



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR #23**

TITULO

**FACTORES ASOCIADOS AL RECHAZO DE DIÁLISIS
PERITONEAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 EN
INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL Y SU RELACIÓN CON EL
APOYO SOCIAL EN EL HGZMF23 IMSS, CHIHUAHUA, AÑO 2014**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ANGELICA DAVILA RAMIREZ

ASESORES

**DR. MIGUEL ÁNGEL TREVIZO ARIKADO
DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ ORTEGA
DR. RENE ALBERTO GAMEROS GARDEA**

HIDALGO DEL PARRAL, CHIHUAHUA, 17 SEPTIEMBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 17/10/2013

DRA. ANGÉLICA DÁVILA RAMÍREZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Factores asociados al rechazo de Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en Insuficiencia Renal Terminal y su relación con el apoyo social en el HGZMF23 IMSS, Chihuahua, año 2014

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2013-802-40

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR BENJAMÍN HINOJOSA HERNANDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

**FACTORES ASOCIADOS AL RECHAZO DE DIÁLISIS
PERITONEAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 EN
INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL Y SU RELACIÓN CON EL
APOYO SOCIAL EN EL HGZMF23 IMSS, CHIHUAHUA, AÑO 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ANGELICA DAVILA RAMIREZ

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSE MAZÓN RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNADEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**FACTORES ASOCIADOS AL RECHAZO DE DIÁLISIS
PERITONEAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 EN
INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL Y SU RELACIÓN CON EL
APOYO SOCIAL EN EL HGZMF23 IMSS, CHIHUAHUA, AÑO 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ANGELICA DAVILA RAMIREZ

AUTORIZACIONES

DR. RENE ALBERTO GAMEROS GARDEA
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTATAL
CHIHUAHUA, CHIH.

DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ ORTEGA
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
H.G.Z. C/MF 23
PARRAL, CHIHUAHUA

**FACTORES ASOCIADOS AL RECHAZO DE DIÁLISIS
PERITONEAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 EN
INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL Y SU RELACIÓN CON EL
APOYO SOCIAL EN EL HGZMF23 IMSS, CHIHUAHUA, AÑO 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ANGELICA DAVILA RAMIREZ

AUTORIZACIONES

DRA. MARIA TERESA BADILLO MONTES

**TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERAL DEL IMSS, H.G.Z. C/MF 23
PARRAL, CHIHUAHUA**

DR. MIGUEL ÁNGEL TREVIZO ARIKADO

**ASESOR DE TEMA
MÉDICO INTERNISTA, H.G.Z. C/MF 23.
PARRAL, CHIHUAHUA.**

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

En el presente trabajo de Tesis primeramente quiero agradecer a **Dios** por haberme permitido llegar a otra meta más fijada en mi sendero. Le agradezco haber sido la guía en mi camino en otra etapa de mi vida, una etapa llena de satisfacciones y logros ya que me dió la fuerza para permanecer de pie cuando los vientos eran fuertes y debilitaban mis piernas para seguir caminando. No fue fácil, pero la mano de Dios me llevo a lo largo de este camino hasta terminar mi **ESPECIALIDAD**.

A mi Madre **LETICIA RAMIREZ** por apoyarme en cada momento y decisión tomada, por sus consejos, pero en especial por su gran ejemplo de nunca dejarse caer por más vencida que me sienta.

A mi Padre **JUAN DAVILA** porque fué un hombre fuerte, valiente y persistente ante la peor de las circunstancias, un gran ejemplo de vida a seguir, con esto, el me enseñó que hay que luchar hasta el final, siempre con la frente en alto y mirando hacia adelante.

A mis Hijas **MARIANA Y LETY** por su comprensión, por su paciencia y por sacrificar el tiempo que compartía con ellas para dedicarlo a tener una superación profesional.

A mi hermana **KARINA DAVILA** por haber estado a mi lado en el trayecto de este camino apoyándome en todo momento, por tener siempre palabras de aliento, por darme su hombro como apoyo cuando más lo necesité.

También quiero agradecer a mi maestra coordinadora Dra. María Teresa Badillo Montes por su apoyo y enseñanzas compartidas durante todo este tiempo. A mis maestros asesores Dr. Miguel Ángel Trevizo, Dr. Miguel Ángel Ramírez y Dr. Rene Gameros por haber aportado de sus conocimientos para mi formación.

Son muchas las personas que han estado a lo largo de este camino de formación profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo y compañía en los momentos difíciles. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte esta aventura, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 23**



Factores asociados al rechazo de Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en Insuficiencia Renal Terminal y su relación con el apoyo social en el HGZMF23 IMSS, Chihuahua, año 2014

ASESOR DE TEMA: MIGUEL ANGEL RAMIREZ ORTEGA

Coordinación del Departamento de Enseñanza del HGZMF 23 Hgo. Del Parral, Chihuahua

Ave. Prolongación Independencia s/n Col. Centro CP. 33800, Tel (627) 5230323

EMAIL: tauro.miguel.70@gmail.com

ASESOR METODOLÓGICO: DR. RENE ALBERTO GAMEROS GARDEA

Coordinación Auxiliar de Investigación en salud. Delegación Chihuahua.

Ave. Universidad 1101 Col. Centro CP: 31000, Chihuahua, Chih. Tel: (614) 4143156

Email: rene.gameros@imss.gob.mx

ASESOR COLABORADOR: DR. MIGUEL ANGEL TREVIZO ARIKADO

Médico internista IMSS HGZMF 23 Parral, Chihuahua.

Ave. Independencia s/n. Col. Centro CP. 33800, Hgo. Del Parral, Chihuahua

Tel. (627) 5230323 Email: miketreviz@hotmail.com

ALUMNO EN FORMACION: DRA. ANGELICA DAVILA RAMIREZ

Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales Del IMSS.

