



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”**



**“REDES DE APOYO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN LA U.M.F.NO. 21, IMSS”**

**NÚMERO DE REGISTRO:
R - 2012 – 3703 - 11**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

DRA. BERTHA BERENICE CERÓN ROMERO

ASESORES:

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO
ESP. MEDICINA FAMILIAR**

**DR. JOSÉ JESÚS ARIAS AGUILAR
ESP. MEDICINA FAMILIAR**

MÉXICO, D.F. 2013



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”**



**“REDES DE APOYO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN LA U.M.F.NO. 21, IMSS”**

Número de Registro:
R - 2012 – 3703 - 11

DRA. BERTHA BERENICE CERÓN ROMERO

AUTORIZACIONES

Dr. José Luis Ortiz Frías
Director Médico
Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS

Dra. Leonor Campos Aragón
Coordinador de Educación e Investigación en
Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS

Dr. Jorge Meneses Garduño
Profesor Titular de la Especialidad en
Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS
Jefe de Servicio de Medicina Familiar

Dra. Patricia Alcántara Hernández
Profesor Adjunto de la Especialidad en
Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”**



**“REDES DE APOYO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN LA U.M.F.NO. 21, IMSS”**

Número de Registro:
R - 2012 – 3703 - 11

DRA. BERTHA BERENICE CERÓN ROMERO

ASESORES

DR. JORGE MENESES GARDUÑO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21, IMSS
JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. JOSÉ JESÚS ARIAS AGUILAR
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21, IMSS
JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21. TELÉFONO 57 68 60 00 EXT. 21407. AVENIDA
FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO NO. 281, COLONIA JARDÍN BALBUENA, DELEGACIÓN
VENUSTIANO CARRANZA D.F. CÓDIGO POSTAL 15900.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por las bendiciones recibidas.

Como un homenaje especial a mi padre, porque a pesar de su partida, su esencia vive en mí, siempre es mi ejemplo a seguir, sus enseñanzas y consejos me mantienen en pie, su amor y su recuerdo me acompañan en cada desvelo, su voz me levanta día con día a continuar el camino. Papá, en mi mente eres pensamiento y en el corazón latido.

Madre, gracias por caminar conmigo a lo largo de los años y compartir tu amor, solidaridad, comprensión y entusiasmo, este logro es tuyo.

A mis hermanos y sobrinos, todos forman parte importante en mi vida.

Iván, haré que valga la pena...

ÍNDICE

1. Resumen.....	7
2. Planteamiento del problema.....	10
3. Justificación.....	11
4. Marco teórico.....	13
5. Objetivo.....	26
6. Hipótesis.....	27
7. Material y métodos.....	28
8. Resultados.....	36
9. Discusión.....	46
10. Conclusiones.....	47
11. Sugerencias.....	49

12. Anexos.....51

13. Bibliografía.....55

RESUMEN

“REDES DE APOYO EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”

Dr. Jorge Meneses Garduño *, Dr. José Jesús Arias Aguilar **, Dra. B. Berenice Cerón Romero***

Los pacientes con insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos y psicosociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y los procesos terapéuticos; está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales, ante esta esto la cooperación familiar es imprescindible y fundamental.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal durante 12 meses. Detectamos pacientes con insuficiencia renal crónica, recolectamos sus datos generales y aplicamos el cuestionario de apoyo social de MOS, posteriormente ingresamos los datos al sistema estadístico SPSS mediante análisis univariado con medidas de tendencia central, análisis de frecuencias expresadas en por ciento.

Resultados: La percepción de redes de apoyo están ausentes en el 55.2% de los casos, siendo lo más representativo: grupo etáreo de 61 a 75 años, género masculino, estado civil casados y viudos, tiempo de evolución de 1 a 3 años, que no se dializan y en hemodiálisis; la dimensión más afectada la social (21.7%).

Conclusiones: Los pacientes con insuficiencia renal crónica no cuentan con redes de apoyo, principalmente los que aún no están en tratamiento sustitutivo de la función renal.

Palabras clave: Red de apoyo, insuficiencia renal crónica.

*Especialista en Medicina Familiar, Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar y Jefe de Servicio de la U.M.F. No. 21, IMSS

** Especialista en Medicina Familiar, Jefe de Servicio de la U.M.F. No. 21, IMSS.

*** Médico Residente de Segundo Año de Medicina Familiar U.M.F No.21.

SUMMARY

Patients with chronic renal failure face multiple medical and psychosocial problems, whose complexity increases with time and are directly associated with the different stages of the disease and the therapeutic process, is required to perform complex individual changes, family, work and social, to this this family cooperation is essential and fundamental.

Material and methods: An observational, descriptive and transversal for 12 months. Detect patients with chronic renal failure, we collect general data and apply the social support questionnaire MOS, then we enter the data into SPSS statistical system by univariate analysis with measures of central tendency, frequency analysis expressed in percent.

Results: The perception of support networks are absent in 55.2% of cases, the most representative being: age group 61-75 years, male gender, marital status married and widowed, duration of 1-3 years, not on dialysis and hemodialysis, the relevant affected the social dimension (21.7%).

Conclusions: Patients with chronic renal failure have no support networks, especially those who are not yet on renal replacement therapy in renal function.

Keywords: Network support, chronic renal failure.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia Renal Crónica representa en los últimos años a nivel nacional e institucional un reto de suma importancia tanto a nivel terapéutico como económico ya que como se ha documentado con anterioridad este padecimiento representa un derrame económico trascendental para el sistema de salud.

Dado el comportamiento en los últimos años de la insuficiencia renal crónica, el conocer las redes sociales de apoyo con las que cuenta el paciente con Insuficiencia Renal Crónica, como propósito de éste trabajo de investigación, traería como fruto realizar medidas de prevención primaria y, en su momento, un tratamiento eficaz y oportuno para establecer medidas para fortalecer la presencia de redes de apoyo social que produzcan el este tipo de pacientes mejor apego terapéutico dando como resultado la disminución de la estancia y complicaciones hospitalarias, que conlleva a una reducción en los derrames económicos que ésta patología genera.

Por consiguiente, surge la siguiente pregunta de investigación: **¿cuál es la percepción de apoyo de los pacientes con insuficiencia renal crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso en el año 2012?**

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes afectados con insuficiencia renal crónica tienen que ser hospitalizados, pierden su capacidad laboral adecuada, disminuyen su esperanza de vida y requieren de iniciar tratamiento sustitutivo renal, generando incapacidad, sufrimiento y cuantiosas erogaciones.

Se requiere conocer la existencia de redes de apoyo en los pacientes con insuficiencia renal crónica para crear conciencia en el médico de primer contacto así como el médico especialista en el tema del efecto de éste tipo de redes de asistencia para su adecuado apego terapéutico, tratamiento y calidad de vida de estos y evitar progresión de la enfermedad a estadios avanzados

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

Ya que si la participación en las redes sociales del individuo, se da de manera favorable, se podrá asumir que en la medida en que el sujeto concibe su padecimiento se alcanzará tener una vida lo más parecida hasta antes de su diagnóstico.

Por consiguiente, se justifica la presente investigación, de realizar una evaluación de la red de apoyo en el control de pacientes con insuficiencia renal

crónica de la Unidad Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” en el año 2012.

Esperamos que al finalizar la presente investigación y con los resultados encontrados, se pueda realizar un programa de ayuda y fortalecimiento de redes de apoyo para los pacientes con insuficiencia renal crónica y así mejorar su calidad de vida. Así mismo crear conciencia de la importancia que juegan las redes de apoyo en esta enfermedad y su fortalecimiento por los Médicos Familiares de la unidad.

