidado, entendiendo por éstas, las acciones que la persona lleva a cabo para mantener su vida, salud y bienestar, o para adaptarse a las limitaciones que, en ocasiones, derivan de una enfermedad, va a precisar la ayuda, en primer lugar de las personas más cercanas. Estas constituyen la llamada red informal, en la que la familia es el cuidador principal y cuya atención va a determinar las condiciones y calidad de vida del sujeto. Bien es cierto que el apoyo y el estrés están siempre presentes en todas las familias, la afirmación del equilibrio entre estos dos polos será fundamental para afrontar la situación de desequilibrio que en mayor o menor intensidad, causa el diagnóstico de una enfermedad crónica a uno de sus miembros. Ante esta realidad y la evidencia, del beneficio de estos cuidadores.

4) Atributos estructurales, funcionales y vinculares.

En tanto entidades complejas y cambiantes, podemos reconocer a las redes naturales una morfología que las distingue. Las formas que adquieren, las necesidades que satisfacen y el espacio interactivo que generan, se expresan en formas peculiares, que nos permite reconocer el diseño que adquieren, su origen, su evolución, y las modificaciones que experimentan. Esta morfología de las redes se hace visible a través de los atributos estructurales, funcionales y vinculares.

Para concluir la sesión, se hará un breve recuento del tema a través de la técnica de lluvia de ideas con el fin de disipar las dudas surgidas durante la sesión, por último se aplicará el instrumento de evaluación. (Ver anexo 2).

Glosario

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Atención al Paciente	Su finalidad es orientar a pacientes y familiares sobre temas relacionados con la asistencia y funcionamiento del Hospital.
Cuidador Primario	Es la persona que no pertenece a ninguna institución sanitaria ni social y que cuida a personas no autónomas que viven en su domicilio, no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia el cuidado del paciente, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios, brindada por familiares, amigos y vecinos.
Depuración renal de creatinina	Prueba que indica la cantidad de plasma que libera de creatinina el riñón, en unidad de tiempo (ml/min), ajustada a superficie corporal.
Diálisis peritoneal	Procedimiento terapéutico especializado que utiliza como principio físico-químico la ósmosis, difusión y convección del agua y solutos entre la sangre y el líquido peritoneal, a través de la membrana peritoneal; se emplea en el tratamiento de la insuficiencia renal y otras patologías, utilizando aditamentos y equipo adecuados.
Diálisis peritoneal continua ambulatoria	Procedimiento terapéutico de diálisis peritoneal que realiza el paciente o su familiar en forma manual en su domicilio.
Dializador	Insumo con diferentes tipos de membrana artificial semipermeable biocompatible con variabilidad en superficie y capacidad de ultrafiltración.
DPCA	Diálisis peritoneal continua ambulatoria.
Factor	Elemento, causa o concausa que, unido a otras, participa en el desarrollo o la constitución de un fenómeno, o contribuye a causar un efecto
Función	El sentido que se le da al término hace referencia al papel o rol que desempeñan los individuos dentro del sistema al que forman parte.
Histológicas	Es el estudio de las alteraciones que se producen a nivel microscópico durante los procesos de la enfermedad.

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Instituto Mexicano del Seguro Social	Es una institución gubernamental, autónoma y tripartita (Estado, Patrones y Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al instituto, llamada entonces asegurado o derechohabiente.
Insuficiencia renal crónica	Pérdida de la función renal generalmente lenta y progresiva, irreversible, de origen multifactorial.
Osmosis	Proceso por el que las células disueltas en un líquido atraviesan una membrana en dirección a la disolución menos saturada.
Paciente	Es una persona que sufre dolor o malestar por los que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud.
Pérdida de cavidad peritoneal	Incapacidad funcional y/ o estructural del peritoneo para efectuar la diálisis.
Perfil	Es el conjunto de características demográficas, sociales y culturales que se han identificado como constantes en las personas que cuidan a largo plazo de un enfermo dependiente.
Problemática	Serie ordenada o sistemática de problemas planteados en un dominio particular de la ciencia o de la realidad.
Riñones	Son dos órganos situados en la parte inferior de la espalda, uno a cada lado de la columna vertebral, con forma de haba o frijol.
Tratamiento	Es el acto o proceso tendiente a solucionar los problemas del necesitado, mediante el cambio de sus actitudes y situaciones así como con el uso de recursos que él, su grupo y su comunidad poseen, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento.
Uréteres	Son dos tubos flexibles del tamaño de un popote. Se encuentran unidos al riñón. Son el conducto por el cuál drena la orina hacia la vejiga.
Uretra	Es la parte final del sistema urinario, está conectada a la vejiga. Su función es sacar la orina al exterior.

