



UNIVERSIDAD  
"DON VASCO, A. C."

**UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.**

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

*PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES EN PROGRAMA  
DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DEL HOSPITAL  
GENERAL DE URUAPAN "DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ"*

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**Licenciado en trabajo social**

PRESENTA

**Geovana Padilla Calderón.**

**ASESOR: Lic. Norma Reyes Pérez.**

URUAPAN, MICHOACÁN, SEPTIEMBRE DE 2009.





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.

# Agradecimientos...

*Doy gracias a Dios por darme lo más grandioso que tengo... "vida".*

*Al destino que a pesar de desviar el camino... éste se encarga de ponernos en el tiempo y lugar exacto.*

*Gracias a mi misma, por demostrarme que nunca es tarde para hacer realidad un sueño.*

*A mi hermana Haydé, que sin ella no habría podido realizar este sueño. Que además me ha brindado su apoyo y ha estado conmigo en los momentos más difíciles. Y quien me ha compartido sus conocimientos y experiencias.*

*A mis hermanos por ser parte de mi vida ...mis seres queridos.*

*A mis padres que me han dado su amor incondicional y me han enseñado a ser una mujer de bien. Y han estado conmigo en todo momento siendo un aliciente en mi vida.*

*A los directivos del hospital quienes me dieron la oportunidad de adquirir los conocimientos prácticos dentro de la institución.*

*A todos mis sobrinos que me han enseñado a expresar mis sentimientos y ternura hacia ellos.*

*A mis amigas Caro, Anabel, Rosa, Isela, Martha, Luci, Laura, Lucina, Belem, Yuku y Adriana quienes me han brindado su amistad ...y con quienes aprendí el verdadero significado de la amistad.*

*A mi asesora... la maestra Norma Reyes Pérez, quien me apoyo y oriento en todo momento teniéndome paciencia y brindándome no solo sus conocimientos sino su amistad.*

*A las maestras Sandra Corza y Adriana Santoyo, porque confiaron en mi dándome la oportunidad y me apoyaron para continuar con mi tesis brindándome sus conocimientos y asesorías.*

*A todos los que confiaron en mi y en mis capacidades.*

*A mi madre quien ha sido un ejemplo a seguir... enseñándome que no hay valor más grande que el amor y el perdón.*

*A mis compañeras de trabajo que contribuyeron para que mis conocimientos en institución se ampliaran.*

*A mi sobrino Julio quien es mi gran cómplice y amigo... demostrándome lo importante que soy en su vida.*

*A mi sobrina Lupita quien día con día me motiva y contagia con su alegría.*

*A todos mis compañeros con quienes compartí momentos gratos y difíciles... obteniendo un gran aprendizaje de todos y cada uno de ellos.*

*A todos mis maestros que dejaron en mi una semillita de su sabiduría... engrandeciendo mis conocimientos y fomentando aún más el amor por mi vocación profesional*

*Gracias a mi amigo Humberto que me brindó su orientación y ayuda para poder continuar con mi tesis.*

# ÍNDICE.

## INTRODUCCIÓN.

## CAPÍTULO I. ESTRUCTURA SOCIOECONÓMICA.

1.1.	Definiciones. -----	6
1.2.	Clases sociales. -----	10
1.3.	Crisis y pobreza en México. -----	13

## CAPÍTULO II. FAMILIA.

2.1.	Definición de Familia. -----	20
2.2.	Tipología de la Familia. -----	22
2.3.	Funciones de la Familia. -----	26
2.4.	Organización familiar. -----	27
2.5.	Ciclos de la Familia. -----	27
2.6.	Redes e instituciones sociales y la Familia. -----	32

## CAPÍTULO III. DIÁLISIS PERITONEAL.

3.1.	Definiciones. -----	38
3.2.	Insuficiencia Renal Crónica. -----	38
3.3.	Diálisis. -----	42
3.4.	Tipos de Diálisis y su procedimiento o mecanismo. -----	44
3.5.	Procedimiento de inclusión de pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. -----	45
3.6.	Autocuidado en el paciente con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. -----	46

## CAPÍTULO IV. TRABAJO SOCIAL.

4.1.	Antecedentes históricos de Trabajo Social.-----	50
4.2.	Desarrollo de Trabajo Social en México. -----	51
4.3.	Definición de Trabajo Social. -----	54
4.4.	Niveles de intervención de Trabajo Social.-----	55
4.5.	Trabajo Social en el área de salud. -----	65
4.6.	Perfil ideal del Trabajador Social.-----	66

## CAPÍTULO V. HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN “DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ”.

5.1.	Antecedentes históricos.-----	72
5.2.	Objetivos. -----	73
5.3.	Misión y Visión.-----	73
5.4.	Políticas. -----	74
5.5.	Estructura Organizativa. -----	74
5.6.	Departamento de Trabajo Social. -----	77

## CAPÍTULO VI. INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

6.1.	Definición del Universo.-----	81
6.2.	Elaboración del instrumento. -----	82
6.3.	Recopilación de la información.-----	83
6.4.	Presentación de resultados. -----	84
6.5.	Análisis de la información.-----	130

Conclusiones.

Propuesta.

Bibliografía.

Anexos.

## INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación está enfocado en el área de la salud cuyo tema a abordar es el perfil socioeconómico de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria que acuden a recibir atención al Hospital General de Uruapan. Primero que nada es importante comentar acerca de que es la Insuficiencia Renal Crónica. Por tanto cabe señalar que esta enfermedad es la pérdida progresiva e irreversible de la función renal que condiciona a un estado urémico, esto se debe, a que los riñones ya no pueden filtrar y eliminar los productos de desecho de la sangre (urea, creatinina, ácido úrico, etc.) afectándose todo el organismo.

La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud pública no solo a nivel nacional sino también mundial, a tal grado que se le ha denominado la epidemia silenciosa por su gran crecimiento y falta de control, ya que progresa considerablemente al grado de requerir un tratamiento sustitutivo de la función renal, siendo la modalidad más común en México la Diálisis Peritoneal, debido a múltiples factores principalmente económicos.

Por diversas razones, la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, es la modalidad dialítica que se utiliza en el 84% de los pacientes con este padecimiento en México, y un 16% en Hemodiálisis, a la inversa de Estados Unidos, donde el 90% de los pacientes recurren a la Hemodiálisis y el 10% se encuentra en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Debido a que los costos en uno y otro tratamiento son variables, pues en promedio el Tratamiento a través de Hemodiálisis equivale a \$24,000.00 por mes, mientras que la Diálisis Peritoneal equivale a \$8,600.00 por mes.

Por esta razón es que los pacientes que ingresan a hospitales públicos como el Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”, acceden a este tipo de modalidad por las ventajas que ofrece, sobre todo de tipo económico y de más viabilidad para el paciente.

A continuación, se explicará de manera breve como se integra el presente trabajo, siendo a través de seis diversos capítulos en los que se plasma información específica de gran interés y la cual esta relacionada directamente con el paciente renal.

El **Capítulo I. Estructura Socioeconómica** señala ciertas definiciones como son estructura, economía y sociedad. Se retoman ciertas bases teóricas como es el estructuralismo. Y se señala qué son las clases sociales, además, se hace mención acerca de la pobreza y de la exclusión social, así como de los salarios mínimos que nos indica la CONASAMI a nivel nacional.

En el **Capítulo II. Familia** se encuentra toda aquella información relacionada con la estructura familiar desde algunas definiciones hasta la tipología y el ciclo de vida de la familia, además se señalan todas aquellas funciones que tiene la familia como institución, recordando que esta tiene las siguientes funciones: afectiva, socializadora, económica y reguladora de las funciones sexuales y de procreación, así la función de cuidado. También se menciona como se relaciona esta con las diferentes instituciones sociales. Es importante señalar que debemos conocer como se conforman las familias para poder entender mejor como se relacionan entre sus miembros y cuál es la dinámica y distribución de roles en ella, así como detectar la etapa en la que se encuentran atravesando en el momento actual debido a que el paciente requiere del respaldo familiar en todos los aspectos.

El **Capítulo III. Diálisis Peritoneal** esta dedicado a hablar de lo que es la Insuficiencia Renal Crónica, así como se explican las diferentes modalidades de tratamiento haciendo énfasis especialmente en la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria que es la más frecuente en este Hospital. Se hace mención de los síntomas que suelen aparecer cuando se presentan complicaciones en el paciente, así como de los mecanismos de inclusión. Aunado a esta información se hace referencia a los aspectos sociales, económicos y familiares que intervienen en el paciente y su vida cotidiana a partir de la aparición de esta enfermedad.



El **Capítulo IV. Trabajo Social** refiere información acerca de lo que es la profesión de Trabajo Social y en el área de la salud, señalando definiciones de diversos autores, retomando antecedentes históricos que le dieron origen en México, explicando cuales son los diferentes niveles de intervención profesional del Trabajador Social como son: caso grupo y comunidad. Asimismo se hace una referencia del perfil ideal del Trabajador Social en esta área.

El **Capítulo V. Hospital General de Uruapan** nos da una referencia de la institución de salud en la que se realiza tal investigación siendo esta el Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez” que se encuentra en esta ciudad, la cual es de carácter público. Señalando cuales fueron sus inicios y en que contexto se origina. Relata los primeros años de actividades y como a pesar de ser una institución diseñada para brindar atención de segundo nivel a lo largo de los años se ha convertido en una institución de tercer nivel incorporando especialidades, que solo se dan en estos últimos tipos de instituciones de tercer nivel. Se hace mención de los objetivos institucionales así como la misión y visión. Señala incluso la cobertura existente.

Y finalmente el último **Capítulo VI. Investigación de campo** señala la metodología utilizada para tal investigación realizada haciendo uso de técnicas e instrumentos para obtener dicha información. Por último, se muestra un análisis de la información con base en los resultados que arrojó la investigación así como las conclusiones finales de tal trabajo realizado.

Se incluye además, las **Conclusiones** y la **Propuesta**, que se formula como una aportación a la investigación realizada sobre el perfil socioeconómico de los pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital General. Debido a la problemática detectada durante la presente investigación.

# CAPÍTULO I

## ESTRUCTURA SOCIOECONÓMICA.

En el caso de los pacientes con Insuficiencia Renal crónica, la estructura socioeconómica es determinante para poderse incorporar el paciente a un tratamiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria ya que como es bien sabido, este tratamiento es un tanto costoso y no esta al alcance de todos los pacientes por carecer de los recursos económicos suficientes como para la erogación que se genera de manera periódica en el procedimiento dialítico.

Por lo tanto, es básico abordar aquellos factores socioeconómicos que influyen de manera directa en el manejo médico que el paciente requiere para llevar a cabo el procedimiento de la diálisis peritoneal.

### 1.1. Definiciones:

Antes de profundizar un poco más sobre el tema es importante tener claros los siguientes términos: estructura, sociedad y economía. Por lo tanto se dará una definición de cada uno de estos conceptos:

#### **Estructura:**

“Distribución y orden de las partes de un todo”(Diccionario Encarta: 2004).

#### **Sociedad:**

El autor Ezequiel Ander Egg lo explica de la siguiente manera, señala que la sociedad designa los vínculos existentes entre una pluralidad de seres vivientes en interacción. Pero en su uso más generalizado hace referencia a la contextura Interhumana aludiendo al conjunto de individuos, organizaciones, instituciones, actitudes y formas de ser que tienen características en común, en este sentido se habla de sociedad burguesa, sociedad capitalista, sociedad socialista, etc.

La sociedad es el conjunto de individuos que comparten una cultura, y que se relacionan interactuando entre sí, cooperativamente, para formar un grupo o una comunidad.

### **Economía:**

“Economía, es la ciencia que se encarga del estudio de las leyes que rigen la producción, la distribución, la circulación y el consumo de los bienes y servicios que satisfacen necesidades humanas”.(Silvestre: 2004:22)

El objetivo de la economía es estudiar la correcta distribución de los recursos para satisfacer las necesidades del hombre. En otras palabras, analiza la relación entre los recursos que son de carácter limitado y las necesidades que son de carácter ilimitado.(www.wikipedia.org).

“Estructura económica se denomina al conjunto de elementos relativamente estables que constituyen la economía de un país, una región o una empresa”(Dimas; 2002: 363).

El termino estructura socioeconómica se utiliza también para determinar el nivel de poder adquisitivo que tienen los habitantes dentro de una círculo social, para obtener los satisfactores que requiere para cubrir ciertas necesidades este nivel esta determinado específicamente por la economía de las personas y esto dependerá básicamente de su fuente de ingresos.

Se puede decir que la estructura socioeconómica es la manera en como esta conformada o integrada la sociedad y específicamente la familia, en el ámbito social y económico, para lograr satisfacer las necesidades sociales básicas de la población.

Siendo una de las necesidades básicas que debe cubrirse la de la salud que se ve vulnerable a sufrir desequilibrio en ciertos sectores de la población más desprotegidos por lo cual se diseñan acciones y actividades a seguir por parte de los distintos niveles de gobiernos.

Estas necesidades serán cubiertas en la medida de lo posible de cada persona, y para esto la posición y adquisición económica juega un papel fundamental para cubrir estas necesidades presentadas. Vivimos en un mundo capitalista en el que el dinero es primordial para la adquisición de bienes o satisfactores con los cuales se cubran las necesidades.

Es importante señalar que las necesidades de cada ser humano son diferentes lo que para una persona puede ser una necesidad básica o primordial para otra puede representar una necesidad secundaria. Mientras que existen necesidades innatas que todo ser humano debe cubrir como son las necesidades fisiológicas y de alimentación. Las necesidades de cada ser humano varían dependiendo la etapa de desarrollo en que se encuentre como son: la infancia, niñez, adolescencia, etapa adulta y vejez.

Por otra parte es necesario que se estudie un poco más al ser humano en su multidimensionalidad en la que se encuentra inmerso. Por lo tanto cabe señalar lo siguiente:

El comportamiento humano se encuentra sujeto por una serie de formas de conducta previamente establecidas. Este conjunto o totalidad de intrincadas interrelaciones del hombre y su medio, también sufre constantes modificaciones totales o parciales en su estructura y funciones, unas veces a ritmo acelerado y otras a ritmo apenas perceptible. La realidad sociocultural del hombre se agrupa en cinco categorías:

- El hombre.
- El medio físico.
- La evolución.
- La sociedad.
- La cultura.

Según Marx "la estructura de la sociedad se compone de dos sectores fundamentales: la base económica y la superestructura. Por base económica de la

sociedad se sobreentiende la esfera de producción social, de bienes materiales que hace posible la existencia social e individual del hombre. La base económica de la sociedad se compone de dos fuerzas productivas y de relaciones de producción.

La superestructura está compuesta por todas las demás esferas de la realidad social, que en última instancia están condicionadas por la base económica de la sociedad. Se trata de la organización sociopolítica de la sociedad en la cual figuran diversas formas de la vida social (Estado, Instituciones jurídicas, Organizaciones políticas) y de la conciencia social que consiste en la superestructura jurídico – política y formas superiores de conciencia entre las cuales están la religión la moral la filosofía la ciencia y el arte” (Baena; 2005: 13)

Para Marx las relaciones entre los hombres se vuelven relaciones de producción que conforman la estructura económica de la sociedad. Pero ese modo de producción condiciona también la vida social política y cultural.

Guillermina Baena Paz en su obra “Estructura Socioeconómica de México, nos señala que la teoría del **estructuralismo**, entiende la estructura como el conjunto de elementos materiales y sociales que constituyen el esqueleto de una comunidad y que se caracteriza por su relativa fijeza en el tiempo o su virtual inmutabilidad.

Una estructura comprende los siguientes elementos o subestructuras:

- Medio físico
- Población y su composición
- Organización productiva por sectores
- Estructura social
- Relación externa

Sin duda alguna la economía es una variable independiente y dependiente de las clases sociales y de la estratificación social, ya que de ella se deriva la satisfacción o insatisfacción de las necesidades básicas de la sociedad de las comunidades de los grupos y de las familias.

## 1.2. Clases sociales.

Como se hizo referencia anteriormente es indispensable dejar claros ciertos conceptos para una mejor comprensión de lo que se está aludiendo en este capítulo por lo cual es necesario entender como se encuentra estructurada la sociedad y para esto retomaremos información de algunos autores tales como el autor Theotonio Dos Santos en su libro “Concepto de Clases”, quien nos dice que la estratificación social introduce un elemento de jerarquización de los individuos en la sociedad, no solamente por su posición de clase sino por diferencia de ingreso, profesional, cultural, políticas, etc.

Nicole Laurin Frenette nos señala que la estratificación es el resultado de la distribución del poder en la comunidad política, se manifiesta según Weber en una triple jerarquía:

- 1) La **jerarquía económica** basada en el poder económico que constituye a los individuos en <<Clases sociales>>.
- 2) La **jerarquía social** basada en el poder social en la condición o honor que constituye a los individuos en <<estamentos>>(grupos de estatus).
- 3) La **jerarquía política** que corresponde a la distribución del poder político o de influencia y esta compuesta por grupos a los que se dará el nombre de <<partidos>>.

Lo anteriormente explicado nos deja claro la manera de funcionar la economía en los diferentes grupos o clases sociales, y como esta se fundamenta en base al nivel de participación en el sistema de la producción.

En México existen formas de vida familiar distintas, cada una de las cuales depende de diversos factores tanto internos como externos. Las familias se diferencian primordialmente por su ubicación social, enlazada con las acciones y agrupamientos que existen en los determinados ámbitos sociales. A este conjunto de interrelaciones sociales es a lo que se le denomina estructura social.