MARCO TEÓRICO

La Insuficiencia Renal Crónica (IRCT) se define como el daño renal mayor a tres meses, confirmado por biopsia o marcadores de daño renal, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG),¹ o TFG menor de 60 mL/min/1.73 m² por más de tres meses, con o sin daño renal.²⁻³

Para Goicoechea, según sucesivos informes de United States Renal Data System (USRDS) han documentado un aumento de la incidencia y prevalencia de IRCT en Estados Unidos; en las últimas dos décadas la incidencia actual se sitúa en los varones de 404 casos por millón de la población y en las mujeres en 280 casos por millón de población. Se estima que la prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento sustitutivo puede duplicarse en la década presente, estimándose una prevalencia actual del 11%.⁴

Estudios preliminares y análisis de bases de datos poblacionales (según las Guías SEN de riñón y enfermedad cardiovascular (2004), indican que la prevalencia de IRC estadios 3, 4 y 5 (función renal <60ml/min/1.73 m²) puede estar, según el método utilizado para la estimación de la función renal, entre el 7.5% y el 17.8% en el conjunto de la población adulta y puede alcanzar cifras del 45 % en ancianos”.⁴

Según reportes de la Unidad de Investigación en Enfermedades Nefrológicas del CMN Siglo XXI del IMSS, la prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica Terminal es de 1142 por millón de habitantes.⁵

La incidencia mundial de IRCT es de 242 casos por un millón de habitantes, de los cuales 16% es tratado con DP.⁶

En el año 1999, en Estados Unidos, 340.000 pacientes requirieron terapia renal sustitutiva, ya fuera con diálisis o trasplante, y se estima que para el año 2010, el número de pacientes será de 651.000.^{7,8}

Así también en 1992 el IMSS reportó una cifra de 7785 pacientes con diálisis peritoneal, obteniendo una prevalencia de 199.6 por millón.⁹

La Sociedad Latinoamericana de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal, registró una prevalencia de terapia de reemplazo renal (todas sus modalidades) de 119 pacientes por millón de habitantes en 1991 y ésta se incrementó a 349 en 2001, es la hemodiálisis la modalidad predominante excepto en México; donde la diálisis peritoneal se realiza en 86% de los casos.¹⁰ El incremento anual de pacientes en terapia renal de reemplazo es de 8 a 10% y en México, solo 1% de los pacientes bajo tratamiento de reemplazo renal está en diálisis peritoneal automatizada, 19% en hemodiálisis y 80% en diálisis peritoneal continua ambulatoria.¹¹

En un estudio el CMN La Raza reveló que existen 404 casos de IRTC por cada millón de personas mayores de 15 años en diálisis peritoneal. La sobrevida en pacientes diabéticos es de 44% a los 12 meses, 14.5% a los 24, y 5.4% a los 36 meses; en los pacientes no diabéticos 77.5% a los 12 meses, 62% a los 24, y 35.5% a los 36 meses.¹²

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

Dirks comenta que los dos principales factores de riesgo cardiovascular (CV), la diabetes mellitus y la HAS, causan la mayoría de casos de IRC. La IRC representa el blanco renal del daño vascular sistémico provocado por la diabetes mellitus y la HAS. En los últimos años, la pandemia de diabetes tipo 2 y el aumento de las prevalencias de HAS, obesidad y dislipidemia, particularmente en los países en desarrollo han aumentado en forma alarmante la prevalencia de la IRC. La diabetes tipo 2 se ha convertido en la primera causa de insuficiencia renal en el mundo. El 20% de los pacientes diabéticos y 14% de los hipertensos tienen un FG menor de 60 ml/min/1,73m². ^{13, 14}

En el año 2002, la National Kidney Foundation Estadounidense publicó a través del proyecto K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) una serie de guías de práctica clínica sobre la evaluación, clasificación y estratificación de la Enfermedad Renal Crónica.^{2, 4} A continuación se comenta brevemente:

Clasificación de los estadios de la Enfermedad Renal Crónica según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation: ^{2, 4}

Estadio 0. Hay un riesgo elevado de Enfermedad Renal Crónica con un Filtrado Glomerular (FG) ml/min/1.73 m² de > 60 y con factores de riesgo.⁴

Estadio 1. Con daño renal y FG normal. Entendiendo al daño renal con una proteinuria/albuminuria persistente (índice de albúmina/creatinina >30mg/g aunque se ha propuesto cortes sexo-específicos en > 17 mg/g en varones y 25 mg/g en mujeres); otros marcadores como alteraciones en el sedimento urinario y alteraciones morfológicas en las pruebas de imagen.⁴

Estadio 2. Daño renal con FG ligeramente disminuido 60-89 ml/min/1.73 m².⁴

Estadio 3. FG moderadamente disminuido 30-59 ml/min/1.73 m².⁴

Estadio 4. FG gravemente disminuido 15-29 ml/min/1.73 m².⁴

Estadio 5. Fallo renal < 15 ml/min/1.73 m² o diálisis.⁴

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

Estos pacientes tienen un riesgo cardiovascular elevado y sufren una morbimortalidad por eventos cardiovasculares que, probablemente, tenga un impacto en la salud, mayor que la evolución hacia la necesidad de tratamiento renal sustitutivo.²

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

La Diálisis Peritoneal es el método más antiguo utilizado en el tratamiento de la IRCT (1959) por Maxwell y colaboradores, y lo describen como un método de irrigación intermitente a la cavidad peritoneal; a través de la membrana peritoneal, se lleva a cabo un intercambio de fluidos y solutos entre la sangre de los capilares peritoneales y la solución dializante.^{15, 16}

A partir de 1988 se estableció a nivel nacional el programa de diálisis peritoneal en los hospitales, para realizar de una manera eficiente y estandarizada el procedimiento de diálisis peritoneal con el propósito de disminuir la mortalidad por la IRCT.¹⁷

En la U.M.F. No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” del Instituto Mexicano del Seguro Social, están registrados 2,298 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica según lo reportado por ARIMAC; de los cuales se encuentran en terapia de reemplazo renal: 20 en diálisis peritoneal automatizada, 48 en diálisis peritoneal continua ambulatoria y 104 en hemodiálisis; teniendo como etiología principal la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

El otorgamiento de los servicios de salud en nuestro medio, ha centrado su atención en el manejo de la problemática desde una perspectiva predominantemente biológica. De esta manera, el estudio de los elementos sociales presentes en el dinámico desarrollo de eventos que favorecen o limitan la enfermedad o la salud, requiere de la aplicación de herramientas como las redes sociales. Podemos considerar a la red social como un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano.^{18, 19, 20} Los

procesos de red pueden ser vistos en un grupo de familiares, vecinos, amigos u otras personas que aportan ayuda real y duradera, a un individuo o una familia.²¹ Bowling define a la red social, como un proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda emocional instrumental o económica de su red social. El apoyo social tiene dos componentes claramente diferenciados, por un lado, los cuantitativos o estructurales, entendidos como cantidad de apoyo que efectivamente se recibe y, por otro los cualitativos o funcionales, es decir, la percepción de la calidad de apoyo que efectivamente se recibe y la sensación de tener apoyo cuando se precisa. Estos últimos parecen ser los que influyen más decisivamente sobre el estado de salud, no tanto el hecho de disponer de ellos. En ambos componentes pueden diferenciarse a su vez varias categorías.^{20, 35}

Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, en donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros, ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar inmersos en circunstancias similares. Es importante diferenciar entre red social y apoyo social, Bellon se refiere a la primera con parámetros cuantitativos o estructurales, en tanto que el apoyo social lo considera a través de parámetros cualitativos inherentes a las necesidades básicas de las familias.²²

El proceso de reciprocidad como base de las redes sociales, llega a convertirse en un capital social emergente frente a situaciones de crisis, como un mecanismo de supervivencia.³⁰ La reciprocidad puede analizarse en cuanto a su estructura, comportamiento y organización tanto en la cotidianidad como frente a contingencias.^{23, 24} La influencia del soporte familiar y comunitario también ha sido

objeto de estudio en el caso de pacientes crónicos con diabetes mellitus, hipertensión, cardiopatías y trastornos de las vías biliares.^{25, 26} Así, a mayor red social, el sujeto mantiene más amplias posibilidades de comunicación y reforzamiento de su autoestima incrementando su relación con su grupo de pertenencia, lo que puede determinar el incremento de consultas oportunas al médico.²⁷