CONCEPTO

DEFINICIÓN

Vejiga

Es como una bolsa que recolecta la orina producida por los riñones, tiene la capacidad de expandirse según la cantidad de orina contenida.

Referencias

- Acevedo A. (1991) *Aprender jugando tomo I*. Ed. Limusa, México.
- Adler L. (1994). *Redes Sociales, Cultura y Poder, ensayos de antropología latinoamericana*. México: FLACSO.
- Alforja publicaciones de educación popular (1988). *Dinámica de presentación*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Ander Egg E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: LUMEN.
- Ander Egg, E. (2005). *Cómo elaborar un proyecto; guía para elaborar proyectos sociales y culturales*. México: El Ateneo S.A. de C.V.
- Andión E. (1999). *Pierre Bourdieu y la comunicación social*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Armstrong, P., & Armstrong, H. (2001). *“Thinking it Through: Women, work and caring in the New Millennium”*. Canada: Healthy Balance Research Program. Recuperado el 10 de septiembre de 2011, de <http://www.acewh.dal.ca/eng/reports/Thinking-It-Through-web.pdf>
- Baudes, M. (1991). *La intervención en grupos*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Briones, G. (1998), *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales* (3ª ed). México, Trillas.
- Bruna Z. (1990). *La comunicación como proceso social*. México: Grijalbo.
- Carretero, S., Garcés, J. & Ródenas, F. (2005). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuesta de intervenciones psicossocial*. Qué se recupero el 10 de Septiembre de 2011, de <http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>.
- Castellanos B., Maris C., & otros. (1998). *La perspectiva de Redes Naturales: un modelo de Trabajo para el Servicio Social*. Buenos Aires, Argentina: Lumen Humanitas.
- Centeno, S. C. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. España: Formación Alcalá.
- Dabas N. (1993). *Red de redes, las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Todd, S. I. (2008.). *Manual de diálisis*. (C. J. Ballarín, Trad.) España: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- De Moragas M. (1993). *Teorías de la comunicación*. México: G. Gili.
- Estrada, L. I. (1997). *El Ciclo Vital de la Familia*. México, D.F.: Grijalbo.
- Fernández, O. M. A. (2004). *Apartado* "El impacto de la enfermedad en la familia". *Fac. Med. UNAM Vol. 47 No. & Noviembre-Diciembre, 2004*. Qué se recupero el 27 de Enero de 2012, de <http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/medicinafamiliar/ImpactodelaEnfermedad.pdf>.
- Fundación Mexicana del Riñón. (2011). *Apartado ERC*. Recuperado el 23 de mayo de 2011, de <http://www.fundrenal.org.mx/quees.html>
- Gil, J., Schmidt S., (2002). *Análisis de redes. Aplicaciones a las ciencias sociales*. México: IIMAS-UNAM.
- Haro, F. J., (1994) *Cartas Descriptivas: ¿para qué?*. Recuperado el 16 de febrero de 2012 de http://portal.iteso.mx/portal/page/portal/Sinectica/Historico/Numeros_antteriores01/004
- Hernández, S. R., & otros. (2008). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernando & Millan (2002). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 22 de Octubre de 2011, de ACERCA DE LA SALUD - ENFERMEDAD: http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/avre/5diag_comprendiendo.htm
- Hernando, L. A. (2009). *Nefrología clínica*. México: Médica Panamericana.
- IMSS (2002). *Guía de apoyo técnico para Trabajo Social en Unidades Médicas*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (2004a). *Criterios Técnico Médicos para el Tratamiento Dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (2004b). *Criterios Técnico Médicos para el Tratamiento Dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal, Apéndice F al Apéndice E*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (2004c). *Guía para familiares y pacientes con insuficiencia renal crónica y que ameritan de tratamiento de diálisis*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