El sistema capitalista se caracteriza por la organización social en la que se da un sentido social cuyo objetivo económico es prioritario. En éste contexto capitalista, la institución familiar tiene que conformarse, según el sector de clase social en el que se vive.

### **Tipos de clase social:**

A continuación se enlista una serie de categorías de los diferentes tipos de clase social que existen en base a su actividad económica y a su situación social y de ubicación geográfica:

- **Familia Campesina:**

Se apega a la producción de la tierra, quedando dependientes de los sistemas de procesamiento, que a su vez dependen de grandes complejos económicos del mercado nacional o internacional. La mano de obra joven será expulsada del medio rural, por el fenómeno de la migración en busca de un anhelo de mejoramiento, que se verá obstaculizada en la búsqueda de alternativas.

- **Familia Subproletaria:**

Son familias que viven en las zonas marginales urbanas, que apenas sobreviven en un ambiente hostil, de inseguridad e inconsistencia en el trabajo, que se ve reflejada en todos los aspectos de su vida familiar. Los hijos crecen en una lucha constante por sobrevivir.

- **Familia Proletaria:**

Su futuro es más esperanzador, aunque no puede decirse que triunfante. Tener un trabajo en una fabrica por ejemplo, significa tener ciertos beneficios del sistema industrial y urbano. La dependencia y condiciones son evidentes, así como a merced de la enajenación y el sindicalismo. Existe una tendencia hacia la familia conyugal nuclear, que se mezcla con el de una familia compuesta y extensa que aún persiste, aunque ya no tan funcionalmente.

- Familia de Clase media:

El modelo familiar-conyugal “pequeño-burguesa” se impone, este modelo no es tan funcional, ni tan adecuado. Es un apoyo para el sistema capitalista pues se modela una personalidad individualista que colabora al crear una mentalidad de empleado y técnico del sistema económico y político vigente. Hay contradicciones que surgen como manifestaciones críticas, principalmente entre las generaciones jóvenes y adultas. Muchas veces la situación familiar de la clase media tiende a absorber a través de la aspiración del confort y de la seguridad familiar futura, todo impulso crítico y radical proveniente de sus elementos jóvenes e intelectuales.

El sistema burocrático y de empleomanía salarial fijo, por un lado y el profesional liberal por el otro, captan la aspiración pequeño burguesa de la familia, ésta presiona al jefe de ella a ser prudente y conservador.

La misma aspiración de movilidad social, favorece que sus elementos adultos (sean hombres o mujeres) sean muy activos en la vida social y los proyecta a través de una ideología no clasista, sino de lucha personal por el poder y el dinero, que a veces resulta exitosa.

- Familia Acomodada:

Tienden a mostrarse autosuficientes y aunque aparentemente siguen el modelo de familia conyugal-nuclear, su realidad refleja casi siempre un sistema consanguíneo que rige tanto la actividad familiar interna como externa de sus miembros. Las familias acomodadas, suelen tener un sentimiento clasista muy marcado, que se refuerza a través de una socialización de los hijos realizada por las escuelas, los clubes, los círculos sociales más o menos cerrados a su clase y sector.

Aparentemente hay una división y contraposición entre las elites políticas y las económicas, pero dentro de las familias acomodadas y sus círculos sociales e interfamiliares, de hecho vienen a ponerse en estrecho contacto.



### 1.3. Crisis y pobreza en México:

En este punto se manejarán aspectos sobre crisis económica y pobreza, ya que México se integra por amplios sectores marginales de la sociedad. Que se ven afectados por las consecuencias de las carencias y necesidades propias de este estado situacional en que viven miles de familias en los últimos años.

Cabe decir que la “Pobreza es el estado del que carece de lo necesario, para vivir escasez”(Dimas; 2004: 742).

La pobreza implica dificultad o el no poder tener acceso a los recursos necesarios para ser capaz de realizar actividades relacionadas con la supervivencia, salud, reproducción, relaciones sociales, conocimientos y participación social.

***“La mantención de los trabajadores y de sus familias depende de:***

- a) La disponibilidad de empleo y de los niveles de remuneración que condicionan la cantidad y calidad de los bienes que las familias pueden comprar en el mercado.
- b) El conjunto de actividades que sus integrantes realizan en el ámbito doméstico que van desde la compra de los bienes y su elaboración para ser consumidos hasta la realización de otras tareas esenciales para la reproducción cotidiana y
- c) La prestación de servicios de educación salud seguridad social y de subsidios a productos básicos por parte del Estado”(Antología de Familia y vida cotidiana, UNAM;2006: 22) .

Cabe señalar que las familias son unidades económicas que actúan en el ámbito del consumo y que colaboran con la reproducción de la sociedad. La miseria de los salarios, la escasez de ingresos, el dinero que el padre lleva al hogar, como se utiliza, como se distribuye, es una forma de ver el trabajo alienante y la obligación del trabajador de venderse constantemente para lograr la sobrevivencia de su núcleo familiar.

Según la opinión de la autora Liliana Barg, anteriormente era común identificar la figura del hombre como único proveedor en las familias pobres, como un mandato que otorga prestigio, sufre algunas modificaciones en los últimos años siendo uno de mucha trascendencia la incorporación de la mujer al mercado laboral quien ahora es bien sabido no solo es una buena administradora del dinero sino también ha aprendido a valorar su trabajo en el hogar.

La falta de alimentación que afecta a sus miembros la suma de carencias y la búsqueda de trabajo obstaculiza toda expansión afectiva y la familia puede caer en la miseria y el aislamiento.

“La inversión de roles familiares tradicionales por la falta de trabajo puede resultar obligado y humillante, y profundiza las grietas por donde se regulan las relaciones familiares con dispositivos moralizantes”(Barg; 2000: 39).

Con la incidencia de diversos factores sociales, culturales, históricos, políticos, económicos, van surgiendo nuevas formas de relación entre hombres y mujeres y otras formas de ejercicio de los roles de género y desarrollo de las funciones que históricamente se asignaban a la madre y al padre en la tradicional familia patriarcal.

Si el padre no trabaja se entra en crisis y si trabaja para sobrevivir tiene que tener varios empleos a la vez lo que lo mantiene fuera de casa todo el día y se sacrifica el funcionamiento familiar. Se pierde la posibilidad de desarrollar valores que hacen al ejercicio de la paternidad como el diálogo la discusión la solidaridad el intercambio y el ejercicio de la autoridad de las normas con mesura y con amor.

### **Salarios en México:**

Retomando a Carlos Marx, este autor define se le llama salario a la remuneración al trabajo, es la cantidad de dinero que el capitalista paga por un determinado tiempo de trabajo o por la ejecución de una tarea determinada.

Por otra parte, el salario es el de menor cantidad que la Ley permite pagar a un trabajador. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estipula en el

artículo 123: “Los salarios mínimos deberán ser suficientes para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en el orden material, social y cultural”.

Debido al sistema económico neoliberal se ha agrandado la brecha entre el salario mínimo real y lo que ordena la Constitución.

Ahora bien y para efectos de esta investigación y en específico del apartado arriba señalado, es básico saber como es que se conforma la canasta mexicana de productos básicos que consumimos los mexicanos y que mantiene estricta relación con lo que es el salario, por motivos de poder adquisitivo de los satisfactores más primordiales para las familias mexicanas.

La Procuraduría Federal del Consumidor define que la canasta básica es un conjunto de bienes y servicios indispensables para que una familia satisfaga sus necesidades básicas de consumo a partir de su ingreso. Esta canasta se obtiene a partir de la Encuesta de Ingreso-Gasto de los Hogares (ENIGH) emitida por el INEGI. Dicha encuesta proporciona los gastos asociados de los hogares en 580 bienes y servicios.

La canasta básica del Banco de México está compuesta por 80 bienes y servicios agrupados en las siguientes categorías: alimentos, bebidas y tabaco; ropa, calzado y accesorios; vivienda; muebles, aparatos y accesorios domésticos; salud y cuidado personal; transporte; educación y esparcimiento, así como otros servicios.

Según detalla la Procuraduría Federal del Consumidor, la canasta básica tiende a actualizarse, a través de cambios en su ponderación o en la aparición o desaparición de algunos de sus componentes, debido a cambios tecnológicos, aparición de bienes y servicios, mejora en sus atributos físicos, o bien a la evolución del ingreso familiar y los cambios en los hábitos de consumo de los consumidores.

Como se puede observar, la economía es un factor determinante para el acceso a los servicios y satisfactores que requiere cada persona. En el caso de la salud, la economía juega un papel preponderante ya que no todos los pacientes son

derechohabientes de algún tipo de seguridad social en cuanto a servicio de salud se refiere.

### Exclusión social y salud:

Cabe resaltar que en 1995 la Fundación Europea la definió como el proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos (señalados o sacados) de una participación plena en la sociedad en la que viven.

Al hablar de exclusión social nos referimos a las múltiples dimensiones dentro de la sociedad que a su vez se concretizan en tres áreas de gran importancia como son: los recursos las relaciones sociales y los derechos legales. Y son las siguientes:

#### 1. Privación económica:

Cuando no se cuenta con un empleo fijo se vive en la inseguridad económica ya que los ingresos son insuficientes para cubrir las necesidades básicas de la población, lo que dificulta el tener acceso a los servicios más básicos de salud por lo que la salud se pone en riesgo.

#### 2. Privación social:

Al verse los lazos familiares rotos se pierde el apoyo familiar, económico, moral y de solidaridad para con los miembros de la familia, se da paso a la marginación social por parte de la misma familia y sociedad lo que afecta tanto en la autoestima como repercute en los comportamientos del individuo en sociedad lo que le excluye de su participación en la vida social y actividades y propicia con más aceleración el deterioro de la salud del individuo.

#### 3. Privación política:

A falta de la participación social se pierden poder sobre la toma de decisiones en la vida cotidiana.

La sociedad se encuentra dividida entre los incluidos sociales que son las personas productivas y los excluidos sociales, que son quienes no son productivos para la sociedad.

Mientras que para algunos la exclusión social es la causa de la pobreza para otros es considerada la pobreza como parte de la exclusión social. Cuyas situaciones de empobrecimiento tienen sus bases en las desigualdades sociales.

La exclusión social esta condicionada por las estructuras socioeconómicas y políticas de cada país. También esta ligada a factores como es la situación geográfica y a otros como la discriminación por cuestiones de género, casta o etnia.

Dentro de la estructura de la atención médica se observa que las áreas marginadas urbanas y las zonas rurales que presentan más frecuentes y graves problemas de salud son las que paradójicamente tienen menos servicios.

Existen diversos inconvenientes o factores sociales que presentan un alto riesgo para el detrimento en la salud de las personas enfermas tales como son el difícil acceso a los servicios de salud, escasez de recursos económicos para la continuidad de su tratamiento, dificultades psicosociales en el entorno del enfermo, problemas de carga emocional para la familia del enfermo, soledad y aislamiento del paciente.

Tal es así que el enfermo puede llegar a sufrir un proceso de exclusión social partiendo desde la propia familia hasta el sistema social. Sus habilidades ya no son reconocidas y dejan de ser productivas debido a su estado de salud.

Por tal motivo es importante que se reduzca y elimine la exclusión social de aquellos grupos sociales y se trate de integrar a estos a la dinámica social mediante estrategias de participación social, integración laboral, empoderamiento, elevación del autoestima y realización personal.

Como se puede observar en el presente capítulo, es importante conocer el contexto familiar y social en que se encuentra inmerso el paciente, ya que de esta manera será más fácil determinar la etapa familiar que esta viviendo y conocer la situación

prevaleciente; lo cual nos servirá de apoyo para comprender y prever o pronosticar los cambios que acontecerán posterior al inicio del tratamiento dialítico, así como las instituciones y redes sociales con que se relacionan las familias, de acuerdo al contexto social y geográfico en el que se desarrolla de manera cotidiana.

En el caso de los pacientes con Insuficiencia Renal en tratamiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, los costos que se originan por dicho padecimiento son un tanto elevados, ya que requieren de realizar recambios de diálisis diariamente, generando gastos elevados que surgen de manera imprevista a los otros gastos que ya presentan de manera habitual en base a las necesidades de la familia, por lo que se crea un desequilibrio en la economía familiar que a su vez repercute subsecuentemente en otras áreas de la vida y dinámica familiar. Toda vez que una realidad social es los bajos ingresos que se tienen en la mayoría de los hogares; muestra de esto se refleja en la tabla de salarios mínimos de la CONASAMI (Comisión Nacional de Salarios Mínimos).

## **CAPÍTULO II**

### **FAMILIA.**

El presente capítulo es de gran importancia para el desarrollo del tema en estudio, ya que la familia es y será el núcleo de toda sociedad. Por lo tanto es indispensable analizar de manera clara que es una familia, así como los diferentes tipos de familias existentes. A lo largo del capítulo se señalará como es que se integran las familias y cual es su funcionamiento.

Este capítulo se relaciona con los demás, recordando que los pacientes con insuficiencia renal crónica son integrantes de una familia y como tal son parte medular de su constitución por lo que algún desajuste en alguno de sus miembros ya sea de tipo económico, social, emocional o laboral, repercute en el resto de los integrantes ya que ocurre un cambio en la dinámica familiar, cambio de roles y de conductas de los miembros de una familia.

De tal manera que si se tienen los conocimientos acerca de cómo se integran y clasifican las familias, así como se identifican cuales son sus etapas y funciones, esta información servirá como sustento o fundamento para comprender y analizar las posibles causas y/o cambios que se originan en una familia en la que se presenta en alguno de sus miembros la enfermedad de la Insuficiencia Renal Crónica.

Cabe señalar que en México sigue siendo tradicional que las familias sean de tipo nuclear cuyo padre generalmente es quien se encarga de ser el proveedor económico del hogar y la madre se encarga del cuidado de los hijos. Sin embargo la familia actual esta cambiando ya que la incorporación de la mujer al mercado laboral ha modificado la dinámica familiar. Y por consiguiente se da un nuevo reajuste en los roles familiares y dinámica familiar.

“Es claro que el dinero da poder a quien lo trae a la familia, justifica situaciones de dependencia, de dominación de un sexo sobre otro, jerarquías de orden y mando, quien lo presta, quien lo tiene, quien no lo tiene”(Barg; 2000: 26).

Además en los últimos años se ha dado un fenómeno social no solo a nivel nacional sino mundial, en el que se observa que las parejas se casan menos y tardan más tiempo en casarse, existe una ambigüedad ya que o se casan muy jóvenes o en una edad mayor que los matrimonios anteriores. Así como el número de hijos se ha reducido, probablemente debido a la situación económica que se torna precaria y a los estilos de vida diferentes.

Adicional a esto es cada vez más común que las parejas decidan vivir en unión libre y se ha elevado considerablemente el número de divorcios. También sucede que las mujeres son actualmente más autosuficientes para hacerse cargo de sus hijos sin el apoyo y respaldo de una pareja.

## **2.1. Definición de Familia.**

Son varios y distintos los términos que han surgido para definir el concepto de Familia sin embargo para términos prácticos se puede hacer referencia al conjunto de personas que tienen lazos de parentesco y consanguinidad. El término familia es muy amplio y variado, ya que es uno de los temas de interés más sobresalientes de toda sociedad en donde se implican diversos elementos culturales y sociales.

Si bien se ha señalado desde tiempo atrás que la Familia es y será el núcleo de la sociedad, y el grupo en el que se conforma la identidad de los miembros. La familia, es el contexto en el que se desarrolla el proceso de la socialización, se forma el carácter de los individuos, se enseña la manera de actuar y pensar, formando los hábitos y transmitiendo las prácticas culturales.

Familia puede ser un grupo de personas unidas por un lazo de parentesco, no solo por línea de consanguinidad sino por adopción, matrimonio o unión libre, cuyo grupo provee a sus integrantes de los elementos necesarios para su desarrollo físico y psicológico.



“También puede definirse como Familia, a aquellas parejas (hombre y mujer) que contrayendo o no matrimonio forman un hogar o viven juntos, además comparten sus bienes, se cuidan el uno al otro, procrean hijos haciéndose cargo de su cuidado y educación, también es una familia, aquella pareja que presenta las características anteriores pero deciden no procrear hijos. De igual forma es una familia aquel padre o madre que vive con sus hijos y solo se hace cargo del cuidado y educación de estos estando permanentemente ausente el compañero o compañera por cualquier razón”(Antología Familia y Vida Cotidiana; 2005: 63).

El autor Rodolfo Turain dice que Familia es un Grupo de individuos que sin tener una residencia común están vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos, constituyendo complejas redes de parentesco actualizadas de manera episódica por medio del intercambio, la cooperación y la solidaridad. La articulación de dichas redes implica una serie de reglas, pautas culturales y prácticas sociales referidas al comportamiento entre parientes.

Otra definición sobre familia puede ser la siguiente, “es la célula donde el hombre entabla los primeros vínculos afectivos y comunicación interpersonal, es la unidad básica de iniciación social y desarrollo personal, de autorrealización o de enfermedad y salud, el ámbito en donde se aprende a ser amado y a querer”(Entel; 2002:27).

“La familia es indudablemente la primera escuela de aprendizaje social y la matriz de identidad de los seres humanos. Es donde los miembros más jóvenes aprenden y ensayan los contenidos culturales que recogen del entorno social” (Artola; 2000: 70).

Para fines de la presente investigación, se formula la siguiente definición: la Familia es la primera y más importante institución a la que pertenece el individuo a lo largo de su vida, en donde aprende patrones de conducta y valores de acuerdo a su contexto cultural, social y religioso, mismos que contribuirán en el desarrollo pleno del individuo en el entorno en que se desarrolla e interactúa de manera cotidiana.