HGZMF 23 Hgo. Del Parral, Chihuahua Ave. Prolongación Independencia s/n Col. Centro

Tel. (627) 5230323 CP 33800. Tel. Email: draangie1301@gmail.com

INDICE	Página
1.- Resumen.	10
2.- Introducción.	11
3.- Justificación.	18
4.- Planteamiento del problema.	19
5.- Pregunta de Investigación.	20
6.- Hipótesis.	21
7.- Objetivo.	22
7.1.-General.....	22
7.2.-Específico.....	22
8.- Material y método.	23
8.1.- Tipo de estudio.	23
8.2.- Población, Lugar y tiempo de estudio.	23
8.3 Criterios de Selección.	23
8.3.1.- Criterios de Inclusión.	23
8.3.2.- Criterios de Exclusión.	23
8.3.3- Criterios de Eliminación.....	24
8.4- Variables.	24

9.- Tipo y tamaño de muestras.	29
9.1. Calculo del tamaño de la muestra.	29
10.- Análisis estadístico.	30
11.- Técnicas y procedimientos.	31
12.- Consideraciones éticas.	32
13.- Recursos Humanos, físicos e infraestructura.....	33
14.- Resultados	34
15.- Discusión.....	37
16.- Conclusión.....	39
17.- Referencias	40
18.- Anexos.	42
18.1.- Consentimiento informado.	42
18.2. Encuesta aplicada a pacientes.	43
18.3 Cuestionario MOS de apoyo social.....	45

Factores Asociados al rechazo Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en Insuficiencia Renal Terminal y su relación con el apoyo social en el HGZMF23 IMSS, Chihuahua, año 2014
Dávila-Ramírez A, Gameros-Gardea RA, Ramírez-Ortega MA, Trevizo-Arikado MA.

1.- RESUMEN

Hoy en día la Insuficiencia Renal Terminal (IRT) es un problema de salud pública global por su carácter epidémico y elevada morbilidad y costo, sigue siendo la primera causa de inclusión de los pacientes en el programa de Diálisis Peritoneal (DP) y por consecuencia la prevalencia de las complicaciones. El incremento de pacientes con Insuficiencia Renal supone también un aumento en la demanda de atención por dicha población, creando así la necesidad de aumentar la participación activa del paciente en su autocuidado, así como en su tratamiento médico. Sin embargo se ha visto que a pesar de la gravedad de las complicaciones el paciente llega a presentarlas por abandono propio o de su entorno, dejando avanzar su enfermedad hasta llegar a necesitar manejo de sustitución con Diálisis Peritoneal sin embargo es rechazada en un gran porcentaje de pacientes. Este tipo de estudio fue Observacional, Transversal, Analítico. El instrumento de medición que se utilizará es una encuesta aplicada a los pacientes en la cual nos indica la causa al rechazo así como un cuestionario MOS de apoyo social el cual evalúa a pacientes con patologías crónicas en sus aspectos cuantitativos (red social) y cualitativos (dimensiones de apoyo social) .**Pregunta de investigación:** ¿ Cuales son los factores asociados al rechazo Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en Insuficiencia Renal Terminal y su relación con el apoyo social en el HGZMF23 IMSS, Chihuahua, año 2014?**Objetivo General:** Determinar los factores asociados al rechazo de la Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 e Insuficiencia Renal Terminal y su relación con el apoyo social en el HGZMF 23, IMSS Chihuahua, año 2014.**Técnica y procedimientos:** Del grupo de pacientes con IRT que se encuentran en control dentro del programa de Diálisis Peritoneal del HGZMF 23 del IMSS, Parral, Chihuahua se tomaron a 95 pacientes, los cuales requieren tratamiento con Diálisis Peritoneal, y la rechazaron, se les aplicó una encuesta para identificar los factores asociados al rechazo del tratamiento y otra sobre el apoyo social que reciben, se llevó a cabo durante el año 2014. Se realizó una base de datos y posteriormente el análisis estadístico. Cabe mencionar que no se cuenta con un antecedente previo sobre este tipo de estudio. Se realizó un análisis uni y bivariado de resultados por medio del programa STATA 9.0 tomando el valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. **Resultados:** Se registraron 95 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en fase Terminal a los cuales se les ofreció tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal sin embargo la rechazaron. A este grupo de pacientes se les estudio los diferentes factores por los cuales no aceptaron tratamiento sustitutivo, obteniendo como se describen a continuación. Dentro de los pacientes que no aceptaron diálisis, 57.9% pacientes fueron mujeres (n=55) y 42.1% pacientes fueron hombre(n=40).

Palabras clave: Factores, rechazo, diálisis peritoneal, apoyo social, DM 2, Insuficiencia Renal Crónica.

2.- INTRODUCCION

La diabetes mellitus (DM) constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia, al hecho de que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, clase social y área geográfica, a su elevada morbilidad y mortalidad y a su elevado costo sanitario¹. En España, en el año 2007, se inició el mayor estudio epidemiológico sobre la prevalencia de DM2 en población mayor de 18 años. Los primeros resultados se publicaron en 2011 y muestran una prevalencia de DM2 entre la población mayor de 18 años del 13,8%. La prevalencia es mayor en hombres y aumenta con la edad. En el intervalo de edad de 61-75 años tienen DM2 el 35,6% de los hombres y el 26,6% de las mujeres. En mayores de 75 años la prevalencia es del 30,7% en hombres y del 33,4% en mujeres. La prevalencia de prediabetes (alteración de la glucemia basal (AGB) o de intolerancia oral a la glucosa (IOG) es del 14,8%¹. Según las estadísticas, existen en el mundo 170 millones de personas afectadas por DM, cifra que de acuerdo con estimaciones, se duplicará para el año 2030^{2,3}. La DM consume entre 4.7 y 6.5 % del presupuesto para la atención de la salud en el IMSS⁴. La diabetes tiene una repercusión directa en la calidad de vida de los pacientes ya que es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, entre los cuales se encuentra el daño renal en este caso se citara a la Insuficiencia Renal Terminal (IRT), dicha complicación mencionada se ha situado como un importante problema de salud pública tanto en México como en otros países del mundo^{5,6}. En el año 2002 The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

(NKF KDOQI) de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m² (K/DOQI, 2002). La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que donde la incapacidad total de los riñones para cumplir con las funciones de eliminar impurezas y toxinas, así como del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base en nuestro organismo, frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere Terapia de Reemplazo Renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada⁷. La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) subsidiaria de tratamiento sustitutivo mediante diálisis o trasplante renal, presenta una incidencia y una prevalencia crecientes desde hace dos décadas⁷.