- IMSS (2007). *Programa de Trabajo del Servicio de Trabajo Social: Apartado Diagnóstico Situacional*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (2009). *Programa de Medicina Interna: Apartado Diagnóstico Situacional*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS (2010a) Recuperado el 14 de Septiembre de 2011, de <http://www.imss.gob.mx/instituto>
- IMSS (2010b). Recuperado el 14 de Septiembre de 2011, de Directorio del H.G.Z. 1 "Venados":
http://www.imss.gob.mx/Delegaciones/DFSur/EIIMSSen/Directorios/direc_hgz1.htm
- IMSS (2011). *Manual de Procedimientos para la intervención de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (2006). *Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC*. Recuperado el 10 de Junio de 2011, de Volumen 19. Número 4:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a6.pdf>
- Kisnerman, N. (1981). *Salud Pública y Trabajo Social*. Argentina: Humanitas.
- López, C. M. (2010). *Enfermedad Renal Crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México*. Recuperado el 27 de Enero de 2012, de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/ERC-4may.pdf>
- Mcphee, S. J., Lingappa, V. R., Ganong, W. F., & Lange, J. D. (2001). *Fisiopatología médica: Una introducción a la medicina clínica*. México: El Manual Moderno.
- Namakforoosh, M. (2000). *Metodología de la investigación* (2ª. ed.). México: Limusa.
- OMS. (2011). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de septiembre de 2011, de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Pasut M., Ferreyra H. (1998). *Técnicas grupales, elementos para el aula flexible*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Novedades Educativas de México, S.A. de C.V.
- Pichón, E. (1985). *El proceso grupal; del psicoanálisis a la psicología social*. Argentina: Nueva Visión.
- PISA (s/f.). *Manual del paciente de Diálisis Peritoneal*. México: Farmacéutica PISA.

- Quintero, Á. M. (1997). *Trabajo Social y Procesos Familiar*. Buenos Aires Argentina: Lumen/Humanitas.
- Ramos, D. B. (2006). *Emergencia del cuidador informal como sistema de salud*. México: FES ZARAGOZA-UNAM.
- Secretaria de Salud (2000). *Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Apartado "Estadística de Egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Salud: 2000". "Cuadro 1 y 2". Salud Pública de México / vol.44. no.2, marzo-abril de 2002*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2011, de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2002/442_12estadisticas%20de%20egresos%20hospitalarios.pdf
- Sluzki, C. (1998). *La Red Social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, España: Gedisa, S.A.
- Sola (2011). *La Crónica*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2011, de http://www.cronica.com.mx/celular/nota.php?id_nota=604787
- Soriano, C. S. (2004). *Apartado "Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica". Nefrología. Volumen 24. Suplemento N° 6*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2011, de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E237/P7-E237-S141-A3100.pdf>
- Torres, F. I., Beltrán, G. f., & otros. (2006). *La ciencia y el hombre. Cuidar a un enfermo ¿pesa?* Recuperado el 10 de Junio de 2011, de <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html>
- Toussaint F. (1983). *Crítica de la información de masas*. México: Trillas.
- Vargas L., Bustillos G., CEDEPO (1989). *Técnicas participativas para la educación popular* (3ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Humanitas.

Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
CUESTIONARIO



Objetivo: El presente cuestionario, tiene la finalidad de conocer las características del cuidador primario en pacientes con insuficiencia renal crónica en el programa de D.P.C.A. en el Hospital General Zona 1-A “Venados”.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y marque con una **X** la opción que más se acerca a su forma de vida.

DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRIMARIO

1.-Edad.

- | | | | | |
|------------|------------|------------|---------------|------------|
| a) 16 – 20 | b) 21 – 25 | c) 26 – 30 | d) 31 – 35 | e) 36 – 40 |
| f) 41 – 45 | g) 46 – 50 | h) 51 – 55 | i) 56 – o mas | |

Colonia: _____

2.-Sexo.

- a) Femenino b) Masculino

3.-Parentesco con el enfermo.

- | | | | | |
|-------------|----------------|------------|-----------|----------------|
| a) Padres | b) Hermano (a) | c) Hijos | d) Esposa | e) Tíos |
| f) Sobrinos | g) Primos | h) suegros | i) Nueras | j) Otros _____ |

4.-Estado civil.

- a) Soltero b) Casado

5.- Escolaridad.

- | | | | | |
|-----------------|-------------------------|--------------|---------------|-----------------|
| a) Analfabeta | b) Sabe leer y escribir | c) Primaria | d) Secundaria | e) Preparatoria |
| f) Licenciatura | g) Maestría | h) Doctorado | | Bachillerato |

6.- Ocupación

7.- Religión que profesa.

- | | | | | |
|-------------|--------------|----------------------|-----------|---------|
| a) Católica | b) Cristiana | c) Testigo de Jehová | d) Mormón | e) Otra |
|-------------|--------------|----------------------|-----------|---------|

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO

8.- Mencione 3 características que debe tener un buen cuidador.

1. _____
2. _____
3. _____

9.- ¿Usted es el principal cuidador?

- a) Si b) No

10.- ¿Usted decidió ser cuidador primario?

- a) Si b) No

11.-En caso de que su respuesta sea **no**. ¿Quién lo decidió?