Es importante mencionar que las familias cambian según el contexto social en que se desarrollan, la época histórica en que se vive, los grupos sociales con los que se interrelaciona y los grupos étnicos a que pertenece.

A continuación se incluye información detallada acerca de los diferentes tipos de familia que existen y que se encuentran estructuradas dentro de la sociedad.

## **2.2. Tipología de la Familia:**

### **❖ Familia con vínculo jurídico y/o religioso:**

Por razones formales o por convicciones religiosas la pareja solemniza su unión matrimonial.

### **❖ Familia consensual o de hecho:**

Vínculo estable, con características casi idénticas al de la familia con formalización jurídica matrimonial.

### **Según su composición:**

#### **❖ Familia nuclear:**

Conformada por padres e hijos. Puede coexistir con alguna de las anteriores.

#### **❖ Familia ampliada o extensa:**

Familia donde hay convivencia de tres generaciones y/o la presencia de otros familiares convivientes.

#### **❖ Familia ampliada modificada:**

Si bien no hay convivencia las relaciones entre los miembros de la familia tienden a un comportamiento clánico.

#### **❖ Familia Monoparental:**

Conformada por el o los hijos y solamente el padre o la madre como cabeza de familia.

#### **❖ Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de hijos de distintas uniones:**

Es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido (uno o ambos) experiencias matrimoniales anteriores. La convivencia permanente o por algunos días en la semana de hijos de distintas uniones le otorga un sesgo particular y difícil a las relaciones familiares.

❖ **Familia separada:**

Padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva de los hijos. Este vínculo puede ser aceptado y armónico o no aceptado (expresa o implícitamente) y conflictivo.

❖ **Grupos familiares de crianza:**

Situaciones como adopción, prohijamiento (protección a huérfanos o abandonados dentro de la propia comunidad), nietos a cargo de abuelos, etc.

❖ **Familiarización de amigos:**

Relación familiar muy estrecha a los que son entrañablemente amigos. Hay así abuelos tíos o hermanos “familiarizados”.

❖ **Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad:**

No deben ser consideradas relaciones vinculares familiares. La familia requiere la decisión de compartir un proyecto de vida al que se le asigna permanencia más allá de la posibilidad de que la relación fracase.

**En base a su demografía:**

❖ **Familia rural:**

Usualmente se integra por un gran número de miembros (abuelos hermanos esposos hijos sobrinos), la autoridad esta a cargo del hombre más viejo de la familia, es común la sumisión de la mujer hacia el hombre. Existe un bajo nivel escolar de los integrantes y generalmente los hombres se dedican al campo o emigran a ciudades, e incluso a otros países como Estados Unidos, no existen gran número de actividades recreativas.

❖ **Familia urbana:**

Predomina el tipo de familia nuclear y existe más equilibrio en la autoridad entre hombres y mujeres, hay más oportunidad de asistir a la escuela por lo que el grado de escolaridad es más elevado, es más común que ambos padres trabajen, principalmente en el sector secundario (industria) y terciario (servicios). Se tiene más acceso a los servicios y actividades recreativas.

**En base a su desarrollo:**

❖ **Familia tradicional:**

Es el padre quien mantiene económicamente el hogar, por lo tanto es considerado el jefe de familia quien da los permisos y autorizaciones al resto de los miembros de la familia. La madre se dedica a los quehaceres de la casa siendo ella quien representa el centro afectivo y de la seguridad emocional de los hijos.

❖ **Familia moderna:**

Ambos cónyuges trabajan, siendo la esposa considerada como una igual en relación con el marido en lo que respecta a la autoridad, entre ambos se toman las decisiones, se comparten las funciones y se mantiene un equilibrio dentro del hogar.

**De acuerdo a la dinámica familiar:**

❖ **Familia funcional:**

Aquella donde la comunicación entre los miembros se da de manera efectiva. Existe una autonomía individual de cada miembro, existe el respeto y la tolerancia, entre todos se busca la solución apropiada ante determinados problemas o conflictos, hay un sistema flexible si se trata de la respuesta ante cambio.

❖ **Familia disfuncional:**

La comunicación entre los miembros de la familia es deficiente o ineficaz, la autonomía se da de forma impersonal e intolerante, sus integrantes suelen

luchar constantemente por el poder. En cuanto a la respuesta al cambio, existe un sistema rígido puesto que hay cierta resistencia al cambio.

### De acuerdo a su integración:

#### ❖ **Familia integrada:**

Es la familia en la que los dos cónyuges viven en el mismo hogar y cumplen adecuadamente sus funciones y roles, así que es funcional con relación a su dinámica familiar. Por último cabe reafirmar que es una familia completa en cuanto a sus integrantes: papá, mamá e hijos.

#### ❖ **Familia semi-integrada:**

Es el tipo de familia en que los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones ni los roles que les corresponden, de tal forma que su dinámica es disfuncional. También se trata de una familia completa: papá, mamá e hijos.

#### ❖ **Familia desintegrada:**

Es aquella donde falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio separación, o abandono. Se trata de familia incompleta en cuanto a sus miembros. Este tipo de familia puede ser funcional o disfuncional, es decir, es funcional si los miembros de la familia que aún viven juntos cumplen adecuadamente sus funciones y roles, y es disfuncional si no se cumplen adecuadamente sus funciones ni roles.

### Según la ocupación:

#### ❖ **Familia campesina:**

En este tipo de familia el cónyuge varón o ambos se ocupan en actividades del sector primario, como son la agricultura y la ganadería. Cabe decir que la familia campesina está dentro de la categoría de familia rural.

#### ❖ **Familia obrera:**

Es la clase de familia en donde el padre o la madre, o ambos se emplean como obreros en su centro de trabajo.

❖ **Familia profesional:**

En esta familia uno de los cónyuges o ambos estudiaron una profesión independientemente de que la ejerzan o no.

De acuerdo al autor Luís Leñero en su libro sobre familia, estas son las funciones que se llevan a cabo dentro de las mismas:

### **2.3. Funciones de la Familia:**

- **Función Socializadora:**

La tarea más importante de la familia es lograr que un niño dependiente de los padres se convierta en un individuo autónomo, capaz de desarrollarse con plena independencia en la sociedad. De tal forma que la familia constituye el canal por medio del cual los niños y los jóvenes se adaptan a la vida social, adquiriendo por lo tanto ciertos patrones básicos de conducta que hacen posible la convivencia con otras personas. Se considera a la madre generalmente como el educador primario, porque en ella recae la responsabilidad de socializar a sus hijos hasta la edad preescolar recibiendo soporte en sus acciones por el padre.

- **Función Afectiva:**

La familia es el hogar donde sus miembros se proporcionan entre sí ánimo, amor y cariño. Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes como las necesidades afectivas de los hijos para con los padres, es una retroalimentación entre ambas partes.

- **Función Económica:**

La familia transfiere a los integrantes el nivel socioeconómico implicando: forma de vida, manera de pensar, hábitos, costumbres, etc. La responsabilidad económica de

los padres es de acuerdo a la cultura que posee. La economía tiene que ver con el nivel adquisitivo que tienen los padres para solventar las necesidades básicas y de lujo.

- **Función de cuidado:**

Se refiere a cubrir satisfactoriamente las necesidades de cada uno de los miembros de la familia en cuanto a vestido, alimentación, vivienda, salud, recreación, etc. También quiere decir que los padres tienen la responsabilidad de velar por el desarrollo sano de sus hijos en todos los sentidos.

- **Función Reproductiva:**

Es la función de procreación de hijos dentro de la familia, permitiendo proveer de nuevos miembros a la sociedad. El matrimonio surge para regular dos factores: el ambiente sexual y la reproducción.

## **2.4. Organización Familiar.**

En este sentido se puede decir que en las familias siempre va a haber una organización, la diferencia estriba en que esta sea funcional o disfuncional, por lo que se puede decir que si en una familia existe una organización asertiva por parte de sus miembros se verán satisfechas aquellas necesidades personales que presenta cada integrante de la familia. No así, si al interior de la familia existe una desorganización entre sus miembros en lo que se refiere a la distribución de roles y tareas dentro del hogar, por lo que se verán afectados el cumplimiento de aquellos objetivos que marca la sociedad para la misma familia.

## **2.5. Ciclos de la Familia.**

- **Etapa constitutiva de la familia:**

- a) **Período preeliminar:**

Se refiere al proceso de selección de pareja marital, abarca la etapa de noviazgo determinada por varios factores clave, tanto sociológicos como psicológicos. Es importante mencionar, como aún cuando dos personas deciden unirse en matrimonio se presentan factores sociales que lo condicionan o predeterminan. Tales factores como:

- a. Residencia en una determinada comunidad (igual, complementaria, contrastante).
- b. Pertenencia a una determinada clase social.
- c. Involucración en un determinado círculo social.

El matrimonio entre personas de la misma unidad social es el más frecuente. La distancia, la lengua, la posición social, la cultura, la religión, las costumbres, etc. juegan un papel importante en la identificación y selección de pareja, y en el posible éxito de la cohesión marital posterior. Un papel importante es el carácter de las personas y su acoplamiento psíquico, pues aún a pesar de que los factores externos no sean favorables, luchar contra ellos puede unir más a la pareja. En el sistema conyugal moderno el factor principal es el amor que se tengan los contrayentes, para esto se da una fase de noviazgo en la que la pareja genera un enamoramiento afectivo y erótico de carácter personal, más que social. Muchas parejas hoy en día contraen matrimonio sobre una base ilusoria y esporádica de enamoramiento o impulso sexual.

#### **b) Período familiar de recién casados:**

Representa la fusión de dos realidades sociales y culturales que tienen que amoldarse. Algunos alicientes o incentivos son el impulso sexual, la emancipación de los padres, el sentimiento de ser creador de una nueva familia, el reto de una aventura compartida, la aspiración de ser madre o padre, etc.

En este período se comienzan a delimitar los roles del hombre y la mujer, y es una etapa muy importante, porque es cuando se construirán las bases o cimientos de lo que la familia llegará a ser en el futuro si se logran superar los problemas, los



desajustes y las primeras desilusiones provocadas por la desidealización del cónyuge.

La capacidad de organización y adecuación matrimonial pueden constituir la base de la vida familiar subsiguiente. Este período suele coincidir con el período del primer embarazo y del plan de procreación de la pareja. Si éste no es formulado, entonces se pierde un momento clave para la vida familiar futura.

Lo ideal es que en la familia se de un ambiente adecuado para que cada uno de los cónyuges encuentre la plena realización de sus expectativas.

- **Etapa procreativa:**

- a) **Período inicial de procreación:**

Es importante que la pareja considere si ya están preparados para ser padres, si han logrado la madurez necesaria, la comunicación y el respeto, la comprensión y el amor real luego de superar ese enamoramiento idealista del noviazgo, además deben tomar en cuenta si poseen la solvencia económica para los gastos que implica el tener un hijo.

Los hijos deben crecer en un ambiente de protección física, de seguridad emocional y de integración social adecuadas, para que logren desarrollar al máximo las potencialidades hereditarias que tienen.

Con el nacimiento del primer hijo se abre una nueva etapa familiar. La procreación iniciada plantea varios problemas desde el punto de vista de la práctica o no de la planificación familiar (número y espaciamiento de los hijos y por lo tanto del uso necesario de métodos de regulación natal). También se presentan los problemas de crianza de los hijos en la infancia, así como la ejecución de los roles del hombre y la mujer en la familia. El período se extiende hasta que los hijos se encuentran en la edad escolar primaria. Si los padres no han ejercido bien su papel de educadores, el efecto negativo sobre la formación de la personalidad de éstos va a quedar impreso

en la vida posterior de los hijos. Es quizá el período de mayor seguridad psicológica de los padres, aunque a veces no la mejor desde el punto de vista económico de la familia.

**b) Período familiar de procreación avanzada y final:**

Se presentan cambios en una nueva fase en la que los hijos entran a la adolescencia. Podrá haber hijos pequeños y nuevos nacimientos, pero por lo general la tónica mayor la establecen los mayores. Cuando no sucede así y los padres se fijan principalmente en los hijos menores, surgen con más facilidad conflictos o desprendimientos psicológicos de los adolescentes ante la familia.

Es para los padres la etapa más difícil, por atender diferentes problemas de los hijos adolescentes y pequeños y además los problemas conyugales. Si se presenta la muerte prematura de uno de los padres se rompe el ciclo natural de la familia, y se debe rehacer la dinámica con la ayuda de otros parientes. Lo propio sucede con la separación o divorcio de los padres, sobre todo si hay un nuevo matrimonio. Más frecuentemente se presentan enfermedades de los padres y problemas económicos derivados del crecimiento de las necesidades y exigencias familiares. El éxito profesional del padre y a veces la aportación del trabajo de la madre son más determinantes.

El período culmina con un proceso más o menos largo – según el número de hijos - de casamientos de éstos, precedido por toda una etapa de noviazgos y de orientación vocacional de los hijos.

La mayor dificultad es la capacidad para saber aplicar los valores y normas de los padres, a nuevas situaciones y circunstancias que la generación de sus hijos demanda.

Son pocos los padres preparados para evolucionar y poder atender todos los reclamos familiares en esta etapa. La experiencia familiar se convierte en fuente de satisfacción íntima y profunda.

- **Etapa familiar final:**

Este período puede tener múltiples formas variantes según las circunstancias. En esta etapa, la familia aparece ya disgregada después de la separación de los hijos, sin embargo, puede suceder lo contrario en el caso de las familias extendidas y mixtas: los hijos casados (al menos uno) con su prole se establecen definitivamente en la casa paterna. Esto replantea el ciclo familiar, para seguir el ritmo de la familia nuclear de la hija o hijo casado.

También suele suceder, que la familia sufre las consecuencias de la muerte de uno de los cónyuges (padre o madre), y al llegar a esta etapa el viudo(a) si no se vuelve a casar reajusta su vida, adaptándose a la familia de uno de sus hijos.

Puede darse el caso que los padres lleguen después del casamiento de los hijos (a veces salvo el de alguno) a vivir una etapa de nueva conyugabilidad, en la que uno significa para el otro apoyo, compañía y cuidado. O puede suceder que uno de los dos viudo viva en compañía de algún hijo(a) soltero.

De cualquier manera, el cuidado de los ancianos es una función que asumen primordialmente las familias de los hijos.

Al llegar a la última fase, las personas adquieren primordialmente una actitud más bien de desilusión y de cierta insatisfacción por lo que fue y no pudo ser la vida familiar que cada quién constituyo.

Debido a que la gran mayoría de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se encuentran en etapa adulta o de vejez, considero importante profundizar un poco más sobre la misma, explicando lo siguiente en base a los aportes que nos proporciona el autor Charlotte Towle en su libro Trabajo Social y necesidades humanas básicas, quien nos indica lo siguiente respecto a esta etapa:

La independencia nunca es completa en el caso de organismos que viven en sociedad ya que el hombre depende siempre en cierto grado de sus semejantes. Destacan dos puntos de importancia al reflexionar sobre las necesidades del adulto:

una preparación adecuada para desarrollar un trabajo que asegure su subsistencia y capacidad de lograr cierto grado de productividad social.

Una vez alcanzada la madurez, gran parte de las energías del individuo se ocuparan en ganar su subsistencia pero deseaba también establecer y mantener un hogar y desarrollar actividades creadoras socialmente productivas, que contribuyan a mejorar la vida del grupo.

El desarrollo de la infancia a la madurez puede señalarse como un proceso de cambio, en que el individuo pasa de amar al mundo como parte de si mismo a amarse, es decir, respetarse a si mismo como parte integrante del mundo. En la medida en que el individuo se siente básicamente seguro después de haber recibido amor y tenido oportunidades de desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales la emancipación de la tutela se habrá efectuado de manera natural gradual y completa. Será una persona mentalmente sana que no tendrá la necesidad irracional de depender absolutamente de otros o dominarlos.

Es el adulto relativamente seguro con considerable fuerza y capacidad para la independencia el que se muestra menos ansioso, menos resentido y menos humillado, cuando debido a las circunstancias tiene que recurrir a otros en demanda de ayuda.

Aún el adulto más seguro de sí puede experimentar algunos sentimientos de inferioridad si no alcanza este ideal. Puede inclusive sufrir mucho la primera vez que en su vida no es capaz de resolver por sí solo su situación.

## **2.6. Redes e Instituciones sociales y la Familia.**

Antes de entrar en detalle respecto al significado sobre las redes sociales, es necesario comprender primero que el hombre es un ser social, ya que desde el momento de su nacimiento hasta la muerte, forma parte de diversos grupos sociales, mismos que se van modificando en cuanto a extensión, calidad y cantidad a medida que transcurre la vida.

El hombre no puede ser un ser aislado, ya que requiere del contacto con los demás, entablando así una identidad interpersonal. A esta interacción o intercambio es a lo que se le denomina el proceso de socialización, entendido como “ el aprendizaje de pautas que permitirán una adecuada y gratificante adaptación, crítica, al medio en el que tendremos que vivir”(Chadi;2000:24).

De tal manera que este es el proceso de socialización que se vincula entre las personas de un grupo, cabe señalar que es así como el ser humano entabla comunicación generando intercambio e interconexión a través de sus distintas redes sociales a las que pertenece, a manera de puente entre unas y otras.

Ahora bien, definiendo el concepto de Red Social, “Red social es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia. Es en síntesis, un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre esa unidad y la sociedad”(Chadi;2000: 27).