Tabla 1.1. Clasificación de Enfermedad Renal Crónica

Etapa ERC	VFG (ml/min/1,73 m ²)	Descripción	Prevalencia (ENS 2003)
	>60 (sin daño renal)	Factores de riesgo ERC	
1	>90	VFG normal con daño renal	
2	60-89	VFG levemente reducida con daño renal	
3	30-59	VFG moderadamente reducida	5,7%
4	15-29	VFG severamente reducida	0,2%
5	<15 (o diálisis)	Falla renal terminal	0,1%

ERC: Enfermedad Renal Crónica, VFG: Velocidad de Filtración Glomerular ENS: Encuesta Nacional Salud.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La US NKF-KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) ha propuesto una clasificación de la IRC, que se ha difundido rápidamente en la comunidad nefrológica internacional. Esta clasificación, simple y fácil de usar, divide la ERC en 5 etapas (Tabla 1.1), de acuerdo a la VFG estimada con ecuaciones de predicción (Cockcroft-Gault ó MDRD)⁷.

La IRC se ha transformado en un problema médico y de salud pública que ha adquirido proporciones epidémicas. La información más sólida proviene de la IRC en fase terminal, cuya incidencia no ha cesado de aumentar en las últimas décadas, es de pronóstico pobre y provoca un enorme impacto económico en los presupuestos de salud a nivel mundial. Subyacente a esta población conocida de pacientes en IRC terminal (diálisis), existe una población mucho mayor de personas con IRC en etapas más precoces, cuya prevalencia exacta es desconocida, pero se estima en 10%⁸.

El tratamiento de IRC, según la etapa en que se encuentre el paciente incluye: Terapia específica, basada en el diagnóstico, evaluación y manejo de condiciones comórbidas, aminorar la pérdida de función renal, prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular, prevención y tratamiento de complicaciones de la función renal reducida, preparación para terapias de sustitución renal, reemplazo de la función renal por diálisis o trasplante. Individuos en riesgo, pero que no tienen IRC, deben ser aconsejados para seguir un programa de reducción de factores de riesgo, y control periódico⁹. Hasta el momento, carece de un registro de pacientes con ERC por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estadios, los grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142¹⁰. Cuando la insuficiencia renal llega a la etapa en la que se necesita diálisis peritoneal, es común la negativa del paciente a tal tratamiento lo que significa que el paciente llegara a complicarse severamente. Esto podría suceder a los pocos días o semanas, dependiendo de la etapa de la función renal en la que se encuentre. Un paciente puede decidir explorar la opción de rechazar el tratamiento. Es responsabilidad del médico informar al paciente y su familia, del riesgo y complicaciones que conlleva el rechazo al tratamiento así como apoyarlos en su decisión. La aplicación de la DP en México se inició en 1979 y los primeros informes fueron publicados en 1980. Los mayores fracasos ocurridos en la década de los 80's en los programas de la DP, fueron aquellos en donde, sin conocimiento básico del binomio paciente-diálisis peritoneal, se

procedió a la instalación de catéteres al entrenamiento de pocos pacientes y a enviarlos a su domicilio sin un programa multidisciplinario de DP^{11,12}. La DP se realiza mediante la aplicación de un catéter de Tenckhoff (CT), técnica la cual se encuentra en constante evolución, se colocan por vía percutánea, quirúrgica o laparoscópica¹³. Las características de los pacientes en diálisis han cambiado en los últimos diez años, siendo cada vez mayor el número de pacientes de edad avanzada y con gran comorbilidad, que accede a los tratamientos sustitutivos; en muchos casos los pacientes a lo largo de su vida pasan por distintas modalidades terapéuticas¹⁴. El tratamiento con diálisis peritoneal en su forma manual y automatizada, es una elección cada vez más frecuente entre los pacientes nefrológicos que requieren tratamiento sustitutivo, teniendo en cuenta ciertas ventajas que esta técnica ofrece, como la autonomía e independencia hospitalaria, asociado a la mayor difusión que se le ha concedido a la técnica; además permite la participación activa del paciente en el cuidado. Sin embargo, para la realización del tratamiento, no sólo basta con tener el conocimiento, sino también son necesarias ciertas condiciones físicas del entorno, para poder garantizar la seguridad del paciente y evitar la contaminación del catéter de diálisis, asegurar la funcionalidad del catéter y la efectividad de la terapia, condiciones con las que, por lo general, sólo las unidades hospitalarias cuentan. Dichas condiciones son: buena iluminación, paredes de superficie lisa, fáciles de lavar, ventanas bien cerradas y selladas, puerta cerrada, un sitio para colgar la bolsa de dializante (un perchero, un clavo, etc.), una mesa limpia de superficie lavable, un lugar donde ambientar la

solución (horno de microondas o con lámparas), charola para colocar bolsa de drenado, piso de cemento o mosaico, lavabo, garrafón con llave, jabón líquido¹⁵.

Ante este panorama, se vislumbra la necesidad de que el equipo de salud cuente con el apoyo del paciente en su atención, con el fin de incorporar paulatinamente al usuario en la toma de decisiones de su propio proceso asistencial; sin embargo, hay diversos factores que dificultan la realización de ese fin¹⁶. Cuando se le informa al paciente con IRT de la gravedad de su estado de salud y de la terapia de sustitución, tiende a rechazar el tratamiento, el panorama de este tipo de pacientes cambia en su totalidad ya que ellos tienen la falsa idea de que al iniciar tratamiento de sustitución en este caso DP equivale para ellos disminución de calidad de vida y en la mayoría de los casos muerte, por lo que es de su preferencia no aceptar terapia de sustitución. Estas circunstancias propician que el paciente delegue el restablecimiento de su salud en el prestador de servicios sin participar de ello, en la mayoría de las ocasiones, por una falta de conocimiento y familiarización con su enfermedad¹⁷.

El apoyo social y familiar constituye un factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos, constituye un medio efectivo en su vertiente instrumental, para facilitar el cumplimiento del tratamiento. Entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico; y b) la familia como recurso. Conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que

cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional¹⁸.