- a) Familiares b) El paciente c)Otros _____

12.- Principal motivo por el cual es usted el cuidador.

- a) Lazos afectivos b) Motivación económica c) Por obligación

13.- ¿Usted habita en el mismo domicilio que el enfermo?

- a) Si b) No

14.- En caso de que su respuesta sea **no** especifique el motivo.

15.- Tiempo que invierte al día en el cuidado del paciente.

- a) 0 – 8 hrs b) 9 – 16 hrs c) 16 – 24 hrs

16.-¿Cuántos integrantes de la familia que habitan en el mismo domicilio participan en el cuidado del enfermo? (**No incluir al cuidador**)

- a) Ninguno b) 1 - 3 c) 2 – 6 d) Más de 7

17.- ¿Usted como cuidador recibe apoyo de los integrantes de su familia para cuidado del enfermo?

- a) Si b) No

18.- ¿De qué tipo?

- a) Económico b) Afectivo / Emocional c) De tiempo

19.- ¿A partir del diagnóstico de su enfermo, se ha modificado su dinámica familiar?

- a) Si b) No

20.- ¿Qué actividades de la vida cotidiana ha modificado al iniciarse como cuidador?

- a) Escolares b) Laborales c) Recreativas d) Otros

21.- ¿Quién es el titular del servicio médico con el que está asegurado el enfermo?

- a) Paciente b) Padres c) Hermanos d) Hijos e) Esposo (a)

22.- Cantidad aproximada de dinero que invierte en el cuidado del enfermo.

- a) 0 a 1 SMN b) 2 a 3 SMN c) 4 A 5 SMN d) más de 6 SMN

23.- ¿En qué rubro invierte mayor gasto?

- a) Alimentación b) Medicamento c) Tratamiento

24.- ¿Quién contribuye a los gastos del tratamiento del enfermo?

- a) Cuidador b) Padres c) Hermano (a) d) Hijos e) Esposa
f) Tíos g) Sobrinos h) Primos i) Suegros j) Nuera (o)

25.- ¿Recibió alguna capacitación para ser cuidador?

- a) Si b) No ¿Dónde? _____

26.- Sabe usted las condiciones higiénicas que debe tener en el domicilio para realizar la técnica de diálisis.

- a) Si b) No

27.- ¿Cuántas visitas domiciliarias ha tenido por parte del trabajador social en el mes?

- a) 0 a 1 b) 2 a 3 c) 4 A 5 d) más de 6

28.- ¿Trabajo Social ha participado con usted?

- a) Si b) No

29.- ¿De que manera?

- a) Información / orientación b) Apoyo moral c) Pláticas o talleres

30.- ¿Recibe apoyo por parte del equipo médico?

- a) Si b) No

31.- ¿De qué tipo?

- a) Información / orientación b) Tratamiento Médico c) Otra _____

DATOS DEL PACIENTE

32.- Edad.

- a) 16 – 20 b) 21 – 25 c) 26 – 30 d) 31 – 35 e) 36 – 40
f) 41 – 45 g) 45 – 50 h) 51 – 55 i) 56 – o mas

33.- Sexo.

- a) Femenino b) Masculino

34.-Estado civil.

- a) Soltero b) Casado

35.- Escolaridad.

- a) Analfabeta b) Sabe leer y escribir c) Primaria d) Secundaria e) Preparatoria
f) Licenciatura g) Maestría h) Doctorado Bachillerato

36.- Ocupación.

37.- ¿Cómo es el trato del equipo multidisciplinario?

- a) Bueno b) Regular c) Malo

Comentarios.

Observaciones.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A
Trabajo Social



Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas conteste de acuerdo a la información del taller impartido. En caso de que la persona no sepa leer, el Trabajador Social llenará el formato.

1.-Edad _____

2.-Sexo

- a) Femenino b) Masculino

3.-Parentesco con el enfermo.

- a) Padres b) Hermano (a) c) Hijos d) Esposa e) Otros _____

4.-Estado civil

- a) Soltero b) Casado

5.- Escolaridad

- a) Analfabeta b) Sabe leer y escribir c) Primaria d) Secundaria e) Preparatoria
Bachillerato

- f) Licenciatura g) Maestría h) Doctorado

6.- Ocupación

7.- ¿Qué opinión tiene sobre el tema expuesto?

- a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo

8.- ¿Le agrado el tema expuesto?

- a) Si b) No

9.-¿Qué fue lo que más le agrado o no fue de su agrado de lo expuesto?

10.- Opinión o sugerencias sobre los temas que le interesaría hablar.