Así mismo la misma autora nos señala que los indicadores funcionales de una red social, son aquellos que permiten la colaboración que respete el accionar interdependiente de cada componente. Como “*una membrana elástica y flexible que facilite el movimiento, pero que conserve la resistencia necesaria para no desmembrarse*”. Y menciona que para que la contención y crecimiento sean factibles, los puentes deben estar ventilados por una equilibrada corriente de “dependencia e independencia” que fortalezca la autodeterminación de todos y cada uno.

Señalado lo anterior, tenemos que las Redes Sociales se dividen o clasifican en:

- Redes primarias.
- Redes secundarias.
- Redes institucionales.

A continuación se describirá de manera muy general cuales son estas, retomando las aportaciones de la autora Mónica Chadi.

### **Red Primaria:**

Mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada. Y se integra por 3 áreas:

- *Círculo interior de relaciones íntimas:* miembros de la familia nuclear y ampliada.
- *Círculo intermedio de relaciones personales:* amigos y familiares intermedios.
- *Círculo externo de relaciones ocasionales:* relaciones profesionales o laborales, compañeros de estudio y vecinos.

### **Redes Secundarias:**

Son aquellas que tienen lugar en un contexto más lejano a este grupo primario y que se rigen por una menor proximidad. Están situadas en el mundo externo de la familia. Se accede a ellas por necesidades específicas que las tramas primarias no pueden satisfacer.

- Grupos recreativos.
- Relaciones comunitarias y religiosas.
- Relaciones laborales o de estudio.

### **Redes Institucionales:**

Que integran también las redes secundarias, ya que se hallan en una disposición exógena. Su distancia en cuanto al criterio de la relación es mayor y el trato con las mismas es indirecto. Como instituciones básicas son las siguientes:

- Escuela.
- Sistema de salud.
- Sistema judicial.

Para que la familia exista socialmente, necesita estar en estrecha relación con todo tipo de instituciones sociales que la rodean y le prestan apoyo. Muchas familias

delegan funciones sociales que en otras épocas eran exclusivas, para que otras instituciones las realicen o complementen con las que vienen realizando.

- a) Instituciones educativas y la familia: la escuela pasa a ser una institución específica de apoyo y reorientación. La diversa educación escolar plantea un enriquecimiento de información, criterios y perspectivas. La educación, tienen una función de orientación familiar importante para la vida moderna y para el cambio positivo de la estructura familiar.
- b) Instituciones económicas y la familia: la relación entre los centros de trabajo y la familia es de diverso tipo, y plantea condiciones claves que conforman la vida familiar, su estabilidad y su dinámica. Existen factores que contribuyen a que la vida familiar sea funcional o disfuncional: horarios de trabajo, la regularidad y el monto de los salarios, la seguridad social (proveniente del trabajo), y la desocupación eventual o permanente producen efectos familiares importantes.
- c) Instituciones gubernamentales y políticas y la familia: la familia encuentra su base en una serie compleja de disposiciones jurídicas no sólo comprendidas en el derecho civil, sino en diversas leyes tanto de derecho público como de derecho privado. No hay actividad familiar que no tenga algún tipo de referencia con el sistema gubernamental y político. Múltiples problemas se presentan al respecto, desde los de tipo burocrático y de ineficiencia de las funciones públicas, hasta los conflictos del interés privado familiar frente al poder público y político. Puede hablarse de una política familiar, que implica una visión conjunta de todos los contactos públicos con la dinámica familiar del país.
- d) Diversas instituciones socioculturales y la familia: tales como:
  - Sindicatos, gremios profesionales.
  - Clubes sociales y culturales.

- Cooperativas, asociaciones de padres de familia, empresas familiares, vecinales y comunitarios.
- Instituciones de beneficencia.
- Instituciones científicas, culturales, deportivas, de diversión, etc.
- Medios masivos y de comunicación.

Otro punto destacado y que requiere de análisis es identificar a que tipo de comunidad pertenecen las familias, ya que como lo veremos más adelante es un factor primordial en la estructura socio- familiar. Por tanto debemos diferenciar una comunidad cerrada de una abierta:

***Comunidad cerrada (rural):***

Son aquellas comunidades donde existe un control social muy fuerte, las interrelaciones entre sus habitantes son más estrechas, existe una gran homogeneidad en la forma de vida, de pensar, de hablar, de ser, sus costumbres. Se da más arraigado un sentido de pertenencia y de solidaridad.

La comunidad ejerce una gran influencia sobre las familias. Los roles de los habitantes están más definidos y establecidos. Sufre más el fenómeno de la migración.

***Comunidad abierta (urbana):***

Predominan más las relaciones secundarias, la pluralidad en las formas de vida, relaciones e influencias. Las familias tienden a cerrarse y buscar su propia identidad y seguridad.

Los barrios o colonias urbanas, pasan a ser especies de subcomunidades, no existe una integración colectiva, es común que las personas trabajen o estudien fuera de él. En éste tipo de familia las personas se conocen menos, y a veces ni se conocen. Los valores y las normas se transmiten de manera menos permeable.



Los patrones de conducta de los padres y esposos son muy diferentes entre las familias. Las interrelaciones sociales no surgen con fácil espontaneidad. La dependencia femenina tiende a ser mutilante.

Retomando al autor Carlos Eroles, este nos menciona que el enfoque clínico e interdisciplinario constituye una herramienta útil para determinar la intervención del Trabajo Social, partiendo de ejes ordenadores de su práctica:

- Una percepción contextualizada de la realidad teniendo como centro a la persona humana en su dimensión individual familiar grupal y/o comunitaria. Esta percepción se alcanza en plenitud a partir de la *vida cotidiana* como escenario central de la experiencia humana.
- La cultura popular, la forma de asumir a través de normas, valores, actitudes y otras pautas de comportamiento, su vinculación con la naturaleza las relaciones interpersonales.
- La dignidad humana, como eje y medida para analizar los contextos significativos y la propia cultura popular luchando por los derechos humanos.

A través del presente capítulo se pudo analizar a detalle la importancia de la familia, así como la comprensión de cómo está constituida esta y que debemos partir de una realidad existente y diferente en cada una de las personas. Ya que cada individuo se desarrolla en contextos socio-culturales diferentes, de ahí que sus necesidades sean distintas.

En el caso de los enfermos renales, la familia es determinante para el acompañamiento y la aceptación del proceso dialítico del paciente, que tiene que enfrentar un proceso de duelo y aceptación de su enfermedad para poder restablecer su estado de salud través de una modalidad de diálisis peritoneal.

## CAPÍTULO III

### DIÁLISIS PERITONEAL.

Durante el desarrollo de este capítulo se presentara información relevante acerca de esta enfermedad crónica pero antes de esto, es importante que se diferencie de manera clara cual es una enfermedad aguda y cual es una crónica.

#### 3.1. Definiciones:

Por lo tanto, hay que señalar que una **enfermedad aguda**, es aquella que inicia de manera brusca con un plazo menor de 15 días que requiere de un diagnóstico inmediato y un tratamiento oportuno, “son las que aparecen de pronto con síntomas severos que pueden llegar a ser incapacitantes; unas ceden por sí mismas, otras necesitan intervención de urgencia”(www.selecciones.com).

Mientras que una **enfermedad crónica**, es aquella que inicia y continua progresivamente (se presenta con frecuencia) y la duración es mayor a 3 meses requiere de un tratamiento prolongado y compromete la vida del paciente así como la función orgánica. Se desarrollan lentamente y persisten durante años.

“Toda enfermedad crónica representa una fuente continua de malestar y vulnerabilidad psicofísica, así como la sensación irreversible de tener que convivir en forma permanente con la idea de la muerte, una de ellas la Insuficiencia Renal crónica”(Trejo; 2005. 17).

#### 3.2. Insuficiencia Renal Crónica.

“Es la pérdida progresiva e irreversible de la función renal que condiciona a un estado urémico, esto se debe a que los riñones ya no pueden filtrar y eliminar los productos de desecho de la sangre (urea, creatinina, ácido úrico, etc.) afectándose todo el organismo”(Protocolo de entrenamiento a pacientes en DPCA del HGU; 2003).

“Es una pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos, que empeora lentamente” ([www.clinicadam.com/salud](http://www.clinicadam.com/salud)).

Por tanto, para efectos de esta investigación se puede definir la insuficiencia renal crónica como, la afectación progresiva del riñón de manera irreversible, que condiciona al organismo a un estado crítico que pone en riesgo la vida del paciente que la presenta.

De acuerdo a los manuales que sobre este tema nos hablan como es el de laboratorios PISA y de BAXTER, quienes son las marcas de laboratorios que producen las soluciones dializantes refieren la siguiente información dentro de sus manuales:

El paciente afectado a menudo no presenta síntomas (o exclusivamente un aumento en la sed o del volumen de orina). La insuficiencia renal se descubre a través de un análisis de sangre. En ocasiones se descubre por la aparición de una complicación: una hipertensión arterial, una fatiga inexplicada, una anemia, una hipocalcemia, o una elevación a veces peligrosa de potasio sanguíneo.

Debe vigilarse estrechamente la elevación progresiva de la concentración plasmática de creatinina. Este aumento puede provocar trastornos de la coagulación, manifestaciones neurológicas como polineuritis, una inflamación de la cubierta cardiaca, o pericarditis cuya frecuencia ha disminuido considerablemente gracias a la diálisis.

Todas las enfermedades renales pueden provocar una Insuficiencia Renal Crónica: las más frecuentes son la hipertensión arterial, las enfermedades del aparato excretor (pielonefritis crónicas, litiasis (cálculos renales), malformaciones), las glomerulopatías, algunas enfermedades hereditarias y la digestión de medicamentos tóxicos para los riñones, sobre todo ciertos medicamentos para el tratamiento del dolor.

“La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud pública a nivel mundial y México no es la excepción, se le ha denominado la epidemia silenciosa por su gran crecimiento y falta de control”(Treviño; 2001:32).

Resulta alarmante como progresa a la etapa que requiere tratamiento sustitutivo, siendo la primera elección la Diálisis Peritoneal.

En los últimos años se incremento la incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica, patología que afecta a 2 de cada 10,000 personas aproximadamente y como consecuencia, ha aumentado el número de pacientes que son sometidos a Diálisis Peritoneal. Este tratamiento altera el desarrollo normal de actividades del paciente, por lo que le provoca limitaciones que afectan sus funciones sociales, familiares, económicas, laborales, lo cual puede depender de la edad, etapa de desarrollo, genero, ocupación, nivel cultural, sistema de salud y disponibilidad de recursos.

Según datos estadísticos proporcionados por el INEGI, “se estima que a nivel nacional existen cerca de 32,000 casos de Insuficiencia Renal en la república Mexicana, los cuales ameritan algún tratamiento sustitutivo y /o trasplante renal, lo que influye en el deterioro de su calidad de vida”(INEGI; 2000).

La Insuficiencia Renal no sólo afecta las estructuras o mecanismos fisiológicos y psicológicos de la persona como un ser integral, sino que además altera o disminuye la capacidad de acción desarrollada para cuidarse de manera temporal o permanente.

A pesar de que las instituciones de salud implementan programas de capacitación impartidos principalmente por el personal de Enfermería, los índices de reincidencias hospitalarias por complicaciones derivadas del procedimiento dialítico sigue siendo elevados, y esto repercute en prolongadas estancias en el hospital, lo que se traduce en mayor consumo y utilización de recursos tanto humanos como materiales, con lo cual, se incrementan los costos para el sector salud la familia y la sociedad en general.

La Insuficiencia Renal Crónica se presenta actualmente en 50 o 60 personas por cada millón con múltiples y variada sintomatología. Por diversas razones, la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, es la modalidad dialítica que se utiliza en el 84% de los pacientes con este padecimiento en México, y un 16% en Hemodiálisis, a la inversa de Estados Unidos, donde el 90% de los pacientes recurren a la Hemodiálisis y el 10% se encuentra en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Debido a que los costos en uno y otro tratamiento son variables, pues en promedio el Tratamiento a través de Hemodiálisis equivale a 24,000.00 por mes, mientras que la Diálisis Peritoneal equivale a 8,600.00 por mes.

### **Síntomas de la Insuficiencia Renal:**

- Disminución o pérdida del apetito.
- Náuseas y vómitos.
- Presión arterial alta.
- Dolores de cabeza.
- Edema o hinchazón.
- Sueño durante el día, etc.

### **Complicaciones:**

#### **Complicaciones inmediatas:**

- Dificultades respiratorias.
- Dolor abdominal.
- Peritonitis.
- Hemorragia.
- Choque.
- Pérdida de proteínas.

#### **Complicaciones no infecciosas:**

- Retención de líquidos.
- Deshidratación.
- Uremia.
- Desnutrición
- Anemia.

#### **Complicaciones infecciosas:**

- Peritonitis.
- Infección del sitio de salida.

### **3.3. Diálisis.**

#### **¿Qué es Peritoneo?**

Es una capa delgada que forma un saco alrededor de órganos como el hígado, estómago e intestinos. El interior de esta membrana se llama "cavidad peritoneal".

Cuando se coloca un líquido de diálisis dentro de la cavidad peritoneal, la membrana actúa como un filtro. Los productos de desecho y el líquido extra, pasan a través de las pequeñas aberturas del filtro (el peritoneo) al líquido dializante. Los desechos y el líquido extra se retiran del cuerpo y se eliminan.

Cuando la función renal es deficiente, es incapaz de asegurar el equilibrio de la entrada y salida de agua y electrolitos, es necesario recurrir a la depuración extrarrenal. Hay dos tipos de tratamiento: la Hemodiálisis (riñón artificial) y la diálisis peritoneal. Ambos tratamientos utilizan la propiedad que tienen ciertas sustancias en concentraciones diferentes a uno y otro lado de una membrana permeable de equilibrar su concentración.

La diálisis, es el tratamiento (método de depuración extrarrenal de la sangre) que sustituye la función de los riñones, para limpiar la sangre y eliminar el exceso de agua. Se puede hacer de manera interna con la diálisis peritoneal o de manera

externa con la hemodiálisis. Se fundamenta en el movimiento de solutos (iones, urea, creatinina, ácido úrico, etc.) y de solventes (agua), a través de los poros de una membrana semipermeable en relación con las diferentes concentraciones de las sustancias siguiendo los fenómenos de difusión, osmosis y filtración.

La diálisis conlleva problemas metabólicos y nutricionales peculiares. Los individuos sometidos a diálisis peritoneal tienen disminución del apetito y saciedad temprana. En forma típica, las personas sometidas a diálisis peritoneal pierden de 5 a 115 gr. de proteínas y de 2 a 4 g. de aminoácidos en el líquido de diálisis cada día y estas pérdidas aumentan durante los episodios de peritonitis.

“El problema de peritonitis es susceptible de evitar a través de la educación, la importancia de la prevención a través de la educación, radica en la alta morbilidad y también porque en algunos pacientes son causa directa o indirecta de muerte en un porcentaje superior al 5%, es así que el 20% de las peritonitis son secundarias a infección de túnel, sobre todo por staphylococcus y pseudomona. Un 20% con infección crónica pierden el catéter, más del 25% de los pacientes con peritonitis recurrentes abandonan la diálisis peritoneal”(Cerezo; 2004: 212).

“La selección de la modalidad terapéutica de DPCA (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) depende de factores como el entrenamiento del personal médico y de enfermería. La educación que recibe el paciente sobre la diálisis y de la cual depende el éxito o fracaso del procedimiento son de gran importancia y para esto también los hábitos sociales y culturales ya que si el paciente actúa con habilidades adquiridas previene serias complicaciones”(Sotelo; 2003: 170).

La educación incrementa la capacidad de autocuidado y mejora las condiciones de salud del individuo.

Es necesario considerar la existencia de factores que pudieran estar interviniendo para que el paciente con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) no lleve a cabo los cuidados necesarios en su tratamiento. Según Dorotea E. Orem los

Factores Condicionantes Básicos, son los elementos internos y externos que modifican las demandas terapéuticas.

Es importante educar al paciente sobre su tratamiento, para que esté en posibilidades de autocuidado y evitar complicaciones. Como lo explica la autora Dorotea E. Orem el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y bienestar.

### **3.4. Tipos de Diálisis y su procedimiento o mecanismo.**

- **“Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria:**

Es el procedimiento en el que se realiza una cirugía menor, en la que se coloca un catéter en la cavidad peritoneal (en el abdomen), por la que se introduce un líquido de diálisis estéril que bañará la membrana peritoneal. Por los procesos de ósmosis, difusión y transporte activo el exceso de líquidos y solutos pasa desde el líquido de capilares peritoneales a través de la pared capilar y de la membrana peritoneal hasta el líquido de diálisis, ahí permanece de 4 a 6 horas para que extraiga los desechos y líquidos excedentes, luego se drena y se vuelve a reemplazar. Este proceso de eliminación y reposición de líquidos se llama cambio. Se realiza todos los días del año y toma alrededor de 20 a 30 minutos hacerlo, efectuándose en el domicilio del paciente con los menores costos y resultados clínicos metabólicos y de rehabilitación satisfactorios.

- **Diálisis Peritoneal Continua Intermitente:**

Es un procedimiento que se realiza con el paciente hospitalizado, a intervalos de 7 a 14 días para efectuar de 24 a 30 baños – recambios de soluciones por sesión.

Nota: solo excepcionalmente deben derivarse pacientes a esta modalidad por sus costos y la sobresaturación de recursos día cama.