Con base a su organización, las interrelaciones en una red social pueden ser *informales o formales*, dando origen a los intercambios básicos que le son propios.^{28, 29}

Hay dos tipos de redes sociales:

- Informales: Surgen con base en los vínculos de parentesco, afecto, confianza, lealtad y solidaridad, siendo la familia la unidad en que se generan de manera cotidiana, los elementos básicos que nutren la experiencia de los individuos para ese particular sistema de intercambio, haciéndolo extensivo a los núcleos de amistades y vecinos. Estas redes se caracterizan por formas de ayuda o apoyo presentes tanto en las familias nucleares como en las extensas.
- Formales: Se establecen con base en normas, roles o funciones delimitadas, presentando un acceso restringido con relación a recursos específicos, tiempo y acciones particulares. Las instituciones y los servicios son los ejemplos más claros de las redes sociales formales.^{30, 31}

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

1. Redes familiares (informal).
2. Redes extra familiares (informal)
3. Redes institucionales (formal)
4. Redes o cadenas socio-epidemiológicas (mixta)^{29, 32}

Con base en el *ámbito en el cual se desarrollan las redes familiares* pueden ser *intrafamiliares, interfamiliares y extra familiares*.³³

Las *intrafamiliares*, se caracterizan por apoyos diversos y división de tareas entre los *integrantes de un determinado núcleo familiar* sin la intervención de personas ajenas a él.³³

Las *redes interfamiliares* surgen por la división de tareas entre los *núcleos familiares que proceden de una misma familia de origen*, con el propósito de obtener apoyos más efectivos en beneficio de las familias.^{29- 34}

Las *redes extra familiares* surgen como resultado de sólidos vínculos afectivos y de una convivencia constante. Están fundadas en aspectos de lealtad y solidaridad; como es el caso de las *amistades vecinos, compadres, círculo de trabajo, escuela, grupos de ayuda y autoayuda*.^{29- 35}

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

los procesos terapéuticos.⁴ El paciente con insuficiencia renal está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad la cooperación familiar es imprescindible.^{14, 36} Por lo que el papel que juega la familia, en especial los progenitores, es fundamental para el desarrollo favorable de cualquier individuo. En la dinámica familiar incluye determinadamente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Existiendo frecuentemente dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona.³⁷

Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación.³⁸ La red social de apoyo influye en la identificación de la necesidad de salud, en el autocuidado y la búsqueda de atención médica, haciéndose imprescindible la cooperación de familiares. El entorno psicosocial y las condiciones asociadas a eventos estresantes coexisten en la experiencia cotidiana e influye en el núcleo familiar. *La asistencia a cuidados del paciente con insuficiencia renal crónica depende de forma significativa de las dimensiones facilitadoras de la función familiar.*³⁹

La red familiar influye de manera significativa en la asistencia que recibe el paciente. Algunos sociólogos han mostrado un gran interés en los efectos de las relaciones sociales o familiares en la salud y bienestar, que explican la función de protección de integración social como parte del concepto de apoyo familiar y social, que es benéfico en situaciones de crisis.³⁹

Con el desarrollo de análisis de las redes sociales, se hace énfasis en las características del individuo, en sus relaciones interpersonales, y por otra parte el contexto familiar o social que puede facilitar, modificar o incluso impedir, que la red de apoyo familiar se otorgue, si la conducta del enfermo muestra desadaptación, trastorno o conflicto, ante la condición crítica en que se encuentra. La contribución respecto a las características de la dinámica familiar del paciente con enfermedad crónica como lo es la enfermedad renal, permite identificar patrones de funcionalidad de la familia y su influencia en la red de apoyo familiar que dependen fundamentalmente de la eficiencia familiar, de los patrones de liderazgo, expresión de conflictos y claridad de la comunicación.³⁹

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos ya que se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad. Se le identifica en el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante de la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no sólo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro de su bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.⁴⁰

En uno de los estudios más recientes dónde se evalúa la estructura familiar de 74 pacientes afroamericanos de procedencia urbana, con tratamiento

hemodialítico, se señala que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis.⁴¹

Existe otra investigación donde se dirime la relación existente entre el apoyo social recibido y funcionamiento familiar en pacientes tratados con hemodiálisis, donde esta vinculación resultó altamente significativa, en este contexto se determinó que mientras más disfuncional era la familia, más bajo era el apoyo percibido por los pacientes.⁴²

Cabe distinguir entre el soporte de los recursos constituido por la red social de cada individuo y de cada familia y su contenido, compuesto por los recursos que aporta esta red, que generalmente se denomina apoyo social.³⁵

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

El Cuestionario de MOS de apoyo social, es un cuestionario breve, multidimensional, autoadministrado, que fue desarrollado por el MOS (grupo de estudios para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria en los EE.UU.) el cual sirve para analizar distintas dimensiones de recursos en pacientes con distintas enfermedades. Posee una α de Crombach de 0.919. En el año 2000 es traducido al español.³⁵

Este instrumento permite investigar cuatro dimensiones de apoyo: emocional/informacional, instrumental, afectivo y de interacción social positivo, además de ofrecer un índice global de apoyo social.³⁵

Este cuestionario fue desarrollado por Sherbourne y Stewart para su utilización en pacientes de Atención Primaria, consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5, tiene la ventaja de estar más orientado hacia elementos estructurales de los apoyos sociales y no solamente funcionales, y de incluir una primera pregunta para informar sobre el tamaño de la red social. Nosotros agregaremos una pregunta más en el ítem número uno donde se le pedirá al paciente qué persona(s) exclusivamente es la que más lo apoya en cuanto a la asistencia de su enfermedad.

Sus ítems constituyen 4 sub-escalas que miden:

- El apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19).
- El apoyo instrumental o ayuda material (2, 3, 12 y 15).
- La interacción social positiva, o interacciones sociales de ocio y distracción (7, 11,14 y 18).
- El apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño. (6,10 y 20).³⁵

Proporciona un índice global de apoyo social distribuido entre un máximo (94), un valor medio (57) y un mínimo 19. En las sub-escalas los valores máximos, medio y mínimo son 40, 24 y 8, para el emocional/informacional 20,14 y 4, para el

instrumental, 20,12 y 4, para la interacción social positiva y 15, 9 y 3 para el apoyo afectivo.³⁷(Anexo número 3)^{43-44 -45}

OBJETIVO

Objetivo general:

- Evaluar la percepción de las redes de apoyo que tienen los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La percepción de apoyo del paciente con insuficiencia renal crónica se encuentra en menos del 50%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de una investigación observacional, descriptiva y transversal.^{46 47}

Universo de trabajo

Esta investigación se realizó en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de 15 a 95 años, ambos sexos, en el periodo comprendido durante los meses de enero a diciembre del año 2012.

Criterios de selección

Inclusión:

- Sexo masculino o femenino con diagnóstico de IRC.
- De 15 a 95 años de edad.
- Residentes del Distrito Federal.
- Con cualquier ocupación, estado civil.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Que firmaron el consentimiento informado.

Exclusión:

- Pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión pero que no aceptaron entrar en la investigación.

- Se excluyeron aquellos casos cuyo expediente clínico mostró incongruencias entre las variables que se estudiaron.
- Que presentaron alguna discapacidad que no les permitió participar en el estudio (enfermedades psiquiátricas o discapacidad física que los imposibilite contestar el cuestionario).

Eliminación

- Pacientes que fallecieron en el transcurso de tiempo en que se realizó el estudio.
- Cambio de adscripción de la Unidad.

Tamaño de muestra

Se realizó un muestreo probabilístico no aleatorizado consecutivo considerando el número de pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de 2,298 (obtenido de ARIMAC) para considerar la muestra y con los siguientes valores:

Donde:

N= total de individuos.... 2,298 (número de casos reportados en el año 2011).