Cabe mencionar que no se cuenta con un antecedente o análisis previo sobre este tipo de estudio por lo que se realizó una prueba piloto con una encuesta para evaluar los factores asociados al rechazo, así como un cuestionario MOS de apoyo social el cual nos habla sobre¹⁸.

3.- JUSTIFICACION

El paciente con Diabetes Mellitus 2 en IRT frecuentemente presenta complicaciones severas que aumentan el índice de mortalidad, ya que un alto porcentaje de ellos tienden a rechazar el tratamiento de sustitución (DP), las falsas ideologías y experiencias del paciente con personas cercanas a ellos llámense vecinos o amigos y la falta de apoyo social hacen que incremente el rechazo, aun cuando el médico explica y trata de hacer concientizar al paciente de la gravedad de su patología así como la utilidad del tratamiento. Este estudio nos permitirá conocer hoy en día cuales siguen siendo los principales factores que hacen que el paciente rechace el tratamiento de Diálisis Peritoneal y la relación que presentan con el apoyo social. Y con ello tratar de establecer alguna estrategia para erradicar cualquier actitud de negativismo en el paciente y su familia, mejorando su calidad de vida y disminuyendo índices de mortalidad.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De los pacientes que se encuentran en control por IRT se tomaran el total del grupo de 95 con diabetes mellitus que requieren Diálisis Peritoneal, a los cuales se les aplicarán las encuestas y cuestionario MOS de apoyo social, para identificar factores asociados, tomando en cuenta todas las variables convenientes para realizar el análisis.

5.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuales son los factores asociados al rechazo Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en Insuficiencia Renal Terminal y su relación con el apoyo social en el HGZMF23 IMSS, Chihuahua, año 2014?

6. HIPOTESIS

6.1 Hipótesis alterna

Los factores asociados al rechazo de la Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 e IRT tienen relación con el apoyo social en el HGZMF23, IMSS Chihuahua, año 2014.

6.2 Hipótesis Nula

Los factores asociados al rechazo de la Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 e IRT no tienen relación con el apoyo social en el HGZMF23, IMSS Chihuahua, año 2014.

7.- OBJETIVOS:

7.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados al rechazo de la Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 e Insuficiencia Renal Terminal y su relación con el apoyo social en el HGZMF 23, IMSS Chihuahua, año 2014.

7.2 Objetivo Especifico

Determinar cuáles son los factores asociados al rechazo de Diálisis Peritoneal en pacientes con diabetes Mellitus 2 e Insuficiencia Renal Terminal.

Calificar el grado de apoyo social en pacientes con Diabetes Mellitus 2 e Insuficiencia Renal Terminal que rechazan el tratamiento.

Relacionar los factores asociados al rechazo con el grado de apoyo social.

8.- MATERIAL Y METODO

8.1.- Tipo de estudio. Observacional, Transversal, Analítico.

8.2.-Población, lugar y tiempo de estudio: El presente estudio se realizará a la población del Instituto Mexicano del Seguro Social HGZ 23 de la ciudad de Hidalgo del Parral en el estado de Chihuahua.

La población a estudiar son pacientes con Diabetes Mellitus 2 en IRT con criterios de Diálisis Peritoneal que se les haya propuesto el tratamiento, indistintamente edad y género y que lo hayan rechazado, en el año 2014.

8.3.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

8.3.1.- Criterios de inclusión:

Pacientes con DM2 en IRT que requieren Diálisis Peritoneal que hayan rechazado el tratamiento.

8.3.2.- Criterios de exclusión:

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que requieran Diálisis Peritoneal Neurológicamente no íntegros para contestar encuesta.

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentren ya en el programa de Diálisis Peritoneal.

8.3.3.- Criterios de eliminación:

Encuestas incompletas.

Encuestas con llenado de forma incorrecta.

8.4.- VARIABLES.

8.4.1 Variable Dependiente:

Nombre de la variable dependiente:

a) Rechazo a tratamiento

Definición conceptual: Tratamiento: es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, **Rechazo:** Negarse una persona a aceptar lo que otra dice o no admitir lo que propone u ofrece. Por lo que aquí se considera la negación de una persona a recibir el conjunto de medidas para su enfermedad.

Definición operacional: Se tomará en cuenta lo que el paciente exprese al momento de las entrevistas.

Indicador: si, no.

Escala de medición: cualitativa dicotómica.

8.4.2 Variables independientes

a) Miedo

Definición conceptual: Es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado, emoción primaria que se deriva de la

aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta tanto en los animales como en el ser humano. La máxima expresión del miedo es el terror.

Definición operacional: Se estudiará o tomara en consideración lo manifestado por el paciente en su encuesta.

Indicador: si, no.

Escala de medición: cualitativa, dicotómica.

b) Nivel Socio-económico

c) Definición conceptual: Es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio. Este nivel está dividido en varios segmentos: alto, medio y bajo.

Definición operacional: Se tomara en cuenta el nivel económico, social y educacional en la que se encuentre el paciente al momento de la encuesta: bajo, medio y alto.

Indicador: Bajo, Medio, Alto

Escala de medición: Nominal.

d) Desconocimiento de la enfermedad

Definición conceptual: Es la ignorancia que se tiene respecto sobre la enfermedad del paciente.

Definición operacional: Se tomará en cuenta la respuesta de cada encuesta aplicada al paciente.

Escala de medición: cualitativa, dicotómica.

Indicador: si, no

e) Ocupación

Definición conceptual: El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.

Definición operacional: actividad que refiere el paciente al momento de la entrevista.

Indicador: Ninguna, desempleado, jubilado, pensionado, Hogar, negocio propio, Empleado, obrero, Profesionista

Escala de medición: Nominal, policotómica.

e) Diálisis Peritoneal

Definición conceptual: Es un método de depuración sanguínea extra renal de solutos y toxinas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable, que mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo, permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializado.

Definición operacional: Se analizara a pacientes que requieran de Diálisis Peritoneal de acuerdo a lo indicado por el médico tratante en el expediente.