- **Hemodiálisis:**



Es externa porque se realiza fuera del cuerpo, para ello se utiliza una máquina que extrae o saca la sangre del cuerpo, la pasa por un filtro especial llamado dializador y con la ayuda de soluciones dializantes elimina de la sangre los desechos y los líquidos excedentes para que regrese limpia al cuerpo. Generalmente son necesarias 3 sesiones por semana y cada una dura de 3 ½ a 4 hr. Realizándose en el Hospital. "(Protocolo de entrenamiento a pacientes en DPCA del HGU; 2003).

### **3.5. Procedimientos de inclusión de pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.**

1. Aceptación por el comité de diálisis integrado por el Jefe del Departamento Clínico de Medicina Interna, el Médico, Nefrólogo encargado de la atención del paciente, la Trabajadora Social encargada del estudio, así como la Enfermera de Diálisis.
2. Aprobación de entrenamiento en la técnica de recambio de soluciones dializantes, ya sea por el paciente o un familiar encargado de su auxilio domiciliario por 8 días.

Al aceptarse el paciente, se indicara la instalación de catéter tenckhoff desde el posoperatorio mediato, iniciara tratamiento con supervisión intrahospitalaria.

Al egreso se darán citas a consulta externa con la siguiente frecuencia:

- a) *Primer mes*: cita cada 15 días con exámenes (FR, QS, ES).
- b) *Segundo mes en adelante*: cita mensual y cada 2 meses exámenes y cambio de línea de transferencia de soluciones.

Cabe señalar que las ventajas de esta modalidad son varias, principalmente porque se evitan gastos de hospitalización y traslados, así como permite un cuidado más personalizado y en el que se involucre la familia del paciente. Sin embargo es importante destacar que las fallas que se presentan continuamente suelen ser la selección inadecuada de los pacientes candidatos a DPCA, el que no se tenga un correcto adiestramiento, así como un inadecuado manejo del procedimiento del

recambio dialítico, aunado a la falta de colaboración del enfermo y/o de su núcleo familiar.

### **3.6. Autocuidado en el paciente con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria .**

Características del autocuidado: “el contexto para aprender el autocuidado es a partir del ambiente cultural y social que rodea al hombre, la fuente inicial es la unidad de la familia, pero a medida que la esfera social de la persona crece las fuentes para aprender se amplían”(Solano; 2002:176).

El autocuidado es una contribución continua a la vida, al funcionamiento y al bienestar, esto sugiere fuertemente que es una de las formas básicas de cuidado de salud y esencial para el mantenimiento de la vida.

Es importante orientar y capacitar a los pacientes, familiares y a la comunidad en general, en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que asuman las responsabilidades y las acciones concretas para complementar el tratamiento especializado para conocer la situación social que rodea al paciente, es necesario efectuar entrevistas para recabar datos acerca de los problemas actuales del paciente y de su entorno social, así como sus recursos, ya que los roles en los que actúa el paciente se ven afectados, lo que provoca otras disfunciones sociales como en el ámbito laboral y económico.

Por lo anterior, es importante elaborar un *diagnóstico social*, estructurando un programa educativo en el que se informe al paciente y su familia en todos los aspectos relacionados con su enfermedad y en especial los fisiopatológicos y de atención específica, con ello se pretende comprometer a los pacientes y su familia a crear las condiciones adecuadas que garanticen un autocuidado.

Si bien el tratamiento dialítico permite a los pacientes mantenerse con vida y en muchos de los casos rehabilitarse adecuadamente, la morbilidad aún persiste en alta grado incidiendo en el deterioro de la calidad de vida e incluso llegando a la muerte.

Entre las principales fuentes de malestar psicológico se encuentra la dependencia frente al tratamiento y a la propia enfermedad, ya que si bien el paciente puede encontrarse asintomático por periodos prolongados, la amenaza de recaídas y de un agravamiento progresivo es inevitable, no solamente los aspectos psicológicos individuales están alterados (descenso de la autoestima, riesgo de presentar síntomas como tristeza, temor, inseguridad, irritabilidad y síndromes psíquicos como depresión y ansiedad), sino que las áreas laboral, económica y familiares resultan perjudicadas.

- a. **En el área laboral:** el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobre todo en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico, en todos los casos el paciente modifica su fuente de ingreso y cuando esto no es posible quedara inhabilitado para trabajar, debiendo en el mejor de los casos recibir una pensión que lo transforma en un discapacitado con las consecuentes repercusiones sociales, económicas y psicológicas.
- b. **En el área económica:** el paciente es despedido de su fuente de empleo o bien incapacitado permanentemente lo que repercute desfavorablemente en su ingreso, ya que en muchas ocasiones constituye el sostén de una familia, la situación se agrava si no es jubilado ni pensionado, sino que depende de su propia fuente de empleo.
- c. **En el área familiar:** la necesidad de convivir diariamente con el tratamiento a través del contacto con el material de diálisis, las modificaciones espaciales en la vivienda e higiénicas que esto impone, la adecuación de los horarios de recambio, la imposibilidad de realizar viajes prolongados, así como las modificaciones dietéticas, muchas veces determinan conflictos, a esto se

agrega la significación que para el paciente tiene que desempeñar el rol de enfermo en la familia, sobre todo cuando se trate del padre ya que se traduce una necesaria inversión en el anterior funcionamiento intrafamiliar.

Por otra parte, la diálisis peritoneal requiere del enfermo un alto grado de autonomía y responsabilidad que favorece el autocuidado, lo cual si bien es cierto puede resultar beneficioso ya que le otorga cierto control sobre su cuerpo y su enfermedad, en muchos casos y sobre todo cuando aparecen complicaciones de la técnica, el tratamiento se convierte en una fuente de estrés y la falta de capacidad se traduce en falta de responsabilidad, que puede transformarse fácilmente en culpa cuando el paciente siente que pudo haber tenido cierta participación en algún fracaso, por otra parte un paciente con una personalidad dependiente, la necesidad de autocuidado determina una importante fuente de malestar. Es vital como parte de la función del equipo interdisciplinario, ayudar al paciente a aceptar su enfermedad y participar activamente en la ejecución de actividades de autocuidado enfocadas a su bienestar y una mejor calidad de vida.

“El autocuidado es una acción adquirida es decir que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural pues explica que la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad. Esta acción emana de una exigencia ya sea sentida por la persona u observada por otra siendo necesario su compromiso señalando que la aptitud de la persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones” (Solano; 2002:179).

Se puede concluir en este capítulo que un elemento clave para el éxito de un correcto funcionamiento de la modalidad de la DPCA (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) en los pacientes, es precisamente la aceptación, compromiso y responsabilidad que adquiere en primer lugar el mismo paciente, así como la familia

de éste. Sin embargo, cabe mencionar que una atención integral brindada de manera oportuna por el equipo de salud entre los que se encuentra inmerso el Trabajador Social es de suma importancia para el tratamiento efectivo de la DPCA en el paciente. De tal manera que al paciente y familiar de apoyo le debe quedar claro todo el procedimiento que se debe realizar para la DPCA, así como todos los cambios que involucran en los diferentes ámbitos de la vida del paciente y la familia.

## **CAPÍTULO IV**

### **TRABAJO SOCIAL.**

En el presente capítulo, se revisara información acerca de los antecedentes del Trabajo Social de manera general. Hay que recordar que el Trabajo social tiene sus orígenes desde tiempos remotos, en que se han manifestado las necesidades que presenta el hombre dentro de las distintas sociedades y culturas a través de las diferentes épocas de la historia.

#### **4.1. Antecedentes Históricos de Trabajo Social.**

A lo largo de la historia se han ido presentando diferentes sucesos, en los que se pone de manifiesto las necesidades y problemáticas del ser humano, determinado por un contexto histórico en el que se encuentra inmerso, dado así que han sido acontecimientos que involucran una evolución o desarrollo social que modifica la forma de vida del ser humano. Prueba de ello son las condiciones económicas en Latinoamérica y el mundo entero, que se ve afectado a partir del proceso de la industrialización, entrando así América Latina en 1930 en un período de transición implementando entonces este modelo de desarrollo. Siendo una de las formas de trabajo social la asistencia social.

La asistencia social en el siglo XX se baso principalmente en los principios de la caridad y la filantropía, siendo esta ayuda que se brindaba del tipo paternalista, haciéndose obras de caridad a través de donaciones, motivado por razones moralistas, filantrópicas o religiosas. Siendo las instituciones religiosas las encargadas de crear organismos de asistencia social.

Como refiere el autor Jorge Torres Díaz en su libro denominado “La Historia del Trabajo Social”, la asistencia social se transforma en dadas materiales que suministra la clase dominante a través de programas caritativos filantrópicos, promocionales y preventivos de carácter paliativo y adormecedor de los intereses

populares, afectados por el hambre, la deshabitación, la insalubridad, la ausencia de servicios públicos, el analfabetismo, la prostitución, el alcoholismo, el desempleo, la inseguridad, la enfermedad, etc.

Cabe destacar que “las formas de asistencia social, derivadas de las famosas leyes de pobres, presentaron signos de dureza y degradación que se consideró que la aplicación de la asistencia debía estar en manos de un grupo numeroso y de alto nivel profesional y con gran sentido de solidaridad, para eliminar el mínimo sentido de caridad y limosna que algunos grupos aun achacaban a la asistencia pública. Espacio que propicio la formación del Trabajador Social dentro de los profesionales encargados de operativizar las políticas generadas por el Estado.”(SUA, ENTS – UNAM; 2008: 92).

Un pilar fundamental de la profesión lo fue Mary Ellen Richmond, quien nace en Belleville, Illinois, Estados Unidos de Norteamérica en 1861 y muere en 1928. Siendo ella una de las pioneras en nuestra profesión, quien incursiono a la Organización de la Caridad (C.O.S.) en 1891, capacitándose continuamente a través de conferencias, adentrándose en la sociología y filosofía, posteriormente durante una Conferencia Nacional de instituciones de Caridad y Corrección en la ciudad de Toronto, Canadá, quien señalo la necesidad de crear una escuela para la formación de Trabajadores Sociales. Concretándose la idea al año siguiente creando la Escuela de Filantropía Aplicada en la ciudad de Nueva Cork, misma en la que ejerció como docente. Su principal obra denominada “Diagnosis Social”, como producto de 17 años de investigación y experiencia directa en campo.

## **4.2. Desarrollo de Trabajo Social en México.**

Como refiere el autor Eli Evangelista en su libro “Historia del Trabajo Social en México que el origen de Trabajo Social como profesión, se inicia en los primeros años del presente siglo con la institucionalización de la enseñanza del servicio social, para intervenir racional y técnicamente en los programas dirigidos a los sectores sociales, carentes de los recursos económicos suficientes para subsistir y para guiar

soluciones individuales, grupales o comunitarias, producto de conflictos de diferente orden, gravedad e incidencia social.

La constitución profesional del Trabajo Social tiene sus raíces más profundas, en el origen de las desigualdades sociales. Esto significa, que el Trabajo Social posee una pre-historia que nace de las necesidades sociales diferenciales, que según el grado de satisfacción o insatisfacción, produce las diferentes formas de asistencia social.

Abordar como se ha desarrollado el Trabajo Social en México resulta complejo, debido a las múltiples diferencias regionales, históricas, situaciones tanto económicas, políticas y sociales.

A continuación se señalan algunos antecedentes de la creación de la Carrera Profesional de Trabajo Social en la Universidad Nacional Autónoma de México, formulados por el doctor Francisco Núñez Chávez, fuente quien menciona como datos importantes los siguientes:

“En el año de 1937 era Jefe del Departamento de Prevención Social la Dra. Matilde Rodríguez Cabo de quien dependía los Tribunales para Menores que carecía de Trabajadoras Sociales técnicamente preparadas, por lo que las actividades de dicha índole que necesariamente se llevaban a cabo tenían el carácter de empíricas con todas las deficiencias que por tal motivo tenían las labores de investigación social necesarias en el funcionamiento y relaciones de los Tribunales para Menores.

La Doctora Rodríguez Cabo hizo gestiones en la que entonces se denominaba Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, para que de inmediato se organizaran Cursos Propedéuticos de Trabajo Social que corrigiera el empirismo que en esta Materia existía en los Tribunales para Menores y logró que durante los años de 1938 y 1939 se impartiera en dicha Facultad Cursos de Trabajo Social y sus relaciones con las ciencias del Derecho, de la Medicina y de la Sociología.

En estos Cursos Propedéuticos el alumnado se integró con el personal que desempeñaba empíricamente, como ya se dijo las labores de investigación de las



causas Médicas, Psicológicas y Sociales en los llamados entonces menores delincuentes. El entusiasmo despertado por tales Cursos fue grande y tan grandes los beneficios de inmediato logrados para el tratamiento de los menores infractores que hizo concebir la idea de crear una Carrera de carácter Universitario y contando con la ayuda del Lic. Pardo Aspe, Director de la Facultad de Derecho se creó a partir de 1940".( [www.trabajosocial.unam.mx](http://www.trabajosocial.unam.mx)).

Respecto al desarrollo y evolución del Trabajo Social como profesión en México, se pueden señalar infinidad de sucesos cronológicos a lo largo de la historia en nuestro país, en que se comenzó con la incursión del actuar profesional del Trabajador Social, sin embargo, para efectos del presente capítulo, cabe señalar algunos datos relevantes que nos aporta la autora Aída Valero Chávez en su libro "El Trabajo Social en México" siendo los siguientes y más significativos los que a continuación se presentan:

Perfilándose el Trabajo Social durante el período presidencial del Presidente Álvaro Obregón el 28 de junio de 1929, fundándose la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, institución nacional que brindara atención a los niños necesitados. Nombrándose así, algunas inspectoras de beneficencia pública para investigar solicitudes de ayuda.

En 1933, bajo el presidencialismo de Abelardo Rodríguez, se crea la primera escuela de Trabajo Social en México, por lo que en 1936 se nombra oficialmente a la primera Trabajadora Social en el Departamento de Acción Educativa y Social de la Beneficencia Pública.

En 1943 por Decreto presidencial del 1º de Junio se crea el Hospital Infantil de México, convirtiéndose en la cuna del ejercicio y el aprendizaje del Trabajo Médico Social en nuestro país.

En 1945 bajo la Presidencia de Manuel Ávila Camacho, el Hospital general de México cuenta con personal empírico de Trabajo Social, incorporando a personal profesional en 1948.

En 1946 con el presidente Miguel Alemán Valdez, se establece formalmente las oficinas de Trabajo Social en los Hospitales Generales, Juárez, Homeopático, Manicomio General y el Dr. Jesús Alemán Pérez.

A partir de 1952 cuyo presidente era Adolfo Ruiz Cortines, la S.S.A crea la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno Infantil, la de Rehabilitación, la de Asistencia Médica y la de Asistencia Social, incorporando en todas ellas a Trabajadores Sociales.

Es en 1964 durante el sexenio de Gustavo Díaz Ordaz, la Cruz Roja Mexicana incorpora a un Trabajador Social a fin de reconocer la utilidad que reportaba este profesional al área hospitalario – asistencial.

En 1977 durante el régimen del Presidente José López Portillo, se fusionan INPI e IMAN en un solo organismo denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SINADIF).

Cabe señalar que a partir de estas últimas dos décadas es que se intensifica la atención a los tres niveles de intervención: caso, grupo y comunidad.

### **4.3. Definición de Trabajo Social.**

A continuación se manejan tres definiciones acerca de la profesión:

“La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los

puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo social". ([www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)).

El Trabajador Social es el profesional capaz de analizar y comprender las necesidades y los problemas sociales a nivel individual, grupal, comunitario y de la sociedad en general, y crear modelos de intervención para su atención.

“El Trabajo Social es una disciplina que estudia al hombre en su situación social, a través de una tecnología social, que le permite determinar sus necesidades y carencias y promover la atención de las mismas, a fin de lograr su bienestar social”(Valero: 1999; 133).

Otra definición es la que nos aporta en 1980 la Escuela Nacional de Trabajo Social: “Disciplina de las ciencias sociales que a través de procedimientos científicos promueve la organización y participación consciente de los miembros de la colectividad en las transformaciones sociales, a fin de contribuir al desarrollo integral de la población”(Antología de Trabajo Social ENTS – UNAM: 1980; 32).

Para fines prácticos a la presente investigación, se formula una definición propia que es la siguiente:”Trabajo Social, es la profesión que trabaja a través de la interacción de las relaciones humanas, cuyo objetivo es promover el desarrollo integral individual y colectivo de las personas, sensibilizando al reconocimiento de las problemáticas y necesidades reales, brindando acompañamiento y persuadiendo a los individuos en la búsqueda de recursos que permitan la obtención de satisfactores”.

#### **4.4. Niveles de intervención del Trabajo Social.**

##### **Trabajo Social de Caso:**

Con su carácter pragmático brinda una acción orientada básicamente a intervenir en los intereses subjetivos del individuo. Cuyo principio rector “consiste en considerar que ningún usuario es igual a otro en sus necesidades, y que por lo mismo, los

conocimientos y técnicas de la profesión deben aplicarse de diferente manera en cada caso".(Valero, SUA ENTS- UNAM; 2008: 167).

Cabe señalar que será el individuo quien deba tomar sus propias decisiones y que el papel del o la Trabajadora Social es el de ayudarlo a elegir la decisión más acertada, sin imponérsela nunca. En el Trabajo Social de casos no se puede mecanizar los diagnósticos y tratamientos basados en criterios generales, debido a que las dificultades económicas o sociales de un individuo no pueden definirse en términos colectivos.

Por ejemplo en el contexto hospitalario, la Trabajadora Social trabaja auxiliando el tratamiento médico que proporciona el hospital, aportando datos que ayuden a los médicos a entender las dificultades que un paciente pueda tener para seguir sus instrucciones, así como lo relacionado a la situación económica del enfermo, actitud de la familia y todo lo relacionado al hogar.