Z= Nivel de confianza de 95% = 1.96

P= Proporción de observación que espera obtener en una categoría (0.20)

q= Otra parte del porcentaje de observación en una categoría y que es igual a 1-p (0.2)

e= desviación estándar (0.05)

d=Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

El tamaño de la muestra se calculó de la siguiente manera:

$$n = \frac{NZ^2 P \cdot q}{(N-1)e^2 + Z^2 P \cdot q}$$

$$n = \frac{2298 (1.96)^2 [0.2 (1-0.2)]}{(2298-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 [0.2 (1-0.2)]}$$

$$n = \frac{2298 (3.84) [0.2 (0.8)]}{(2297)(0.0025) + (3.84) [0.2 (0.8)]}$$

$$n = \frac{2298 (3.84) (0.16)}{(2297)(0.0025) + (3.84) (0.16)}$$

$$n = \frac{1\,411}{6.357}$$

$$n = 221$$

Variables

Definición conceptual y operacional de las variables

Variable Independiente:

Insuficiencia renal crónica: se define como el daño renal mayor a tres meses, confirmado por biopsia o marcadores de daño renal (microalbuminuria, gelatinasa neutrófila (NGAL), lipocalina etc.), con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), o (2) TFG menor de 60 mL/min/1.73 m² por más de tres meses, con o sin daño renal.

Variable Dependiente:

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

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	Cualitativa Ordinal	La Insuficiencia Renal Crónica se define como el daño renal mayor a tres meses, confirmado por biopsia o marcadores de daño renal (microalbuminuria, gelatinasa neutrófila (NGAL), lipocalina etc.).	Disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) o TFG menor de 60 mL/min/1.73 m ² por más de tres meses, con o sin daño renal	Estadio K DOQI al momento de entrevista.
RED APOYO	Cualitativa Ordinal	Es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, presentando una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de redes sociales.	Resultado de aplicación de Cuestionario MOS para la identificación de redes de apoyo	Superior a 57: Presente Inferior a 57: Ausente

Variables sociodemográficas

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional.	Escala de medición
Sexo	Cualitativa nominal	(desciende del Latín: cortar, dividir) originalmente se refería nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre	Persona dentro del estudio, hombre o mujer, considerado fenotípicamente.	HOMBRE MUJERE
Edad	Cuantitativa discontinua	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Número de años cumplidos al inicio de la estrategia educativa (20 – 50 años).	Número de años expresados en números enteros
Actividad laboral	Cualitativa Nominal	Actividad remunerada para un individuo	Actividad desempeñada de manera regular con aporte económico	Actividad laboral referida por el paciente.
Estado civil	Cualitativa Nominal	Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de la familia.	Situación civil que refiere el paciente y que está registrado en el cuestionario.	La referida por el paciente.

Descripción de la metodología

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal, mediante la aplicación del cuestionario de apoyo social de MOS a pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de 15 a 95 años de edad con vigencia de derechos adscritos a la Unidad Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social. El tamaño de la muestra se calculó de forma probabilística con base a la prevalencia de la enfermedad para un estudio descriptivo de una variable dicotómica obteniéndose pacientes, selección por conveniencia donde la variable dependiente es la presencia de red social (cuestionario de M.O.S.) y la variable independiente pacientes con insuficiencia renal crónica. Se solicitaron en archivo las direcciones y números telefónicos de los pacientes, se programó la cita en la unidad y se acudió a sus hogares (de acuerdo a las necesidades del paciente). Se aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, y previa autorización del consentimiento informado, se aplicó el instrumento para la recolección de datos, con el cual se obtuvieron las variables sociodemográficas. Posteriormente, se les dio a contestar el cuestionario de apoyo social de MOS. Una vez recolectadas todas la encuestas, el procesamiento de la información se realizó a través de métodos computarizados, se utilizó el paquete de análisis estadístico de SPSS, análisis univariado con medidas de tendencia central, análisis de frecuencias expresadas en por ciento. Para el análisis de los resultados se utilizó analítica descriptiva mediante gráficas y medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

Análisis estadístico

Análisis univariado:

- Se valoraron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, para las variables descritas.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

El presente estudio se realizó en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, con el apoyo del servicio de Enseñanza Clínica de la unidad, departamento de epidemiología y enseñanza médica con el apoyo del Dr. Jorge Meneses Garduño y del Dr. José Jesús Arias Aguilar.

La utilización y costos de recursos materiales, como papelería, fotocopiado, impresión, planeación de organigrama y la aplicación de las escalas de evaluación corrieron a cargo de la residente de segundo año encargada de este estudio.

RECURSOS HUMANOS:

El propio investigador.

RECURSOS MATERIALES

- Computadora
- Software: Windows XP, paquete estadístico de SPSS
- Memoria USB
- Hojas blancas, lápiz
- infraestructura de la UMF 21, IMSS (aula, auditorio).

RECURSOS FINANCIEROS

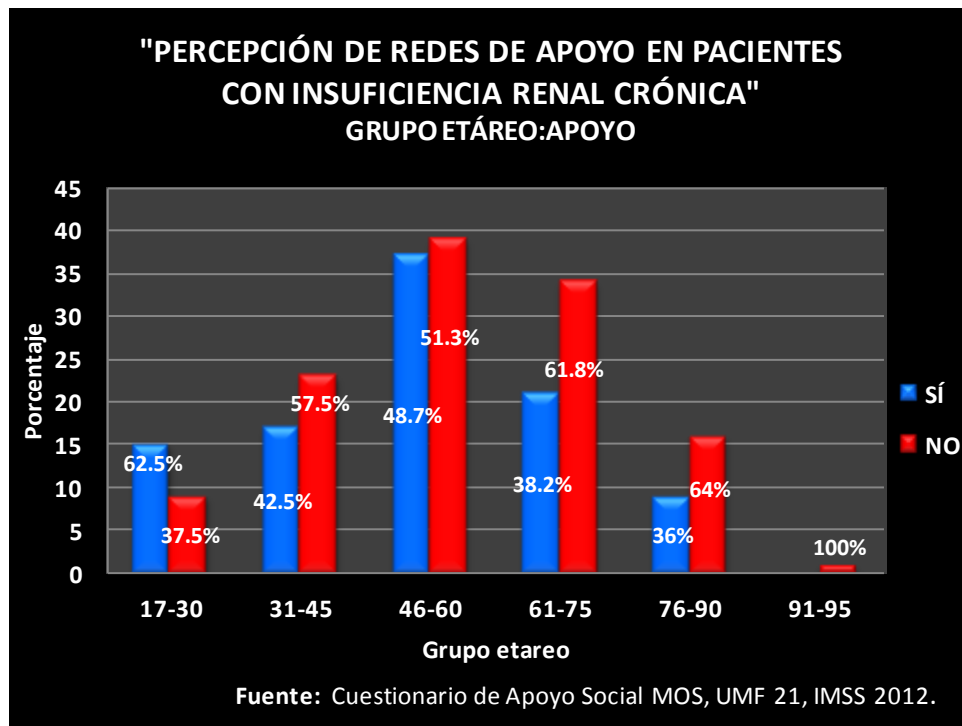
Financiado por el propio investigador.