Indicador: Requiere, no requiere.

Escala de medición: nominal, dicotómica.

f) Diabetes Mellitus 2

Definición conceptual: es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

Definición operacional: Se revisara a los pacientes con Diabetes Mellitus 2 catalogados en el expediente de acuerdo al diagnóstico del médico tratante.

g) Insuficiencia Renal Terminal:

Definición conceptual: corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías y requiere tratamiento de sustitución renal por Diálisis Peritoneal.

Diagnostico operacional: Pacientes con Insuficiencia Renal Terminal en el tiempo de estudio, ya con diagnostico especificado en el expediente por el médico tratante.

Indicador: si, no

Escala de medición: cualitativa, dicotómica.

h) **Grado de apoyo social:** La información que permite a las personas creer que: se preocupan de ellos y les quieren, son estimados y valorados y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Definición operacional: lo reportado por el cuestionario MOS de apoyo social aplicado al paciente en el momento de la entrevista.

Indicador: máximo, mínimo y medio.

Escala de medición: cualitativa, ordinal.

8.4.3 Variables universales

a) Sexo

Definición conceptual: en su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.

Definición operacional: el referido por el paciente al momento de la entrevista

Indicador:

1.- Masculino 2.- Femenino

Escala de medición: Nominal

b) Edad

Definición conceptual: Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento.

Definición operacional: años, que el paciente refiera al momento de la encuesta.

Indicador: años cumplidos

Escala de medición: cuantitativa o de razón

9.- TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRAS

9.1 Tipo de muestra: No probabilístico.

9.2 Tamaño de muestra: El total de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 en IRT en control que requieren Diálisis Peritoneal en el HGZ 23 de Hidalgo del Parral, Chihuahua n=95.

9.3 Cálculo de tamaño de muestra: No probabilística se tomará el total del número de 95 pacientes con Diabetes Mellitus 2 en IRT en control que han rechazado Diálisis Peritoneal.

10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizará el paquete estadístico STATA 9.0. En el análisis univariado, manejaremos medidas de tendencia central y dispersión así como intervalos de confianza en variables cuantitativas, en cualitativas n y proporción.

Para el análisis inferencial en el bivariado utilizaremos pruebas paramétricas con variables cuantitativas con distribución normal. En las no paramétricas, con X^2 para el análisis de proporciones. Se considerara estadísticamente significativo valores de $p < 0.05$.

11. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS: Del grupo de pacientes con IRT que se encuentran en control dentro del programa de Diálisis Peritoneal se tomará a 95 pacientes, los cuales requieren tratamiento con Diálisis Peritoneal, y la han rechazado, se les aplicará una encuesta para identificar los factores asociados que llevan al rechazo del tratamiento y otra que hable del apoyo social que reciben, se llevara a cabo durante el año 2014. Se realizará una base de datos y posteriormente el análisis estadístico, contrastaremos los motivos de rechazo con el grado de apoyo social para establecer si hay relación.

12. CONSIDERACIONES ETICAS

Para el presente estudio se tomaron en cuenta: la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Medica Mundial (Helsinki, 1964) revisada por la 29ª Asamblea Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Medica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Medica Mundial (Hong Kong, 1989). Nos apegamos al artículo 17 del reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación en salud en su fracción II.

El presente estudio no representa ningún riesgo para los pacientes a las cuales se les realizará la encuesta. Se solicitara firma de carta de consentimiento informado para la entrevista.

13. RECURSOS HUMANOS, FISICOS E INFRAESTRUCTURA

13.1 RECURSOS HUMANOS:

Investigador: médico residente de medicina familiar, asesor metodológico y experto de tema.

13.2 RECURSOS FISICOS:

13.2.1.- Materiales

Equipo de cómputo, equipo de impresión, hojas de maquina tamaño carta, plumas, lápices, tóner y memoria USB

13.2.2.- Económicos

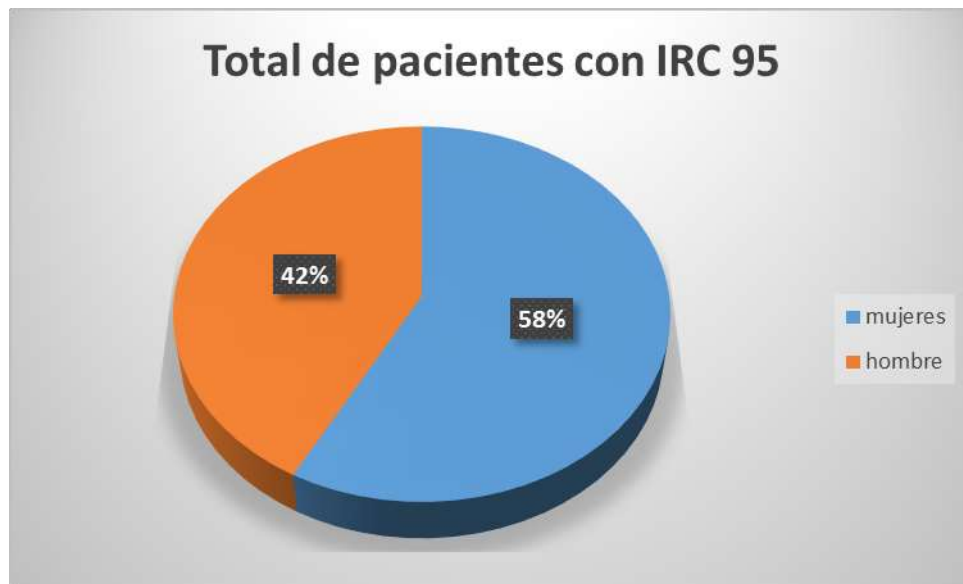
Los aportados por el investigador responsable

13.3.- INFRAESTRUCTURA:

Instalaciones del HGZ 23 de Hgo. del Parral, Chihuahua.