Han sido varios los autores que han contribuido al Trabajo Social de Casos, con sus diferentes aportaciones metodológicas, mismas que se encuentran detalladamente explicadas en la Antología de Trabajo Social de Caso, compilación realizada por la Lic. Guadalupe Hernández Martínez en 2003, tales aportaciones metodológicas de estos autores son las siguientes:

**Mary Richmond:**

Concepto: conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando conscientemente e individualmente al hombre a su medio social.

Objetivo: eliminar tensiones materiales y emocionales, así como ayudar al usuario a bajar el ajuste práctico de acuerdo a su medio social, así como una satisfacción mutua en sus relaciones interpersonales.

Metodología:

- Investigación.

- Diagnóstico: —————> Inicial.  
                                   ↘  
                                   ▶ Posterior.
- Pronóstico: Plan —————> Tentativo.  
                                   ↘  
                                   ▶ Definitivo.
- Tratamiento: —————> Directo.  
                                   ↘  
                                   ▶ Indirecto.

**Mary Castellanos:**

Concepto: es el método que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, describir y encauzar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas y lograr una mayor adaptación entre el individuo y su medio circundante.

Objetivo: desarrollar al máximo las capacidades innatas de los individuos, con el propósito de hacernos así mismos y a la sociedad.

Metodología:

- Investigación.
- Diagnóstico Interpretativo: —————> Inicial.  
   ↘  
   ▶ Posterior.
- Pronóstico: Plan —————> Tentativo.  
                                   ↘  
                                   ▶ Definitivo.
- Tratamiento: —————> Directo.  
                                   ↘  
                                   ▶ Indirecto.

### **Gordon Hamilton:**

Concepto: el hombre es un organismo biosocial, el caso, el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el Trabajador Social como un proceso psicosocial, se componen de factores internos y externos, es decir, relativos al medio ambiente, estudia a los individuos en todo lo relacionado a sus experiencias sociales, como sus sentimientos sobre dichas experiencias.

Objetivo: proporcionar servicios prácticos y consejo, a fin de despertar el conservar las energías psicológicas del cliente, hacerlo participar activamente en el uso de estos servicios para la solución de sus problemas.

#### Metodología:

- Investigación.
- Diagnóstico y evaluación.
- Tratamiento.
- Recursos.

### **Evelyn Davison:**

Concepto: es un servicio personal proporcionado por trabajadores calificados a individuos que requieren ayuda especializada para resolver algún problema material, emocional o de carácter.

Objetivo: lograr la participación activa del cliente lo mas temprano posible.

#### Metodología:

- Etapa inicial (Investigación).
- Estudio social o diagnóstico.
- Terapia de apoyo o Tratamiento terapéutico.

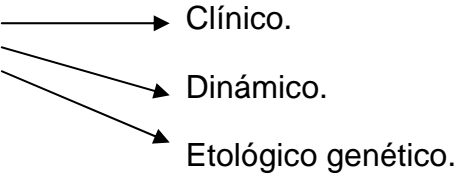
- Reporte o Evaluación.

### **Hellen Harries:**

Concepto: proceso empleado por instituciones consagradas a fomentar el bienestar público para ayudar al individuo en sus problemas y al reajuste social.

Objetivo: lograr que el sujeto experimente uno o más problemas se entregue a su elaboración y resolución empleando unos medios que le puedan ser útiles en el futuro.

### Metodología:

- Investigación.
- Diagnóstico: 
  - Clínico.
  - Dinámico.
  - Etológico genético.
- Tratamiento.
- Transferencia.
- Control.

### **Ricardo Hill:**

Hace una recopilación de 5 modelos de atención, entendiendo como modelo, la integración de aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y filosóficos, de una forma determinada en la práctica.

- **Modelo de Socialización –**

Atiende a personas crónicamente pobres, a miembros de cualquier grupo racial o étnico estigmatizado o reprimido, por la pobreza, familias matriarcales, frecuente y severa desorganización familiar.

### Objetivos:

- Que el individuo y la familia accedan a los recursos y servicios materiales que necesitan, tanto de programas públicos como de privados.
- Lograr estabilidad en el ámbito familiar, personal e interpersonal, que creen una atmósfera de estabilidad y aceptación para los hijos.
- Que el individuo experimente que la esperanza puede ser realizada.
- Que aprenda que una acción dirigida hacia un objetivo puede producir resultados satisfactorios.
- Que tengan acceso a oportunidades vocacionales promisorias.
- Que desarrollen un sentido de identidad más firme y una autoestima más sólida.

### Metodología:

- Investigación.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
  
- **Modelo Clínico Normativo –**

Busca ayudar a individuos con problemas de relaciones familiares, desempeño escolar y en el trabajo, ansiedad incontrolable, culpabilidad, temas libidinosos y agresivos que dañan las relaciones interpersonales, disturbios en el funcionamiento social incorrecto en roles sociales e interacciones sociales. La persona debe estar consciente e interesada en su problemática ya sea psíquica, social o ambiental, para ser capaz de utilizar la ayuda.



Objetivo: La rehabilitación terapéutica, cuyo propósito es mejorar el funcionamiento social del individuo, ayudándolo a abandonar sus formas disfuncionales de conducta.

Metodología:

- Investigación.
- Diagnóstico.
- Estudio y tratamiento (canalización a instituciones de apoyo).

- **Modelo Socio-conductista –**

Analiza el comportamiento social, toda vez que el comportamiento es aprendido y puede ser modificado en las formas deseadas, por los mismos medios. Ayuda a la gente con comportamientos problemáticos encontrando modos de aplicar los principios y procedimientos de condicionar esos comportamientos. Su tarea es encontrar caminos de condicionamiento para fortalecer algunas de sus conductas, debilitar otras, y ayudar a abandonar formas indeseables de conducta para adquirir nuevas mas adecuadas.

Objetivo: alterar el comportamiento del cliente en formas definidas para que sus problemas disminuyan o desaparezcan.

Metodología:

- Investigación.
- Diagnóstico y Evaluación.
- Tratamiento.

- **Modelo de Crisis –**

Dirige su atención hacia el manejo que el individuo hace de situaciones difíciles pero temporarias que no puede controlar por medio de sus métodos y recursos

habituales para resolver problemas. Dicho modelo es de atención a corto plazo. Se pueden distinguir varios tipos de crisis: crisis situacionales, crisis de origen social y cultural, crisis de desarrollo.

Objetivo: llevar al individuo a un estado tolerable de confort emocional y desarrolle capacidades para afrontar la situación en forma efectiva.

Metodología:

- Investigación (situación actual).
- Diagnóstico.
  
- **Modelo de Comunicación-Interacción –**

Su atención se dirige a la familia como el contexto principal del individuo. El comportamiento de cada individuo dentro de la familia esta relacionado y depende del comportamiento de todos los otros. A este modelo se le conoce como “terapia familiar”. Comprende las formas desordenadas de comunicación e interacción.

Objetivo: modificar las distorsiones en la comunicación, lo que resultara en una transmisión franca de intenciones consistentes de una persona a otra, o el abandono de métodos de control de interacción para aquellos que se muestran cooperativos.

Metodología:

- Investigación.
- Diagnóstico.
- Tratamiento (terapia familiar).

- **Enfoque Sistémico –**

Conjunto de elementos que interactúan entre sí, de la cual interfiere que hay una interdependencia entre las partes con la posibilidad de un cambio, a través de un principio de organización que es la información.

Metodología:

- Investigación.
- Hipótesis (análisis de las causas que han contribuido al problema).
- Proceso de intervención (sesiones).
- Tratamiento.

**Edna Meave:**

Concepto: comprender los problemas de cada individuo en la forma más completa posible, investigación escrupulosa, cuidadosa de un individuo y los problemas que se presentan.

Objetivos:

- Movilizar las capacidades del individuo para que se transforme en persona a través de la educación social y de su medio y a su vez haga frente a sus problemas.
- Lograr la promoción social, es decir, que el ser humano logre organizarse y movilizarse en la búsqueda de solución a sus necesidades.

Metodología:

- Investigación.
- Diagnóstico o análisis operativo situacional.
- Plan social del tratamiento (educación social).

En lo que se refiera al manejo de Trabajo Social de grupo y retomando a la autora Aída Valero Chávez, manifiesta lo siguiente:

**Trabajo Social de Grupos:**

A diferencia del Trabajo Social de Casos, este se ocupa del individuo en su calidad de miembro de un grupo, desde el momento mismo de su nacimiento que forma parte de su grupo familiar, desarrollándose conforme a su crecimiento en distintos grupos sociales tales como: vecindario, escuelas, centros de trabajo, asociaciones, etc.

Por medio del medio del matrimonio se liga a otro grupo y más tarde a través de los hijos. Un grupo ofrece más fuerza y seguridad al individuo por sí solo, dando a su vida un equilibrio social indispensable. El individuo afecta al grupo en la misma medida en que el grupo ejerce influencia sobre el individuo, sea de manera consciente o inconsciente.

“El trabajador de grupo permite a varios tipos de grupos funcionar de tal modo que tanto la acción recíproca del grupo, como la actividad programada por éste, contribuyen al desarrollo del individuo y al logro de metas sociales deseables”(Antología de Trabajo Social de Grupo, ENTS - UNAM;1990: 188)

Por tanto diremos que el Trabajo Social de Grupos se enfoca al desarrollo social del individuo persiguiendo objetivos útiles e interesantes para el grupo, a través de procesos educativos, logrando así las metas en común. El trabajador Social funciona como un coordinador de grupo, estimulando la iniciativa, conciencia y capacidad del grupo para autodirigirse. El Trabajo Social de Grupo consiste en promover la integración grupal, regidos por carencias y objetivos en común por parte de sus miembros.

Mientras que la misma autora Aída Valero Chávez, maneja lo siguiente respecto al trabajo en comunidad:

**Trabajo Social en Comunidad:**

Se refiere al proceso de organización y desarrollo de la comunidad, logrando equilibrar tanto las necesidades asistenciales de la comunidad, como los recursos con que cuentan para cubrirlos. Siendo vital la participación social, así como de voluntarios y profesionales, motivándose mutuamente para generar un ambiente de confianza e iniciativa que promueva la realización de proyectos que mejoren la comunidad promoviendo la organización, participación y mejoramiento de las relaciones en los diferentes sectores que constituyen la comunidad, que den como resultado un mayor nivel en la calidad de vida de los miembros de una comunidad.

Entre las actividades a realizarse están la *investigación* para determinar necesidades y medios o recursos con que se cuenta para satisfacerlas, la *organización* de las actividades a realizar para favorecer el éxito, la *interpretación* que tiene como fin el descubrimiento asertivo de las necesidades colectivas y las formas de enfrentarlas, la *movilización* para poder realizar un proyecto determinado para reunir lo necesario que haga posible alcanzar los objetivos. Por último la *negociación* para encauzar las acciones a un mejor logro.

Siendo la organización y mejoramiento de la comunidad una de las más valiosas contribuciones del Trabajo Social Comunitario, beneficiando a la sociedad en tener una mejor vida más equitativa y satisfactoria para la mayoría.

#### **4.5. Trabajo Social en el área de Salud.**

La manera como lo describe la Lic. Margarita Teran Trillo en el artículo denominado Perfil profesional del Trabajador Social en el área de salud, en la revista de Trabajo Social N° 37 es la siguiente; el Trabajo Social en el área de salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivadas en carencias y necesidades inciden en la salud, por lo que se refiere a identificar los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos.

El Trabajo Social es también considerado como la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso Salud – Enfermedad,

así como la identificación de las formas y los recursos para su atención y de esta manera poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud en los individuos, los grupos y las comunidades.

“Tradicionalmente la principal función del Trabajo Social en las instituciones de salud pública se ha dirigido a la atención de problemas individuales sin embargo estas actividades deben ser desempeñadas en gran parte por personal auxiliar quedando las tareas más trascendentes de grupos y sobre todo los de carácter colectivo a cargo del profesional de Trabajo Social. El Trabajador social debe asumir las funciones profesionales que le corresponden a nivel colectivo donde a falta de su intervención tienen que improvisarse otros elementos o sólo se realizan los de carácter auxiliar quedando en el vacío las de nivel profesional”(Sánchez; 1994: 239).

“El Trabajador Social en el área de salud, es el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud – enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación, programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y evaluación, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones del 1º, 2º y 3º nivel de atención”.(www.salud.gob.mx).

#### **4.6. Perfil Ideal del Trabajador Social.**

De acuerdo a lo que menciona la Lic. Margarita Teran Trillo en su artículo denominado: “Perfil profesional del Trabajador Social” publicado en la Revista de Trabajo Social N° 37 UNAM – ENTS (1989), señala las siguientes funciones y actividades básicas:

##### **Objetivo general:**

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

### **Objetivos específicos:**

- ✓ Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto social determinado.
- ✓ Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
- ✓ Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
- ✓ Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente en los programas de salud.
- ✓ Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre.
- ✓ Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención por la acción social.

### **Funciones y Actividades:**

#### *INVESTIGACIÓN:*

El Trabajador Social dentro de esta área esta capacitado para:

- Diseñar protocolos de investigación específicos.
- Identifica factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
- Así como es apto para investigar los aspectos poblacionales que intervienen en el tener acceso a los servicios de salud.
- Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud.

- Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.
- Hacer estudios de prospectivas sociales por la educación para la salud.
- Establecer el perfil de los usuarios del servicio.
- Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud (local, regional o nacional).

*ADMINISTRACIÓN:*

- Participar en planes y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud.
- Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.
- Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.
- Propiciar la ampliación de cobertura de los servicios.
- Buscar la optimización de la eficiencia de recursos intra – institucionales.
- Controlar los procesos administrativos del servicio de Trabajo Social.
- Promover las mejoras en la atención integral mejorando la calidad y cantidad en esta.
- Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.
- Diseñar manuales de normas y procedimientos del Servicio de Trabajo Social.
- Establecer sistemas de coordinación intra y extra – institucionales.
- Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales (siniestros y catástrofes).
- Hacer acopio de material didáctico y de difusión.



### *EDUCACIÓN:*

- Mantener a la población usuaria del servicio informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.
- Impulsar la educación para la salud física y mental.
- Promover la paternidad responsable así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva.
- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.
- Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etc.
- Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.
- Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.
- Diseñar material de apoyo didáctico.

### *ENSEÑANZA:*

- Asesorar estudiantes y pasantes de Trabajo Social.
- Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector.
- Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.
- Coordinar actividades o proyectos especiales con instituciones educativas de Trabajo Social.
- Difundir las funciones y programas de los servicios de Trabajo Social ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes.
- Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.
- Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área.

### *ASISTENCIA:*

- Proporcionar orientaciones médico – sociales de distinta índole tanto a pacientes como familiares.
- Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales.
- Promover servicios de apoyo (ambulancia, funerarios, etc.)
- Canalizar enfermos a otras unidades operativas (por no corresponder a la especialidad, falta de recursos en el área o ser derechohabiente de otra institución).

#### *PROMOCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA:*

- Participar en campañas comunitarias de salud.
- Realizar estudios de comunidad para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.
- Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.
- Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro.
- Coordinar intra y extra – institución la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro.

#### *ORIENTACIÓN LEGAL:*

- Orientar a pacientes y familiares sobre los aspectos sociales de medicina legal.
- Coordinar la integración del expediente clínico con la información legal respectiva.
- Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio Público.
- Canalizar el caso.

#### *SISTEMATIZACIÓN:*

- Analizar el conjunto de los casos atendidos para conformar indicadores del perfil del usuario.
- Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.

- Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.
- Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida.
- Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.
- Generar modelos integrales de acciones médicas partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.
- Teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social.

A través de este capítulo se puede observar la gran trascendencia que ha tenido el actuar del Trabajador Social a lo largo de la historia y como ha sido fundamental la incursión de este profesional en cada vez más áreas, destacando una de estas el área de la salud, cuyo beneficiario requiere de una atención integral y que mejor que el apoyo del Trabajador Social, quien esta más preparado en la actualidad y tiene más conocimientos teóricos y elementos prácticos basados en la experiencia institucional, que le permitan intervenir de manera específica a través del grado de intervención requerido para determinados casos que ameriten su atención, sea esté caso, grupo o comunidad.

De ahí la importancia de que existan avances considerables en la preparación académica de las nuevas generaciones de profesionistas, ya que de ahí dependerá su buen desempeño en el ámbito profesional. No obstante, es vital que el Trabajador Social no solo desarrolle sus aptitudes y capacidades, sino que eleve su vocación profesional y sentido humanista hacia sus semejantes.

## **CAPÍTULO V**

### **HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN**

#### **“DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ”.**

Es necesario que antes de entrar en el tema en estudio, se de un panorama más detallado en cuanto al conocimiento de la institución se refiere, de tal manera que se tenga un mayor acercamiento sobre las bases institucionales y la organización estructural de los diferentes departamentos a través de los cuales se proporcionan los servicios de salud a los usuarios de este hospital.

A continuación se retomara información recabada del Manual de Organización y Procedimientos del Hospital General de Uruapan (1995).

#### **5.1. Antecedentes históricos.**

Desde tres décadas atrás, se venía contemplando la creación de un Hospital que diera respuesta a las necesidades de salud que presentaba la población indígena de la Meseta purépecha y de los municipios cercanos a la ciudad de Uruapan, así como a enfermos de poblaciones colindantes a Michoacán como son de los estados de Guerrero, Colima, Jalisco y Guanajuato.