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron 221 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, se evaluó la percepción de redes de apoyo, del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

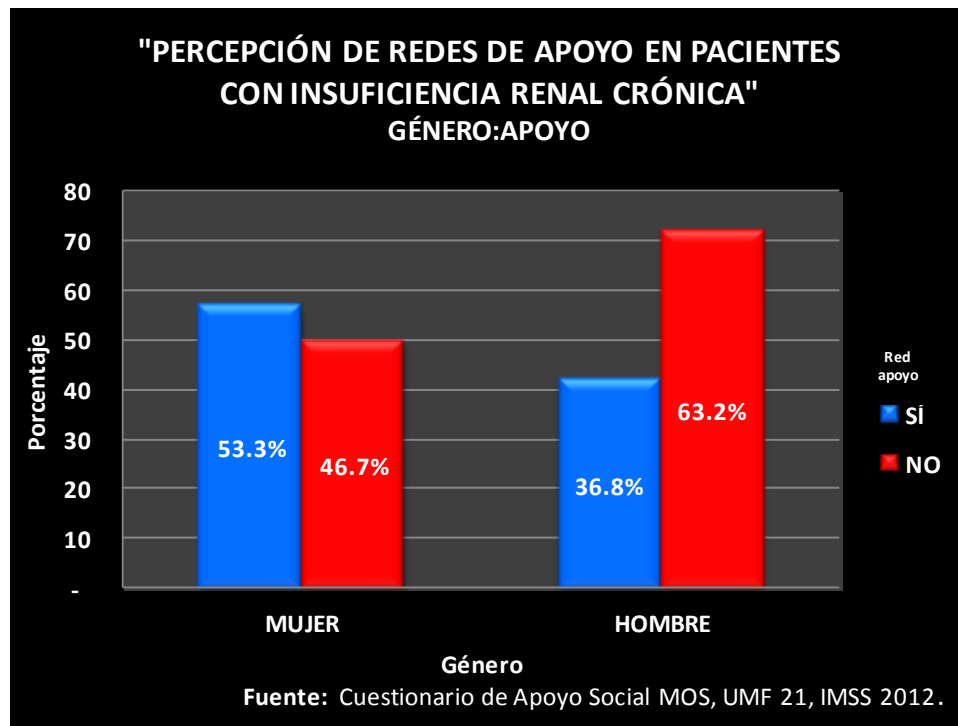
Respecto al género, el 48.7% corresponde al sexo femenino y el 51.6% al masculino. En relación al grupo etáreo, observamos una media de edad de 54.7 años, mediana y moda de 55. Respecto a la actividad laboral, el 67.9% están desempleados, empleados en el 32.1%. Referente al estado civil, solteros 12.2 %, casados 57%, viudo 19%, divorciados 7.2%, otros 4.5%. En los años de portar la enfermedad 1 a 3 años con el 74.7%, 4 a 6 años 15.8%, el 9.5% restante lo desconoce. En los años con diálisis peritoneal, en hemodiálisis se encuentran 21.3%, 1 mes a 1 año 19.5%, 1 año a 1 mes a 2 años 8.6%, 2 años 1 mes a 3 años 2.3%, no se dializa 48.4%. Referente a las redes de apoyo están presentes en el 44.8% y ausentes en el 55.2%.

Gráfico No.1. Distribución por grupo etáreo y la presencia de redes de apoyo.



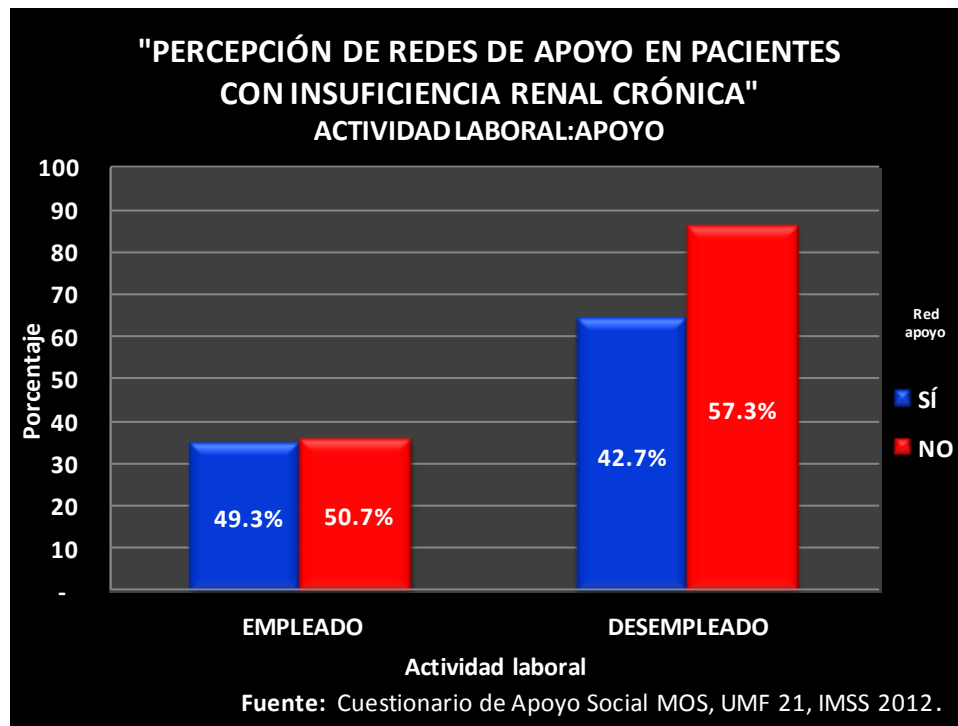
Respecto al grupo etáreo se observa que los que menos perciben redes de apoyo son los pertenecientes al grupo de 91 a 95 años de edad, seguido de 76 a 90 años de edad con el 64%, y de 61 a 75 años con el 61.8%.

Gráfico No.2. Distribución género y la presencia de redes de apoyo.



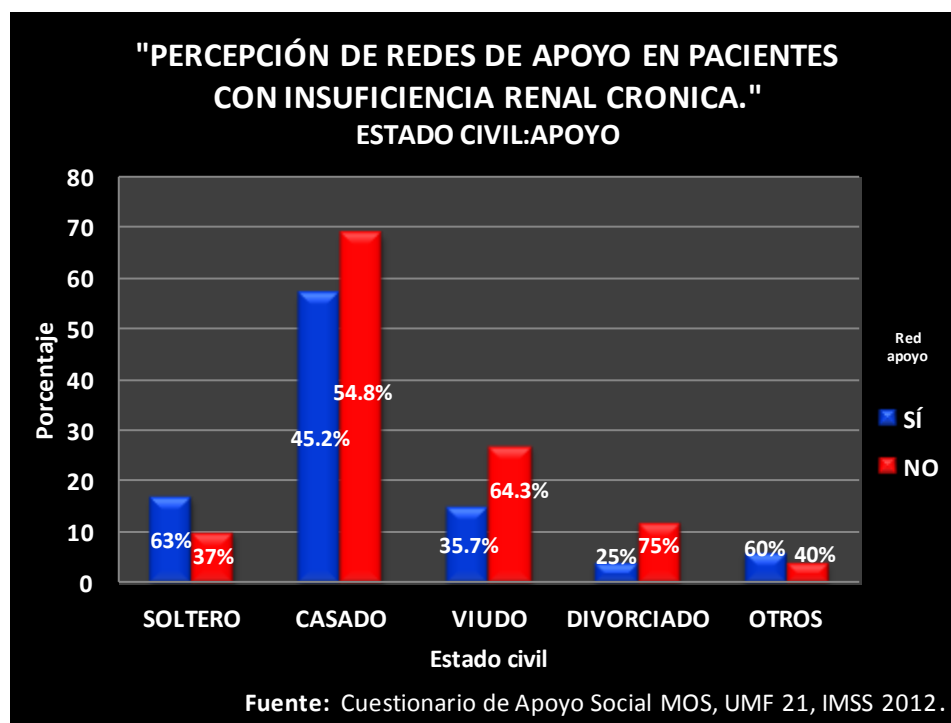
En relación al género, los hombres perciben menos apoyo con 63.2% en comparación con las mujeres que reportaron 46.7%.

Gráfico No. 3. Distribución por actividad laboral y la presencia de redes de apoyo.