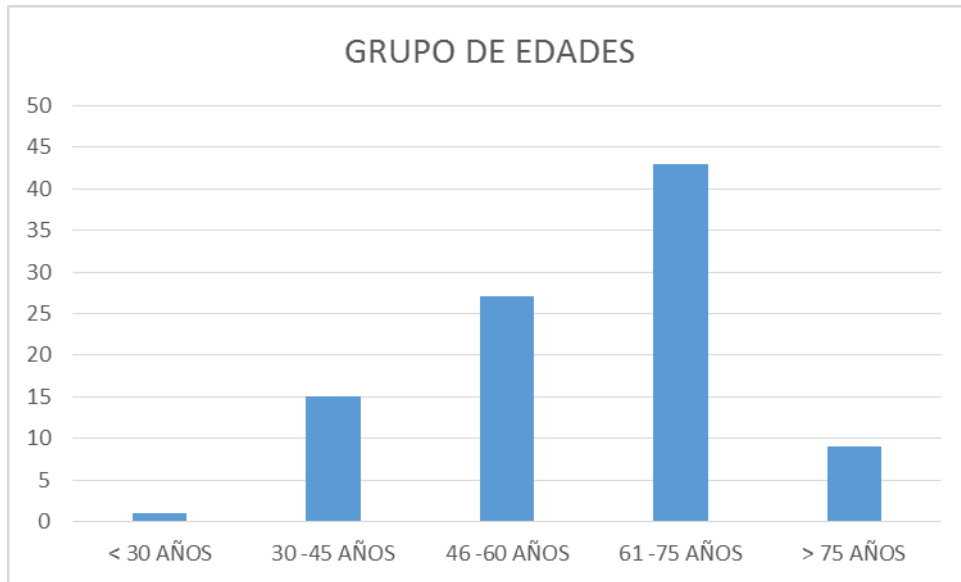
14. RESULTADOS

Se registraron 95 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en fase Terminal a los cuales se les ofreció tratamiento sustitutivo con Diálisis Peritoneal sin embargo la rechazaron. A este grupo de pacientes se les estudio los diferentes factores por los cuales no aceptaron tratamiento sustitutivo, obteniendo como se describen a continuación. Dentro de los pacientes que no aceptaron diálisis, 57.9% pacientes fueron mujeres (n=55) y 42.1% pacientes fueron hombre(n=40). Gráfica 1.



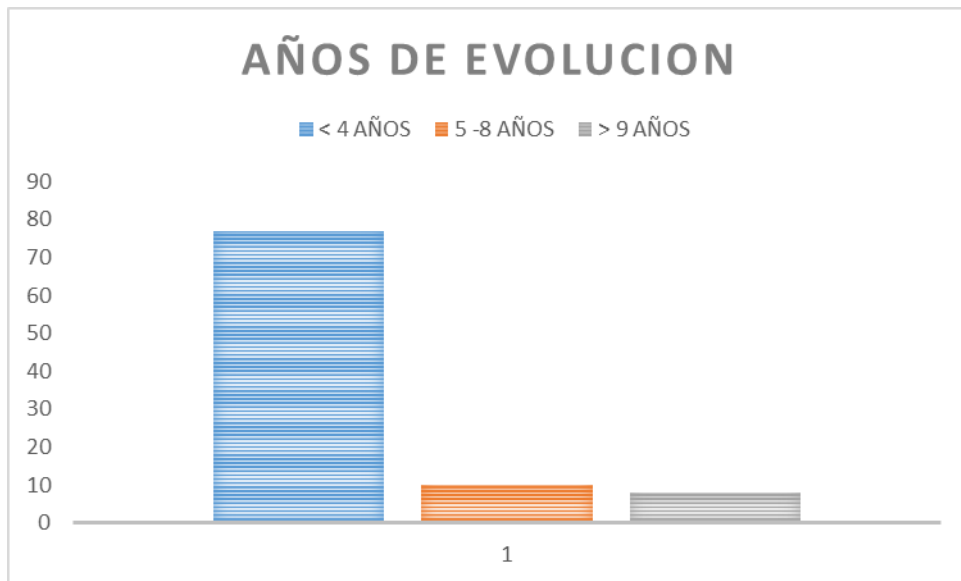
GRAFICA 1.

La edad de los pacientes fue de analizada por grupos de edad iniciando con pacientes menores de 30 años hasta mayores a 75 años de edad, quedando menores de 30 solo el 1.05% (n=1), 30-45 años 15.78% (n=15), 46 -60 años 28.42% (n=27), 61 -75 años fueron 45.78% pacientes (n=43) y los mayores de 75 años un total de 9.47% pacientes (n=9). Grafica 2.



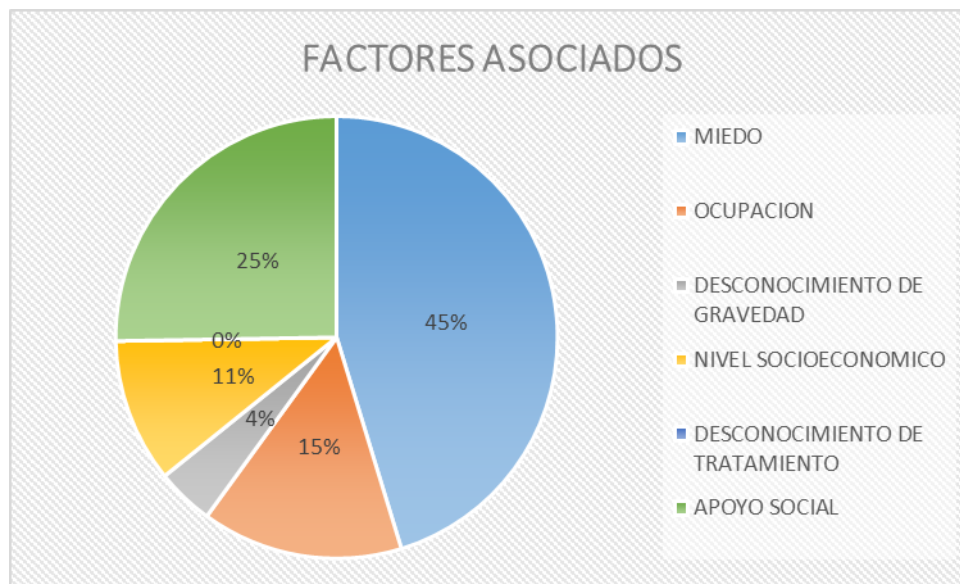
GRAFICA 2.