En 1990, dentro del “Programa Nacional de Solidaridad” se llevo a cabo las primeras gestiones y propuestas para construir un Hospital de segundo nivel en Uruapan Michoacán. Una vez aprobado el proyecto, fue donado un terreno de 15,000 m<sup>2</sup> de extensión en el Fraccionamiento “San Francisco Uruapan” por la Comisaría Ejidal de Tejerías e iniciándose en el mes de enero de 1991 la construcción de dicho Hospital, siendo terminada la obra totalmente hasta el 31 de septiembre de 1993.

Finalmente el 17 de junio de 1993 siendo Presidente de la República el Lic. Carlos Salinas de Gortari, y en compañía del entonces Secretario de Salud Dr. Jesús Kumate, y el entonces también Gobernador del Estado de Michoacán Lic. Ausencio

Chávez Hernández y el Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Dr. Eustolio Hernández Vázquez, entre otros distinguidos personajes, es inaugurado el Hospital General de Uruapan, haciéndose entrega de la Dirección de este Hospital al C. Dr. Sergio Hidalgo Ramírez. Iniciando sus actividades en Consulta externa el 1 de julio de 1993 y en hospital hasta el 1 de noviembre del mismo año, contando entonces con sólo 60 camas en el ala poniente del edificio.

Para diciembre de 1994, se integran otras especialidades básicas a la institución como son: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecología, Oftalmología, Estomatología, Otorrinolaringología, Traumatología, Ortopedia y neurocirugía.

En el año de 1995 y debido a la gran demanda de atención, se incrementan las especialidades de: Urología, Cirugía plástica y reconstructiva, Cirugía cardiovascular, Cirugía maxilofacial, Psicología, Nutrición, y Hematología.

Actualmente continúan vigente los servicios en todas las especialidades mencionadas y se agregaron a ellos las especialidades de: Oncología, Clínica de displasias, Clínica de obesidad, Cirugía pediátrica, Cirugía laparoscópica, Clínica de mama, Servicio de procuración de órganos.

## **5.2. Objetivos.**

Otorgar atención Médica – Hospitalaria a población abierta, a través de:

- Prevención de enfermedades.
- Atención curativa y de rehabilitación.
- Vigilancia epidemiológica.
- Proporcionar información estadística de los problemas de salud, atendidos por la institución.

## **5.3. Misión y Visión.**

El Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez” es una institución de segundo nivel dependiente de la Secretaría de Salud, que brinda atención Médica integral, con calidad y calidez a la población abierta.

En cuanto a la visión se refiere, esta es la de llegar a ser un Hospital de tercer nivel de atención en el Estado de Michoacán.

#### **5.4. Políticas.**

- “Las acciones del personal de la institución deberán dirigirse hacia el logro de los objetivos de la Unidad.
- Los pacientes, familiares y público en general serán objeto de la misma atención, independientemente de su posición social, cultural, económica y religiosa.
- Se asignara al personal, tareas y responsabilidades específicas en cada uno de los niveles de atención en base a la descripción del puesto actual.
- Para mantener y/o elevar la calidad de la atención del personal en el servicio, se planearan y ejecutarán programas de trabajo en coordinación con el equipo de enseñanza de la Institución.
- Se fomentara el desarrollo integral del personal, a través de la participación de eventos científicos y culturales”(Manual de Organización y procedimientos del HGU; 1995).

#### **5.5. Estructura organizativa.**

Dentro del hospital se cuenta con un organigrama donde se detallan los niveles jerárquicos en base a los puestos y funciones que se desempeñan en cada uno de ellos.

- **Dirección:** A cargo del Director del hospital.

- **Consejo Técnico:** Cuerpo colegiado que tiene por objeto asesorar técnicamente al cuerpo de gobierno del hospital para el mejor desarrollo de las actividades médico-administrativas.
- **Comités:** Grupos multidisciplinarios de profesionales y técnicos calificados que se reunirán con el fin de desarrollar programas específicos de carácter médico-administrativo, para la resolución de problemas prioritarios del establecimiento.
- **Área administrativa:** Formara parte del cuerpo de gobierno del hospital, dependerá de la dirección y será el responsable ante ella de la organización y buen funcionamiento de los servicios administrativos y generales dentro del área se encuentran:
  - *Recursos Humanos*
  - *Recursos Financieros.*
  - *Recursos Materiales:*
- **Servicios Generales:** Realizan actividades de apoyo, desde limpieza, vigilancia, transporte, lavado de ropa, etc.
- **Conservación y mantenimiento:** Responsable de vigilar y asegurar que el inmueble y sus instalaciones y equipo funcionen de manera confiable, eficaz, eficiente y continúa.
- **Enseñanza e Investigación:** Es responsable de establecer que las actividades de investigación que se lleven a cabo en el hospital, se organicen para mantener un alto nivel académico del personal médico, paramédico y demás integrantes del equipo de salud de la unidad hospitalaria.
- **Área Médica:** Será responsable ante la dirección de la organización y buen funcionamiento de los servicios médicos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y paramédicos que estén a su cargo. Dentro del área médica se contemplan los siguientes puestos:

- *Gineco y Obstetricia.*
- *Medicina Interna.*
- *Pediatría.*
- *Medicina Preventiva.*
- *Cirugía general y de especialidades.*
- *Oftalmología.*
- *Traumatología y ortopedia.*
- *Oncología.*
- *Urología.*
- *Neurología.*
- *Ortodoncia y maxilofacial.*
- *Otorrinolaringología.*

➤ **Servicios Paramédicos:** Dentro del área de servicios Paramédicos se contemplan los siguientes puestos:

- *Enfermería:*
- *Trabajo Social:*

Apoyara con acciones concretas los programas de salud a través del estudio y conocimiento de los factores económico-sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad, para buscar en forma conjunta con el equipo interdisciplinario, opciones de salud a la problemática de salud que presentan los individuos, grupos o comunidades, bajo la jurisdicción del hospital. Algunas de las funciones que se realizan son las siguientes:

- Realizar el diagnóstico y tratamiento social requerido para la atención integral de los pacientes ambulatorios y hospitalizados.



- Mantener actualizada la información del paciente contenida en los formularios de Trabajo Social que incluyan estudios e investigación realizados, plan terapéutico, resultados de tratamiento y seguimiento de caso.
  - *Farmacia.*
  - *Registro de Hospitalización.*
- **Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:** Dentro del área de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se encuentran los siguientes puestos:
  - *Laboratorio.*
  - *Radiología y Ultrasonido.*
  - *Patología.*
  - *Urgencias.*
  - *Anestesiología.*
  - *Banco de Sangre.*

## **5.6. Departamento de Trabajo Social.**

Este departamento inicia sus actividades desde la apertura del Hospital, contando desde su funcionamiento con dos Trabajadoras Sociales, ocupando el puesto de Jefa de Trabajo Social una de ellas. Coordinándose para brindar atención en ambos turnos matutino y vespertino, de manera que se cubrieran las necesidades de atención al usuario.

Actualmente el departamento se integra por la Jefa de Trabajo Social, así como por nueve Trabajadoras Sociales y el apoyo de una pasante de Trabajo Social, distribuidas en el turno matutino, vespertino y jornada acumulada, brindando atención en las áreas de Consulta externa, Hospitalización Adultos, Urgencias, Terapia intensiva, Ginecología, Tococirugía y Pediatría.

## **Objetivos:**

- Participar con el equipo de salud, en la atención médica e integral de los enfermos y sus familiares, mediante la detección, asistencia y solución de factores económicos – sociales, que especializan la atención y rehabilitación de los pacientes.
- Colaborar en el campo de la medicina preventiva a través de la educación para la salud, poniendo a los pacientes sujetos de atención médica hospitalaria y ambulatoria, a participar en el desarrollo de programas de salud, con el fin de disminuir sus reincidencias hospitalarias y promover el autoconocimiento de la salud.
- Utilizar en forma optima los servicios y recursos que ofrezcan los sectores públicos y sociales, para proporcionar la asistencia requerida por los pacientes y sus familiares.
- Participar en las escuelas en la formación de Trabajadores Sociales de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

## **Funciones:**

- Proporcionar educación para la salud a los pacientes y familiares.
- Presentar y desarrollar planes de trabajo congruentes con las necesidades del hospital, de los pacientes y de sus familiares.
- Realizar el diagnóstico y tratamiento social requerido para la curación y rehabilitación integral de los pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Establecer y desarrollar sistemas de trabajo social para la investigación y solución de los factores psicosociales y socio-laborales que están en relación directa con los pacientes, apoyándose en acciones de enseñanza e investigación.

- Promover y organizar las acciones de enseñanza e investigación social.
- Establecer y aplicar normas, manuales e instructivos que oriente al personal de Trabajo Social en el desarrollo eficiente de sus funciones.
- Administrar los recursos humanos del departamento.
- Promover el aprovechamiento de los recursos técnicos, físicos y materiales requeridos para el buen funcionamiento del departamento.
- Participar en el consejo técnico de la unidad, cuando sea requerido por las autoridades superiores.

**- Programas en los que interviene Trabajo Social dentro de la Institución.-**

- ❖ *Programa del INSEN:* se encarga de llevar el registro de excensiones a personas de la tercera edad para la consulta externa.
- ❖ *Programa de OPORTUNIDADES:* se encarga del registro en bitácora de pacientes que pertenecen a dicho programa social y cuentan con el apoyo de excensión para la consulta externa.
- ❖ *Programa de orientación a pacientes de la Meseta Purhepecha:* esta actividad esta a cargo de una auxiliar de Trabajo Social que domina el lenguaje Purhepecha y mantiene comunicación con los usuarios brindándoles la orientación pertinente a sus necesidades.
- ❖ *Programa de Lactancia Materna:* apoya en el área de Ginecoobstetricia en la orientación a las madres que han dado a luz en dicho Hospital, sobre los cuidados del niño.
- ❖ *Programa Hospital Amigo del niño y de la madre:* apoya en la promoción del alojamiento conjunto, favoreciendo la relación diádica madre – hijo.

- ❖ *Programa de Planificación familiar:* apoya al equipo de salud en la orientación y promoción del uso de métodos anticonceptivos de regulación de la natalidad.
- ❖ *Programa de educación para la salud:* mediante la participación en conjunto con un equipo interdisciplinario integrado por Médico, Enfermera, Psicólogo, Nutriólogo, que imparte temas de salud y control al Club de diabéticos y al Club de Obesidad.

Como se puede observar el papel del Trabajador social es fundamental en las instituciones de salud, ya que es un vínculo entre los usuarios y la institución, por lo tanto, se puede observar que ha formado parte indispensable del actuar profesional dentro de los hospitales, interviniendo activamente a través de su participación en los distintos programas que se llevan a cabo en el Hospital General de Uruapan.

Es importante también conocer, la estructura organizativa que se tiene dentro de la institución, como marco de referencia de las actividades y funciones que se desempeñan en cada uno de los departamentos y servicios de dicho hospital. Esto servirá para identificar el tipo de servicio que se proporciona al usuario para el restablecimiento a su salud.

## **CAPÍTULO VI**

### **INVESTIGACIÓN DE CAMPO.**

La investigación de campo se refiere al conocimiento de una realidad existente en la que se pretende realizar un estudio detallado sobre ciertas variables a investigar, para esto, es necesaria la elaboración de un diseño de investigación que se base en una metodología a seguir para cumplir con el fin propuesto para determinada investigación. De tal manera que es necesario establecer la definición del universo, es decir, el marco de referencia en que se llevara a cabo tal investigación. Asimismo, es necesario la elaboración de los instrumentos que nos servirán para lograr implementar las técnicas a utilizar, así como la manera en que se recopilara dicha información y como se procesara para la obtención de los resultados. A continuación se detallara paso por paso, los aspectos antes mencionados.

#### **6.1. Definición del Universo.**

El universo de este estudio de investigación estuvo constituido por un total de 10 pacientes que ingresaron al servicio de medicina interna de esta institución hospitalaria como usuarios del programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, durante el período comprendido en el trimestre que incluye los meses de Agosto a Octubre de 2007.

Durante la investigación de campo se implementaron técnicas como la observación y la entrevista dirigida a pacientes y/o familiares en la que se detectaron diversos indicadores a describir en la investigación como son los grupos de edad, sexo, nivel socioeconómico, estructura familiar, entre otras. Cabe señalar que no se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes debido a que en su mayoría (60%) de los pacientes eran foráneos. Utilizando como instrumentos de medición: ***el cuestionario, diario de campo, cuaderno de notas, bitácora de pacientes diario al servicio de Hospitalización Adultos.***

## **6.2. Elaboración del instrumento.**

Se elaboro un cuestionario dirigido a pacientes y/o familiares de usuarios en tratamiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. El mismo que incluyo título del instrumento, fecha de recopilación de información, el objetivo de su aplicación, así como las instrucciones de llenado, además de un espacio para los datos de identificación del paciente. Integrándose de la siguiente manera:

Subdividiéndose a su vez en 11 apartados tales como:

- I. Datos generales del paciente.
- II. Estructura familiar.
- III. Antecedentes patológicos y estado de salud.
- IV. Condiciones de la vivienda.
- V. Distribución de la casa.
- VI. Servicios con los que cuenta.
- VII. Ingresos y egresos mensuales.
- VIII. Hábitos alimenticios.
- IX. Hábitos de higiene personal.
- X. Hábitos de higiene en casa.
- XI. Otros.

Dentro de los cuales se plantearon:

- 10 preguntas abiertas.
- 49 preguntas de opción múltiple.
- 17 preguntas cerradas o dicotomicas.

Siendo en total 76 ítems formulados para recabar la información.

### **6.3. Recopilación de la información.**

El procedimiento mediante el cual se obtuvo la información, fue aplicando los instrumentos como es el cuestionario, siendo el paciente y/o familiar quien hacia de manera directa el llenado del cuestionario y en algunos casos fue llenado por la ejecutora del proyecto de investigación a manera de entrevista auxiliando así al paciente o familiar en cuestión. El tiempo de aplicación de cada instrumento fue variable, ya que cada persona requirió su propio tiempo para entender y contestar lo que se le cuestiono siendo en ocasiones necesario explicar más detalladamente cada una de las preguntas.

Se aplicaron en promedio un instrumento por semana, esto de acuerdo a que no había ingresos de pacientes diariamente por lo que en cuanto se ingresaba un paciente se abordaba de inmediato descartándose aquellos pacientes que aún no se encontraban dentro del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria o que estaban en protocolo de entrenamiento.

Cabe señalar que debido a la gran cantidad de preguntas realizadas por motivos de compactar la información más sobresaliente, más adelante se presentaran solo aquellas gráficas más representativas de acuerdo a los fines que persigue la presente investigación.

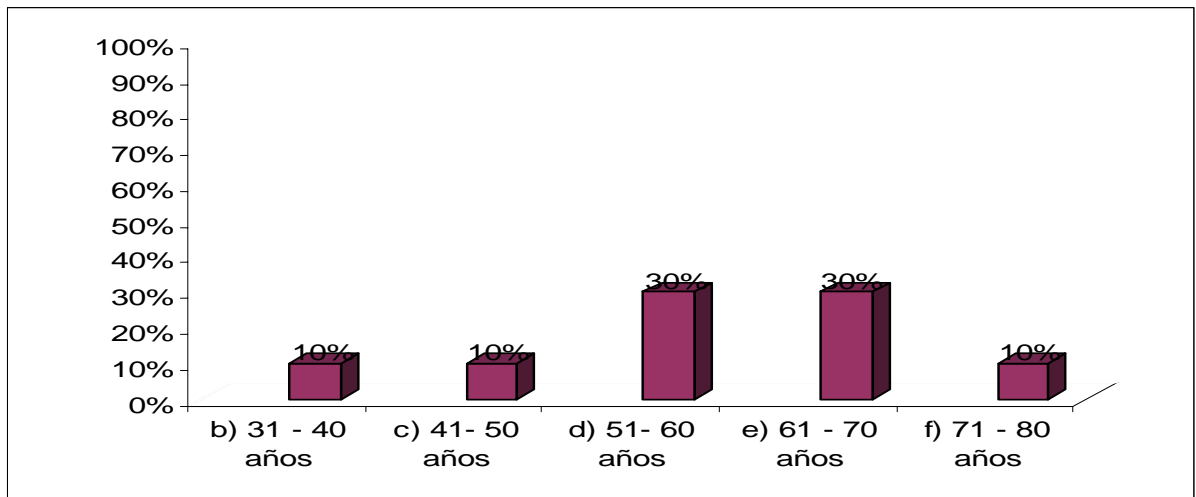
No obstante, es importante que también se de a conocer las limitantes que se tuvieron durante el periodo de investigación. De tal manera que las que se presentaron durante este proyecto fue básicamente la dificultad para entablar una conversación más detallada con el paciente, ya que por cuestiones del estado de salud del paciente no fue posible en todos los casos siendo el o los familiares quienes contribuyeron de manera más directa en la proporción de la información durante la investigación. Otra de las limitantes fue el no poder conocer personalmente el entorno físico y social en que se desarrolla de manera cotidiana el paciente ya que no se realizaron visitas domiciliarias a ningún paciente.

## 6.4. Presentación de resultados.

A continuación se presentan las gráficas representativas de los indicadores formulados para la investigación, mismas que incluyen número de gráfica, título de la pregunta, tabla de datos, gráfica e interpretación.