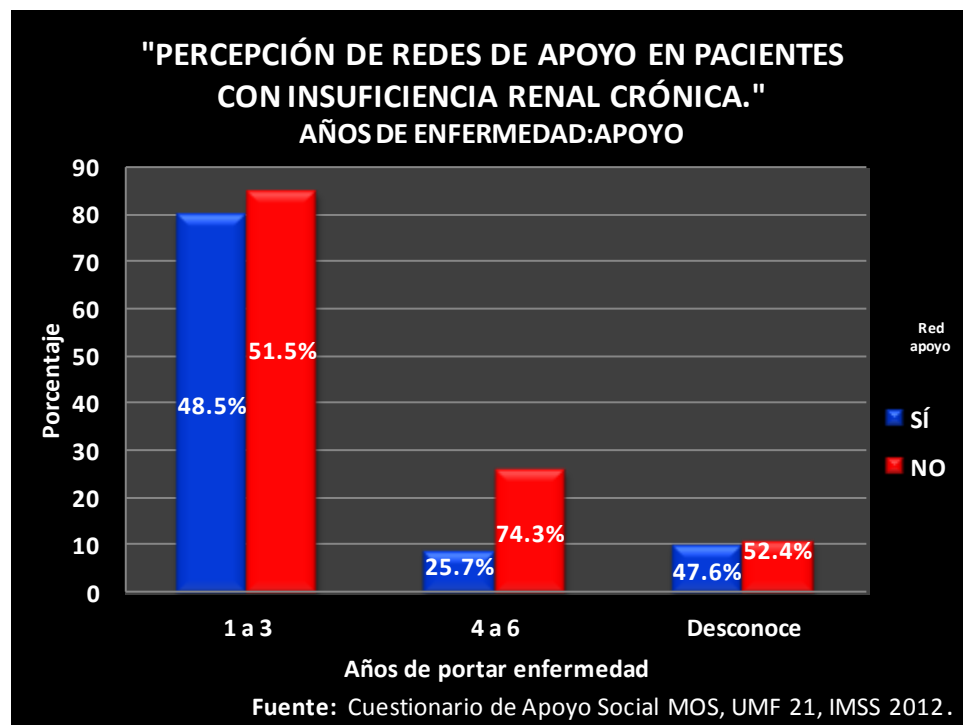
En lo que respecta a la actividad laboral, los desempleados son los que no perciben apoyo social con el 57.3%, en comparación con los empleados que reportaron 50.7%.

Gráfico No. 4. Distribución por estado civil y la presencia de redes de apoyo.



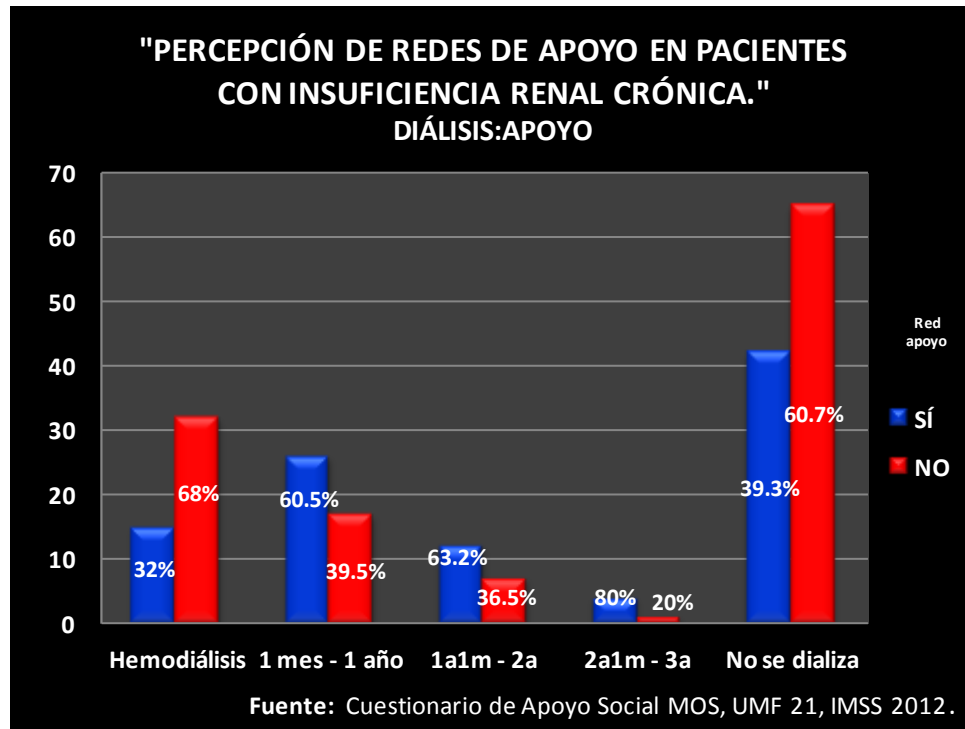
En lo relacionado al estado civil, nuestro estudio reportó que los pacientes divorciados no perciben apoyo social con el 75%, seguido de los viudos con el 64.3%, y los casados con el 54.8%.

Gráfico No. 5. Distribución por años de evolución de la enfermedad y la presencia de redes de apoyo.



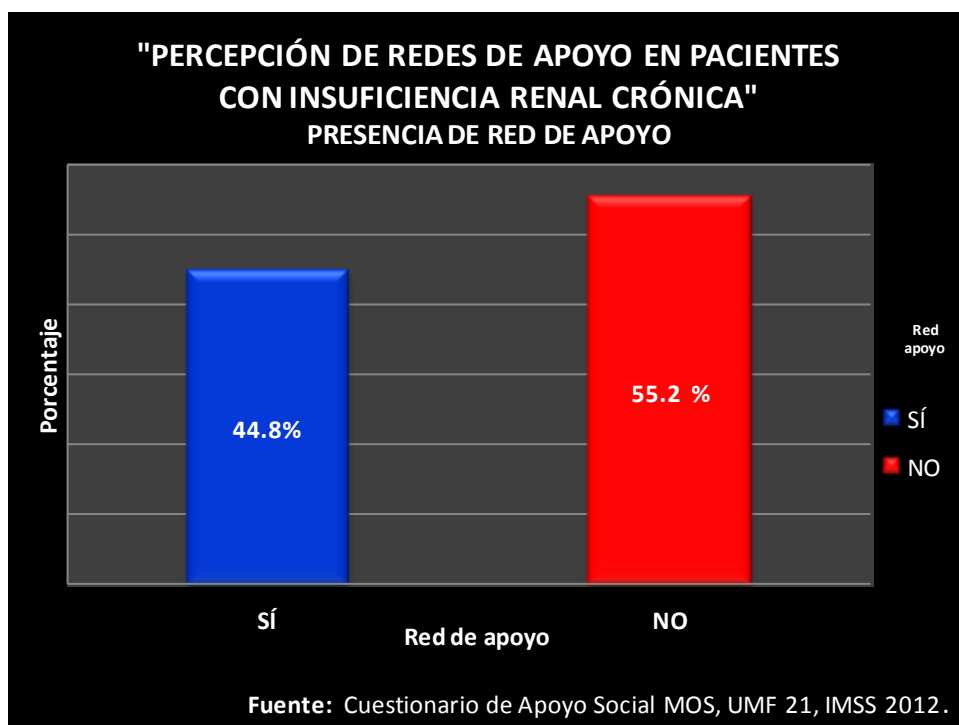
De acuerdo al tiempo de portar la enfermedad, los pacientes que tienen de 4 a 6 años de evolución, no reportan redes de apoyo con 74.6%, seguidos de los que desconocen tener la enfermedad con 52.4%, en tercer lugar los que tienen de 1 a 3 años con 51.5%.

Gráfico No. 6. Distribución por tiempo de estar en tratamiento de sustitución renal y la presencia de redes de apoyo.