Por tiempo de evolución con su proceso de IRC-T se analiza menos de 4 años 77 pacientes (81%) $p= 0.51$, de 5-8 años de evolución 10 pacientes (11%) $p=0.6$, más de 9 años de evolución solo 8 pacientes (8%) $p=0.88$. Gráfica 3.



GRAFICA 3.

De igual manera destacan otros factores como miedo al tratamiento un total de 43 pacientes (45%) $p=0.45$, falta de apoyo social por parte de la familia o amistades 24 pacientes (25%) $p=0.25$, el problema de la ocupación en los pacientes fue también un factor determinante al rechazo se encontraron 14 pacientes (14%) $p=0.147$, algunos de los pacientes referirán desconocer la gravedad de su enfermedad y sus complicaciones por no aceptar tratamiento sustitutivo, encontramos en este grupo solo 4 pacientes (5%) $p=0.42$, también fue importante mencionar que se encontraron pacientes que por su nivel socioeconómico bajo rechazaban el tratamiento por no tener las medidas de higiene y las condiciones de la vivienda adecuadas para evitar complicaciones posteriores dentro de este grupo encontramos solo 10 pacientes (10%) $p=0.10$, y, al total de los pacientes que se les realizó la encuesta se les preguntó si desconocían el tratamiento a base de DP, sin embargo no encontramos pacientes que desconocieran dicho tratamiento por lo que fueron 0 pacientes (0%). Siendo al final $p=0.26$ Gráfica 4.



GRAFICA 4.

15. DISCUSION

El iniciar en un paciente con Insuficiencia Renal Crónica en etapa Terminal un programa de Diálisis Peritoneal implica un alto grado de aceptación, un importante cambio de estilo de vida, una necesidad imprescindible del autocuidado, apoyo de los miembros de la familia además de que el mismo paciente tenga amplio conocimiento de su enfermedad y en especial de la importancia del tratamiento sustitutivo que se le ofrece. El personal médico ofrece al paciente que es candidato a un programa de Diálisis Peritoneal este manejo, explicando al paciente en que consiste y el tipo de cuidados del mismo. Pese a diversos factores y condiciones del paciente, este rechaza el manejo.

Se le aplicó encuestas a 95 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con Insuficiencia Renal Crónica en etapa Terminal que no aceptaron diálisis Peritoneal, de los cuales 55 pacientes fueron mujeres correspondiendo 57.9% del total de los pacientes, 40 pacientes fueron del sexo masculino representando un 42.1%. Se analizó también por grupos de edad que incluían pacientes menores iniciando con pacientes menores de 30 años hasta mayores a 75 años de edad, encontrando un mínimo porcentaje en menores de 30 años ya que solo 1 paciente fue el que encontró que corresponde al 1.05%, entre los pacientes de 30-45 años solo se encontraron 15 representando el 15.78%, dentro del grupo de edad de 46 - 60 años un total de 27 pacientes (28.42%), los pacientes que van de los 61 a los 75 años fueron 43 pacientes (45.20%), el resto del grupo de pacientes correspondientes a los mayores de 75 años un total de 9 pacientes (9.47%). Fue necesario también realizar un análisis por tiempo de evolución con su proceso de IRC-T en donde encontramos en pacientes con menos de 4 años de evolución un total de 77 pacientes (81%), de 5-8 años de evolución 10 pacientes (11%), más de 9 años de evolución solo 8 pacientes (8%). Destacaron también otros factores como el miedo del paciente a iniciar un tratamiento sustitutivo teniendo un total 43 paciente correspondiendo a un 45%, otro factor mencionado es la ocupación de los pacientes ya que la mayoría de ellos no están en casa la mayor parte del día aquí encontramos 14 pacientes (14%), el desconocer la gravedad de su enfermedad también fue causa determinante para el rechazo del tratamiento

sustitutivo dentro de este grupo se encontraron solo 4 pacientes (5%), el nivel socioeconómico bajo del paciente fue motivo para el rechazo del tratamiento por no tener las medidas de higiene y las condiciones adecuadas de la vivienda para evitar complicaciones posteriores dentro de este grupo encontramos solo 10 pacientes (10%), los 95 pacientes encuestados dijo no desconocer manejo con diálisis Peritoneal ya que se les había hecho referencia por el personal médico tratante, por lo no se encontraron pacientes que desconocieran dicho tratamiento. No hubo una relación directa significativa demostrable estadísticamente en nuestros datos con una $p= 0.37$ con un intervalo de confianza muy amplio, sin embargo se mostró un alto porcentaje en donde el miedo de los pacientes al aceptar Diálisis Peritoneal es la principal causa de muerte y complicaciones mayores por la IRC T.

Se hace mención a que no hay manera de hacer comparativo con otro estudio ya que no hay estudios previos al realizado actualmente, en donde se haga destacar el rechazo del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 con Insuficiencia Renal Crónica en etapa Terminal. Por lo que se deja abierto para investigaciones futuras.

16. CONCLUSION

En este estudio se encontró que existe una fuerte relación entre el miedo del paciente y la falta de apoyo social o familiar para aceptar el tratamiento de tipo sustitutivo como lo es la Diálisis Peritoneal. De los 95 pacientes entrevistados el 45% refirieron tener miedo de morir al poco tiempo de iniciar el manejo con Diálisis Peritoneal, éste en relación a la falta de apoyo social o familiar que fue en un 25% de ellos, queda como principal factor para rechazar manejo sustitutivo. Por tanto se hace destacar que con respecto al objetivo e hipótesis del estudio en donde se trataba de demostrar que la falta de apoyo social o familiar era el principal factor que influía en el paciente para tomar la decisión de no aceptar el tratamiento sustitutivo con diálisis Peritoneal, no se cumplió con lo planteado ya que se ha quedado por debajo del porcentaje representado por los pacientes que refirieron que el Miedo era principal motivo por el cual no aceptaron su manejo con diálisis Peritoneal correspondiendo este a un total de 43 pacientes en su porcentaje del 45%. Se espera que con este estudio se tome la pauta para educar al paciente y la familia en cuanto al tipo de tratamiento y la mejora en la calidad de vida al no rechazarlo. Sería bueno implementar estrategias y algún taller especial para este tipo de pacientes, incluso a pacientes que aún no están en fase de la IRCT, ayudándoles así a mejor control de su complicación y evitar llegar a requerir manejo sustitutivo con Diálisis Peritoneal.