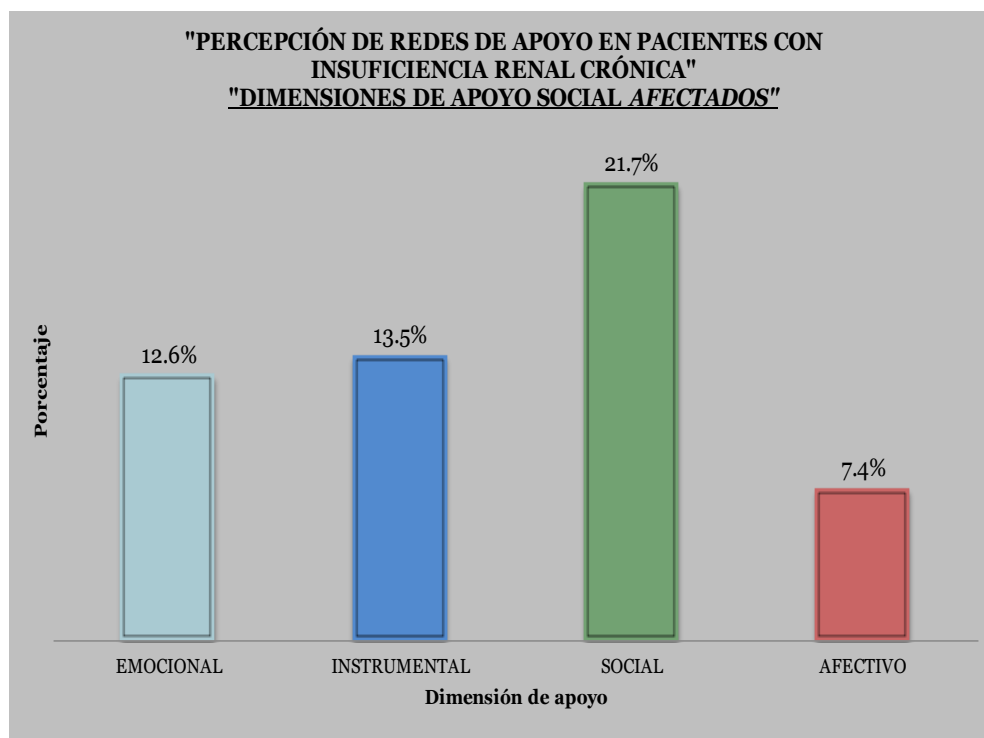
Los pacientes que se encuentran en hemodiálisis no perciben redes de apoyo en el 68%, seguido de los que no se encuentran en tratamiento sustitutivo renal con el 60.7%.

Gráfico No. 7. Distribución por presencia y ausencia de redes de apoyo.



Los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica no cuentan con redes de apoyo en el 55.2%, en comparación con los que sí perciben con el 44.8%.

Gráfico No. 8. Dimensiones de apoyo social afectados.



Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS, UMF 21, IMSS 2012.

La dimensión de apoyo social más afectado es el social con el 21.7%, seguido del instrumental con el 13.5%, el emocional y afectivo con 12.6% y 7.4% respectivamente.

Tabla No. 1 Pruebas de Chi-cuadrado

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Género	6.024	1	.014
Años de portar la enfermedad	6.129	2	.047
Años con diálisis peritoneal	13.849	4	.008

De acuerdo a la aplicación de la prueba de Chi-cuadrado se determina que existe asociación de la percepción de redes de apoyo con el género, años de portar la enfermedad y años con diálisis peritoneal.

DISCUSIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la insuficiencia renal crónica, implican uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.⁴⁸

Los estudios muestran que la red de apoyo social de la que dispone el paciente, puede jugar un rol importante tanto en términos de apoyo emocional, es decir, para el manejo de la emociones negativas asociadas a la enfermedad, así como en términos instrumentales para resolver demandas específicas relacionadas con la enfermedad y tratamiento.

En el presente estudio de investigación en el que se estudiaron 221 pacientes, se encontró que los pacientes con insuficiencia renal crónica no perciben apoyo social en el 55.2%, lo que es comparado con la literatura, que si bien, se aplicó a pacientes con EPOC utilizando el cuestionario de apoyo social de MOS, determinó que estos cuentan con menor percepción de apoyo social⁴⁹

Estas situaciones requieren implementar estrategias dinámicas para poder hacer frente a la enfermedad durante toda su evolución, por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio y análisis de estos, se observa la necesidad de implementar estrategias para el reconocimiento, fomentación y fortalecimiento de las redes de apoyo en estos pacientes.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes con insuficiencia renal crónica no cuentan con redes de apoyo en el 55.2%, principalmente los que aún no se encuentran en terapia de reemplazo renal, lo que se puede considerar factor determinante para su evolución a estadios terminales o bien no aceptar el tratamiento sustitutivo, pudiendo generar alteraciones en la dinámica familiar debido a que el enfermo demandará mayor atención por ser portador de enfermedad crónica, esto como consecuencia de la dificultad de adaptación de acontecimientos estresantes relacionados con esta enfermedad.
2. El género masculino es el más afectado en el 63.2%, con mayor afección en el grupo de edad comprendido entre los 40 y 66 años, desempleados, viudos y divorciados, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 1 a 3 años.
3. En nuestro estudio se encontró que los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica no cuentan con redes de apoyo. La enfermedad renal crónica por sí, genera cambios en el estilo de vida del paciente, y considerado que dentro de los recursos de apoyo social el más importante es la familia, es necesario que el especialista en Medicina Familiar estudie, analice, detecte y eduque al paciente y a la familia en relación a la importancia en el uso de las redes de apoyo de que disponen y usarlas en beneficio del paciente, de la familia, y de la institución, debido que al retardar o limitar la falla renal,

disminuirían los elevados costos que le generan a nuestra institución los tratamientos de sustitución de la función renal, generando un impacto en el área de la salud y socio demográfico.

SUGERENCIAS

En base a los resultados y conclusiones del presente estudio, nos permitimos emitir las siguientes recomendaciones para mejorar la atención y el pronóstico de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

1. Reforzar la educación a los pacientes de llevar a cabo un adecuado control metabólico, con la finalidad de que aprendan a identificar la importancia del mismo y de las complicaciones que conlleva el descontrol de su patología de base, en este caso, la insuficiencia renal crónica.
2. Fomentar a los pacientes la importancia del adecuado apego al tratamiento médico y no médico y el impacto del mismo en el control de la enfermedad renal crónica.
3. Desarrollar intervenciones por parte del equipo multidisciplinario para el involucramiento y empoderamiento de estos padecimientos así como con los cuidadores de estos pacientes dada la importancia del rol de cuidado que asumen.
4. Valorar la creación de grupos de ayuda únicamente con los pacientes con enfermedad renal crónica, esto con la finalidad de educar respecto a la enfermedad, empleando un equipo multidisciplinario, y sobre todo, solicitando la asistencia de todos los integrantes de la familia.

5. Dar continuidad al presente estudio de investigación, para detectar los estadios exactos de falla renal en que se encuentran los pacientes e implementar el adecuado uso de redes de apoyo para evitar su progresión a estadios terminales.
6. El presente estudio se difundirá en las sesiones generales de la UMF No. 21 del IMSS para conocimiento del personal multidisciplinario.
7. Se realizarán los trámites necesarios para su aprobación y publicación en revistas indexadas del IMSS y afines.

ANEXOS



ANEXO 1
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio:	Percepción de redes de apoyo en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
Patrocinador externo (si aplica)	
Lugar y fecha:	México, D.F. Enero-Diciembre del 2012.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se aplicará el cuestionario MOS para evaluar las redes de apoyo en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
Procedimientos:	Contestar cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer con todas la redes de apoyo con las que cuenta y que favorezcan su tratamiento y evolución.
Información sobre resultados y Alternativas de tratamiento:	Serán informadas oportunamente.
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	100%

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio

Si autorizo que se tome la muestra par este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término de estudio:

Mejorar condiciones de vida en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica, así como la identificación y utilización adecuada de redes de apoyo social.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Bertha Berenice Cerón Romero R2 MF

Colaboradores: Dr. Jorge Meneses Garduño, Dr. José Jesús Arias Aguilar

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720.

Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Dra. B. Berenice Cerón Romero
Nombre y firma de quine obtiene el
consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2 CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone

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

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de la veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién 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 quién confiar o con quién 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 quién 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 quién hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude con sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quién compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

ANEXO 3



ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROTOCOLO:

“PERCEPCIÓN DE REDES DE APOYO EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”

No. FOLIO: _____

No DE AFILIACION: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS

SEXO: (1) FEMENINO (2) MASCULINO

ACTIVIDAD LABORAL: (1) EMPLEADO (2) DESEMPLEADO

EDO. CIVIL: (1) SOLTERO (2) CASADO

(3) VIUDO (4) DIVORCIADO

(5) OTRO _____

AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD: _____

AÑOS DE EVOLUCIÓN CON DIÁLISIS PERITONEAL: _____

BIBLIOGRAFÍA

¹ García D. La conexión cardio-renal. Rev Colombiana de Car [serie en internet]. 2004 [citado 6 mayo 2005]; 11(2):99-104: [aprox. 8 p]. Disponible en:

<http://scielo-co.bvs.br/pdf/rcca/v11n2a1.pdf>

² Cabrera Soriano S. Nefrología: Guías. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Marín R, editors. SEN. Madrid: Sociedad Española de Nefrología; 2004. p. 27-35.

³ Inserta F. Microalbuminuria como marcador de disfunción endotelial, riesgo renal y cardiovascular. [monografía en Internet]. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Cardiológicas (ININCA); 2001 [citado 11 oct 2005]. Disponible en :

<http://www.renal.org.ar/rn/h/h01.htm>

⁴ Goicochea Ma. Ángeles et al. Guías SEN. Riñón y enfermedad cardiovascular. 2004. 24 (6); 1-235

⁵ Amato D, Álvarez AC, Castañeda LR, Rodríguez E, Ávila DM, Arreola F, et al. Prevalence of chronickidney disease in a urban mexican population. Kidney Int Suppl 2005; (97): S11-17.

⁶ United States Renal Data System (USRDS). Annual Data Report 1997 Bethesda, MD; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 1997.

⁷ Aleix Cases et al. NEFROLOGÍA. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. 2004; 24(6).

⁸ US RENAL Data System: USRDS 2001. Annual Data Report: The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, Bethesda. MD 2001.

⁹ Su-Hernández L, Abascal Macías A, Méndez Bueno FG, Paniagua R, Amato D. Epidemiologic and demographic aspects of peritoneal dialysis in Mexico Perit Dial Int 1996; 16(4): 362-5.

¹⁰ Cusumano AM, Di Glogia C, Hermida O, Lavorato C. Latin Registry of Dialysis and Real Transplantation. The Latin Dialysis and Renal Transplantation Registry Annual Report 2002. Kidney Int Suppl 2005; (97): s46-52.

¹¹ Cueto Manzano, AM. Peritoneal dialysis in Mexico Kidney Int Suppl 2003; (83): S90-92.

¹² Jerónimo Morales, M. Diálisis peritoneal ambulatoria. Características epidemiológicas. Rev Med IMSS 1999; 37(4): 289-296.

¹³ Preston E, Ellis M, Kulinskaya E, Davies A, Brown E. Association between carotid artery intima media thickness and cardiovascular risk in CKD. Am J Kidney Dis 2005; 46: 856-62.

¹⁴ Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. Socil Health Illness 1991; 13(4):451-468.

¹⁵ Nissenson AR, Prichard SS, Cheng IK, Gokal R, Kubota M, Maiorca R, et al. Non-medical factors that impact on ESRD modality selection. Kidney Int Suppl 1993; 40: S120-127.

¹⁶ Gokal R, Mallick NP. Peritoneal dialysis. Lancet 1999; 353(9155):823-828.

¹⁷ Criterios Técnicos Médicos para el tratamiento dialítico del paciente con insuficiencia renal crónica en etapa avanzada. Dirección de prestaciones médicas del IMSS. Pág.9. Fecha de actualización Feb. 1996.

¹⁸ Castells M. La cuestión urbana. España: Siglo XXI: 1974.

¹⁹ Reissman L. El proceso urbano. Colección ciencia urbana. España: G. Guilli: 1972.

²⁰ Barnes JA. Class Committee in a Noruegian Island Pariss, Human Relations: 1954.

²¹ Elkaim M y cols. Las prácticas de las terapias de red. 1ª ed. Barcelona.

²² Bellón Semeño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, Jardeli C, Validez y fiabilidad del cuestionaruo de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria 1996: 18 (4): 153-160.

²³ Irigoyen Coria A. et al. Diagnóstico Familiar. 5ª ed. México. Editorial Medicina Familiar Mexicana: 1996: 101-108.

²⁴ Juncosa Font S. Sobre los estudios comparativos entre dos redes de atención primaria 1993; 12(6):314-316.

²⁵ Rodríguez Morán M. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública Méx 1997; 39: 44-47.

²⁶ Rodríguez Agudelo T, et al. La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. Gac Med Mex 1995; 131 329-334.

²⁷ Pierce GR, et al. Handbook of Social Support and the Family New Cork: Plenium Press: 1996.

²⁸ Medalie JH. Historia Clínica Familiar, base de datos, árbol familiar y diagnóstico: Medicina Familiar. Salud Pública Méx. 1998; 30(2): 175-176.

²⁹ Infante Castañeda C. Bases para el estudio interacción familia-redes sociales- uso de servicios de salud. Salud Pública Méx. 1998; 30(2):175-176.

³⁰ Lomnitz L. Como sobreviven los marginados. 6ª ed. México: Siglo XXI: 1983.

³¹ Enge Hantch J, Callan A. Institution alizing social support. Trhough the curch and into de Community Health Educ. 1985: 81-92.

³² Backes GM. Family Relations and Informal Social Networks in the social structure and demographic change. Gerontol Geriatr. 1996; 29 (1): 29-33.

³³ Menendez E.L. Autoatención y automedicación: un sistema de transacciones sociales permanentes. Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. México: CIESAS. Cuadernos de casa Chafa. 1990. Núm. 179.

³⁴ Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F.J. Fundamentos de Medicina Familiar Mexicana. 1996.

³⁵ Taylor RB. Principios de la Atención Primaria de Salud: instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. Medicina de Familia.

Principios y práctica. Edición Española. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1999: 88-102.

³⁶ Hennen BK. Conducta ante la enfermedad. En: Shires DB, Hennen K, editors. Medicina Familiar. México. McGraw-Hill; 1983, p.35-39.

³⁷ De la Revilla L, Aviar R, De los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Atención Primaria 1997; 19: 133-137.

³⁸ De la Revilla L. La disfunción familiar. Atención Primaria. 1992; 19:582-583.

³⁹ Cartas de investigación. Red familiar de apoyo del paciente con insuficiencia renal crónica. Aten Primaria. 2002; 29(5): 317-318.

⁴⁰ Wellard SJ, Street AF. Family issue in home.base care. International Journal of Nursing Practice 1999; 5: 132-136.

⁴¹ Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. Kidney International 2001; 59: 1599-1613.

⁴² Valdés I. El apoyo social permitido por los pacientes en hemodiálisis (tesis de especialidad). Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cd. de la Habana. 2003.

⁴³ Revilla Ahumada L. et al. Validación del Cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina Familiar; 2005: 6(1):10-14.

⁴⁴ Morales Ascencio J.M. Comisión para el Desarrollo de la Atención de enfermería en el Servicio de Andaluz de Salud: Continuidad de Cuidados en situaciones de Afrontamiento familiar Inefectivo: 1-45.

⁴⁵ Riquelme Pereira N.et al. Sistemas de enfrentamiento en familias de enfermos alcohólicos. Ciencia y Enfermería; 2002. 4(1).

⁴⁶ Villareal Ríos, E. El protocolo de la investigación en las ciencias de la salud. Trillas. 2010.

⁴⁷ Hulley, S, et al. Diseños de Investigaciones Clínicas. Lippincott Williams Wilkins. 3ra ed.2008.

⁴⁸ Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Publica Mex 2008;50:419-427.

⁴⁹ De la Revilla Ahumada L, et al. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, abril 2005.