17. REFERENCIAS

1. Isla Pera P. Educación Terapéutica en diabetes. ¿Dónde estamos? Rev ROL Enf 2011; 34(6):432-438
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004;27:107-53.
3. Luisa Estela Gil-Velázquez, María Juana Sil-Acosta, Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(1):58-67
4. Arredondo A, Zuñiga A. Economic consequences of epidemiological changes in middle income countries: the Mexican case. Diabetes Care. 2004;27:104-9
5. Grefberg N, Danielson BG, Nilsson P. Continuous ambulatory peritoneal dialysis in the treatment of end-stage diabetic nephropathy. Acta Med Scand 1984;215:427-34
6. S. Soriano Cabrera. 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 • 2004
7. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 39 (suppl 1): S1-266, 2002
8. Antonio Méndez-Durán a, J. Francisco Méndez-Bueno, Teresa Tapia-Yáñez, Angélica Muñoz Montes y Leticia Aguilar-Sánchez Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. Diálisis y Trasplante. Dial Traspl. 2010;31(1):7-11
9. Ana Laura Martínez-Vega, María Elena Alberto-Bazán, Maricruz Morales De la Cruz. Factores favorables para la realización de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el hogar. Rev CONAMED 2010; 15(3):140-146
10. Madden MA, Zimmerman SW, Simpson DP. Continuous ambulatory peritoneal dialysis in diabetes mellitus. The risk and benefits of intraperitoneal insulin. Am J Nephrol 1982;2:133-9.
11. Campos SJ, Gianinni DR, Leal JCP. Aspectos Quirúrgicos en el uso del cateter de Tenckhoff. Rev.Cir. Inf 2002 12(3), 181-4

12. Amair P, Khanna R, Leíble B, et al. Continuous ambulatory peritoneal dialysis in diabetics with end-stage renal disease. N Engl J Med 1982;306:625-30.
13. Registro Español de Enfermos Renales. Informe de Diálisis y Trasplante 2006. Cádiz: XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología, 2007
14. RevillaAahumada I , Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I . validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria medicina de familia (and) vol. 6, n.º 1, abril 2005
15. Juan C Flores, Miriam Alvo, Hernán Borja. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev Méd Chile 2009; 137: 137-177. Sociedad Chilena de Nefrología.
16. S. Soriano Cabrera. 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 Nº 6 2004
17. US Renal Data System. Annual Data Report. Bethesda, MD: The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Kidney Disease, 2006.
18. José María Ponce González, Antonio Velázquez Salas, Enrique Márquez Crespo, Luis López Rodríguez, Ma Luz Bellido Moreno, Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes, Index Enferm v.18 n.4 Granada oct.-dic. 2009

18. ANEXOS

18.1. Consentimiento Informado:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 23 HGO DEL PARRAL.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hgo. Del Parral, Chih., a ____ de _____ del 2013.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado **Factores asociados al rechazo Diálisis Peritoneal en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en Insuficiencia Renal Terminal y su relación con el apoyo social en el HGZMF23 IMSS, Chihuahua, año 2014**, cuyo objetivo de estudio es: identificar los factores que influyen al rechazo de la terapia de sustitución (DP) y su relación con el apoyo familiar.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar las encuestas que incluyen datos sobre mi enfermedad y tratamiento. Se me ha informado que no existe riesgo alguno para mi salud.

El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del estudio, y acepta mi decisión de retirarme del estudio en el momento en que yo lo desee. Los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.

Nombre y firma del
Participante

Nombre y firma del
investigador

Testigo Nombre y Firma

Testigo Nombre y firma



18.2 ENCUESTAS APLICADAS A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 EN INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL

1.- EDAD

2.- SEXO

3.- Escolaridad:

Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Profesional

4.- Ocupación:

Ninguna Hogar Empleado Obrero Profesionista

5.- Tiempo con insuficiencia renal crónica terminal?

0 – 4 años más de 8 años

4 – 8 años

8.- Se le ha ofertado Diálisis Peritoneal?

SI NO

9.- En caso de haber rechazar tratamiento con Diálisis peritoneal ¿cuál fue el motivo principal?

Miedo

Desconoce el tratamiento

Situación socioeconómica

Falta de apoyo familiar

Desconoce gravedad de la enfermedad

Ocupación

10.- Piensa usted que su calidad de vida cambiara?

SI NO

12.- Conoce usted a alguna persona que tenga diálisis peritoneal?

SI NO

13.- Piensa usted que se va a complicar en un tiempo más corto con la diálisis peritoneal?

SI NO

14- Piensa usted va a tener apoyo social el tratamiento?

SI NO



18.3 CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: ____; ____.

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	mayoría de las veces	Casi siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5

14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Este Test, permite investigar 4 dimensiones de Apoyo:

1.- Apoyo Emocional / Informativo:

La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.

Preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19

2.- Apoyo Instrumental: La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona.

Preguntas: 2- 5-12-15

3.- La interacción social positiva: La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse.

Preguntas: 7 –11 –14 – 18

4.- Apoyo Afectivo: Las expresiones de amor y de afecto.

Preguntas: 6 – 10 – 20

VALORES	MÁXIMO	MÍNIMO	MEDIO
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción Social	20	4	12
Afectivo	15	3	09
Índice Global	95	19	57

El índice global de Apoyo Social se obtiene sumando los 19 ítems. El Apoyo Social es Escaso cuando el Índice es inferior a 57 puntos. Habrá Falta de Apoyo Emocional cuando la puntuación sea menor a 24. Habrá Falta de Apoyo Instrumental cuando la puntuación sea menor a 12. Habrá Falta de Interacción Social cuando la puntuación sea menor a 12. Habrá Falta de Apoyo Afectivo cuando la puntuación sea menor a 9.