**GRÁFICA 1: EDAD.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) 20 - 30 años	1	10.%
b) 31 - 40 años	1	10%
c) 41- 50 años	1	10%
d) 51- 60 años	3	30%
e) 61 - 70 años	3	30%
f) 71 - 80 años	1	10%
Total:	10	100%



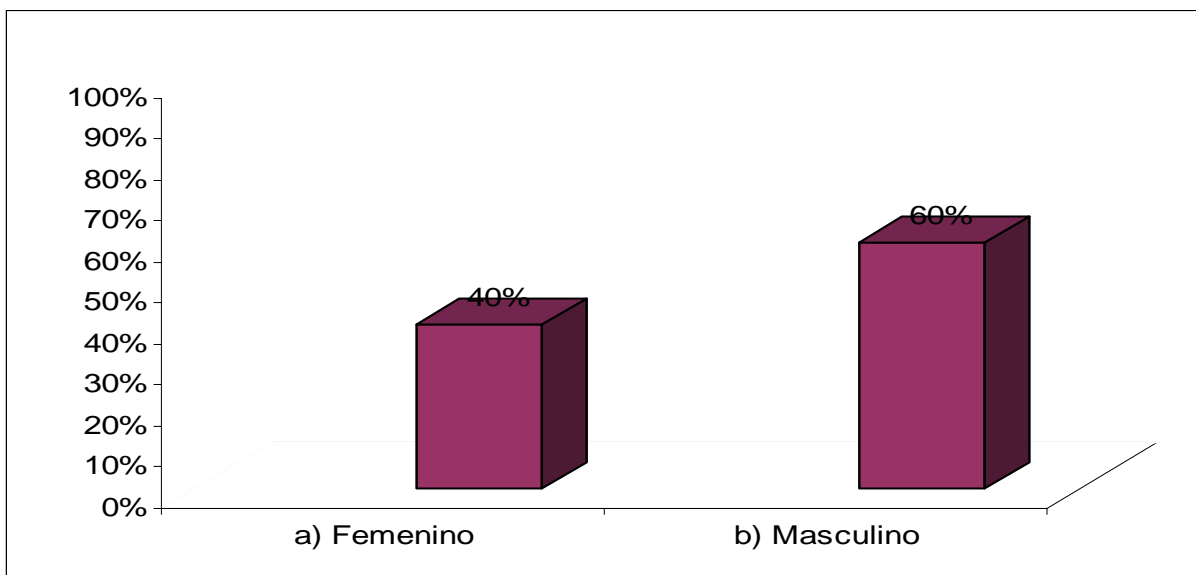
### INTERPRETACIÓN:

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que se encuentran en tratamiento de diálisis peritoneal, son personas entre los 51 y 80 años de edad en su mayoría, lo que nos pone de manifiesto que son personas que se encuentran en transición a otra etapa de su vida posteriormente como es la vejez, sin embargo, es importante señalar que ya es más frecuente, aquellos casos de personas jóvenes que se encuentran en etapa productiva y que debido a esta enfermedad ven afectada su vida tanto personal como laboral.



## GRÁFICA 2: SEXO.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Femenino	4	40%
b) Masculino	6	60%
Total:	10	100%

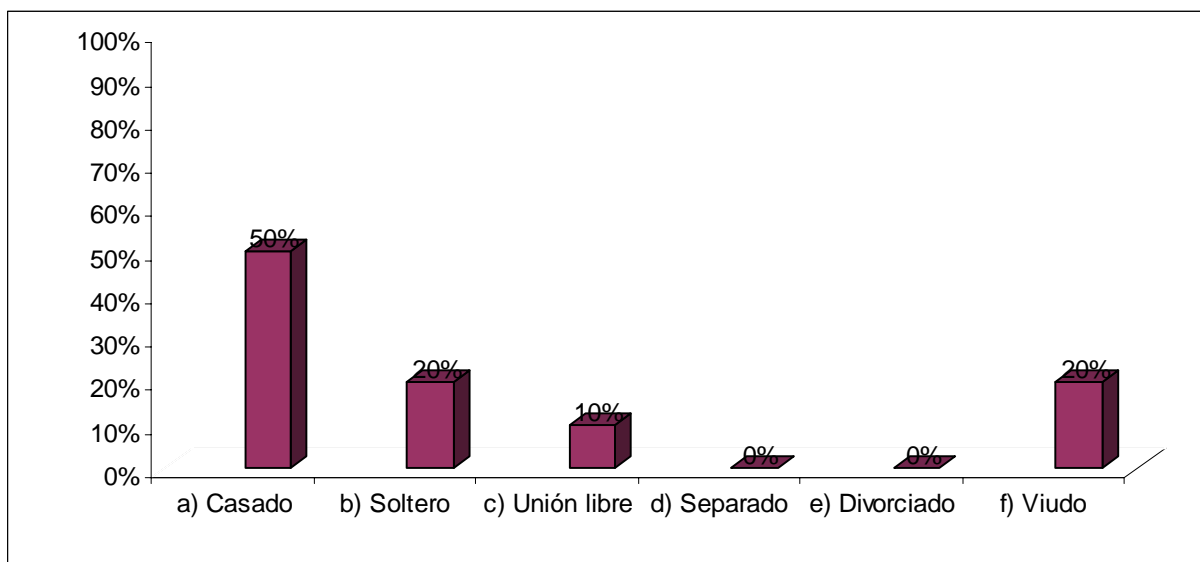


### INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica se pone de manifiesto que son más las personas del sexo masculino las que presentaron Insuficiencia renal crónica y que entraron en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria, pero no se puede determinar con exactitud cuál es el factor preponderante para tal índice, en este caso las estadísticas así lo señalan durante este estudio de investigación. No obstante cabe señalar que es mínima la diferencia en cuanto a porcentaje.

### GRÁFICA 3: ESTADO CIVIL

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Casado	5	50%
b) Soltero	2	20%
c) Unión libre	1	10%
d) Separado	0	0%
e) Divorciado	0	0%
f) Viudo	2	20%
Total:	10	100%

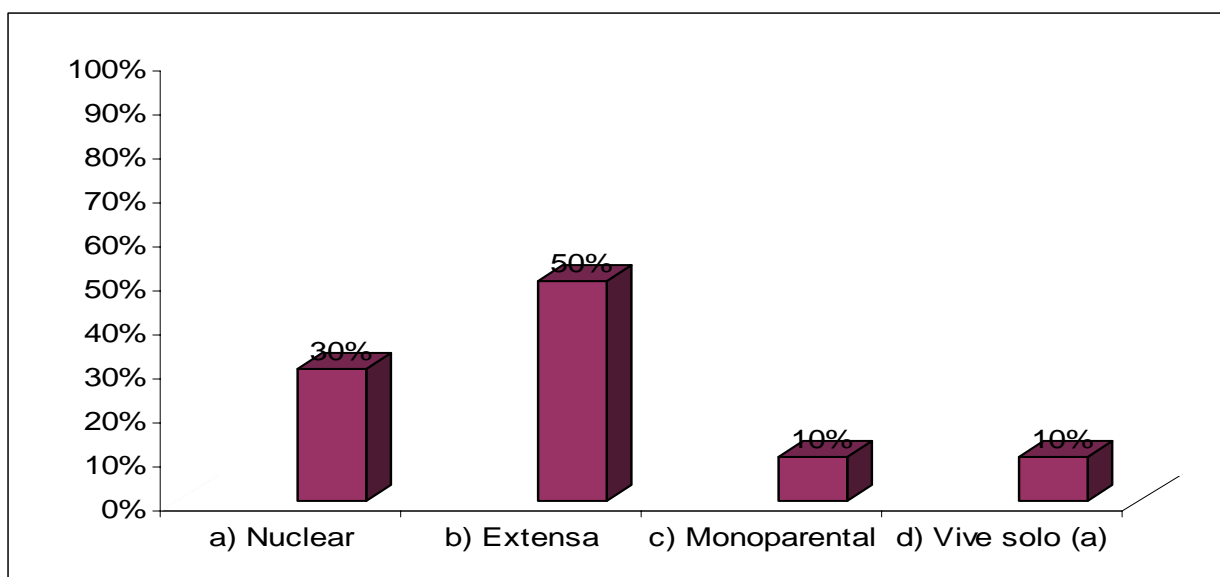


### INTERPRETACIÓN:

El estado civil de estos pacientes con Insuficiencia Renal Crónica es principalmente el de casado, encontrándose en la etapa adulta y con una familia propia las cuales en su mayoría tienen hijos. Cabe mencionar que existe un porcentaje que son personas de edad ya avanzada quienes son viudos. Mientras hay quienes aun son solteros y una leve minoría en unión libre. Esto refiere que se cuenta con un respaldo familiar en la mayoría de los casos, vital para el acompañamiento al paciente en el proceso de su enfermedad.

#### GRÁFICA 4: TIPO DE FAMILIA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Nuclear	3	30%
b) Extensa	5	50%
c) Monoparental	1	10%
d) Vive solo (a)	1	10%
Total:	10	100%

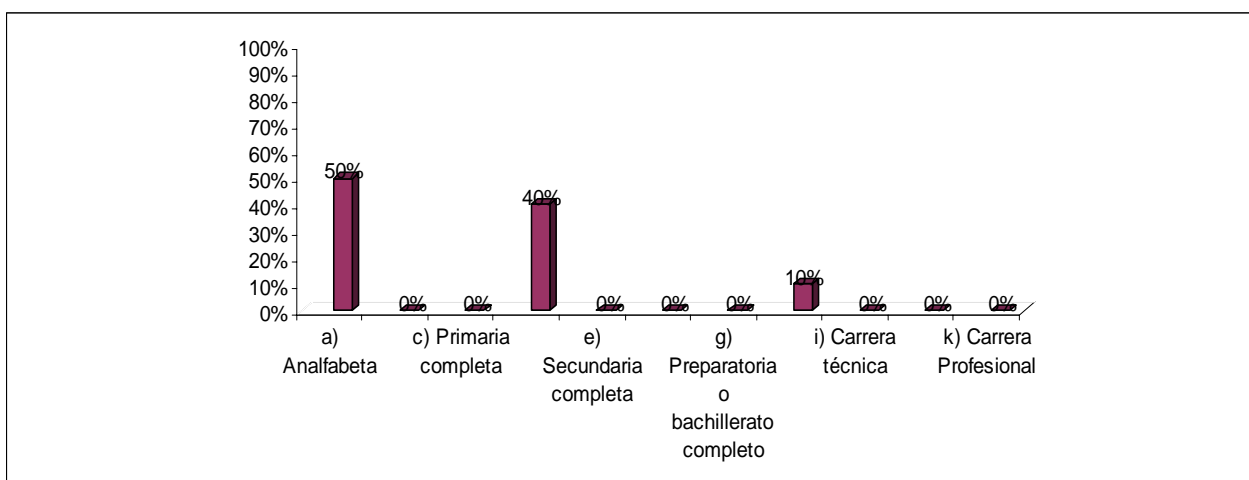


#### INTERPRETACIÓN:

El tipo de familia que prevalece en la mayoría de los hogares de los pacientes es el de familia extensa. Lo que hace que en ocasiones se modifiquen las condiciones o el contexto en el que se desarrolla de manera habitual el paciente y su familia, ocasionando un reajuste en la vida cotidiana del paciente. También hay pacientes de la tercera edad que dependen tanto física como económicamente de sus familiares, siendo de vital importancia el apoyo que la familia brinde a su familiar enfermo.

## GRÁFICA 5: ESCOLARIDAD

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Analfabeta	5	50%
b) Alfabeto (sabe leer y escribir).	0	0%
c) Primaria completa	0	0%
d) Primaria incompleta	4	40%
e) Secundaria completa	0	0%
f) Secundaria incompleta	0	0%
g) Preparatoria o bachillerato completo	0	0%
h) Preparatoria o bachillerato incompleto	1	10%
i) Carrera técnica	0	0%
j) Carrera técnica incompleta	0	0%
k) Carrera Profesional	0	0%
Total:	10	100%

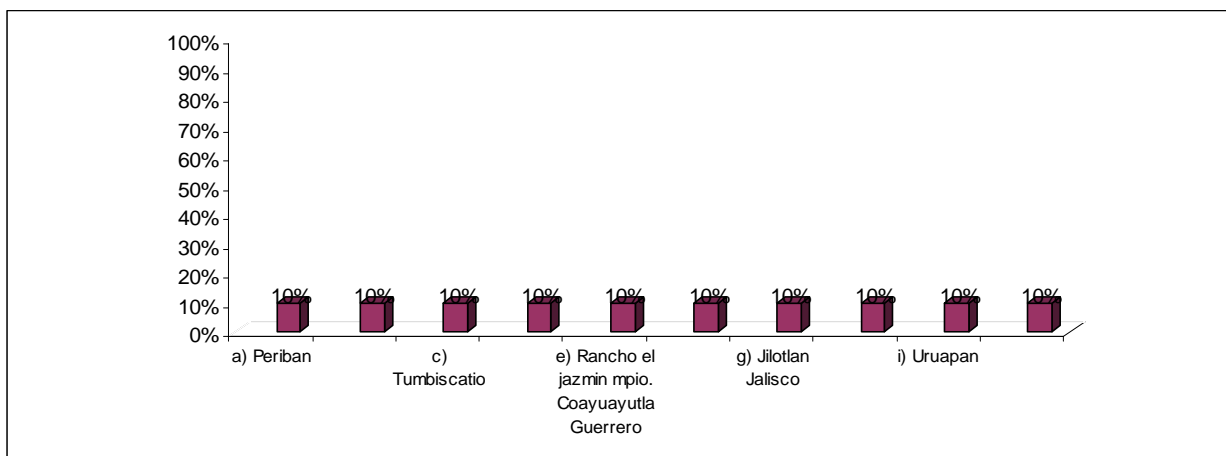


### INTERPRETACIÓN:

El nivel de escolaridad de las personas encuestadas es bajo en general, ya que la mitad de estos son analfabetas (no saben ni leer ni escribir) un porcentaje menor tiene estudios de primaria incompleta y solo una minoría de los pacientes cuenta con estudios de bachillerato. Lo que hace más difícil que las personas que carecen de educación logren conseguir un empleo a través del cual perciban un ingreso suficiente para cubrir las necesidades básicas del individuo. Por lo que sufren de carencias y limitaciones económicas. En México aun existen condiciones de pobreza extrema.

## GRÁFICA 6: LUGAR DE ORIGEN

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Periban	1	10%
b) Nurio	1	10%
c) Tumbiscatio	1	10%
d) Los Reyes	1	10%
e) Rancho el jazmin mpio. Coahuayutla Guerrero	1	10%
f) Viejo Capirio mpio. Nueva Italia	1	10%
g) Jilotlan Jalisco	1	10%
h) Tomendan mpio. Taretan	1	10%
i) Uruapan	1	10%
j) Santa Ana Zirosto	1	10%
Total:	10	100%

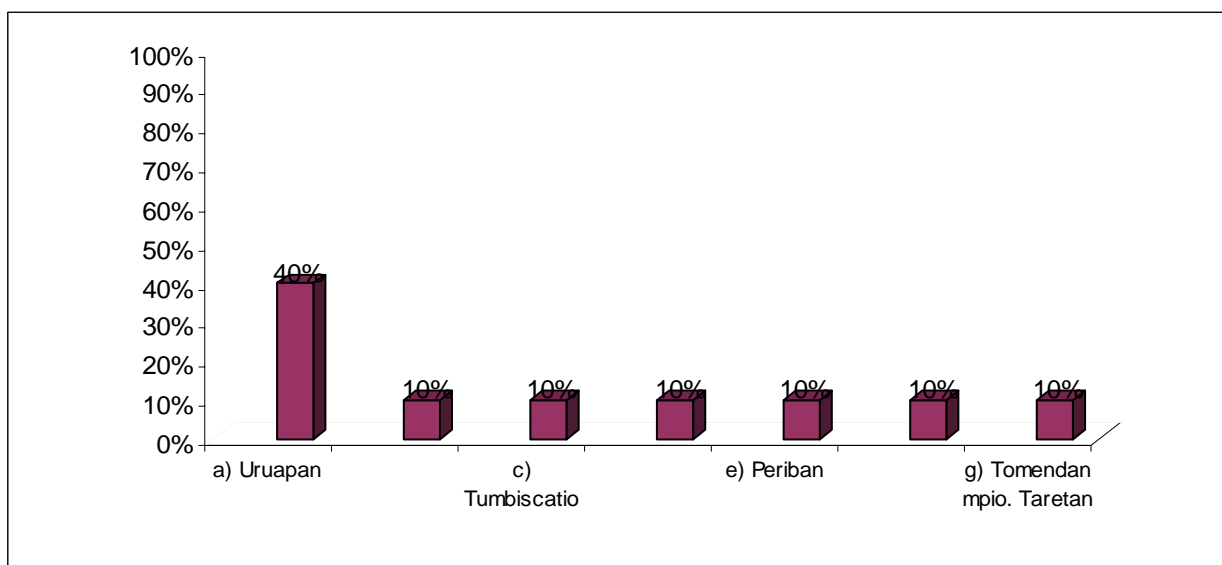


### INTERPRETACIÓN:

Como podemos observar en la presente gráfica el origen de estas personas es de diferentes lugares, sin embargo podemos ubicar estas zonas en su gran mayoría como áreas rurales de otros municipios, sin embargo cabe señalar que hay dos pacientes que son originarios de áreas rurales de otras entidades como lo son Guerrero y Jalisco.

## GRÁFICA 7: LUGAR DE RESIDENCIA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Uruapan	4	40%
b) Nurio	1	10%
c) Tumbiscatio	1	10%
d) Tepalcatepec	1	10%
e) Periban	1	10%
f) Nueco Capire mpio. Nueva Italia	1	10%
g) Tomendan mpio. Taretan	1	10%
Total:	10	100%

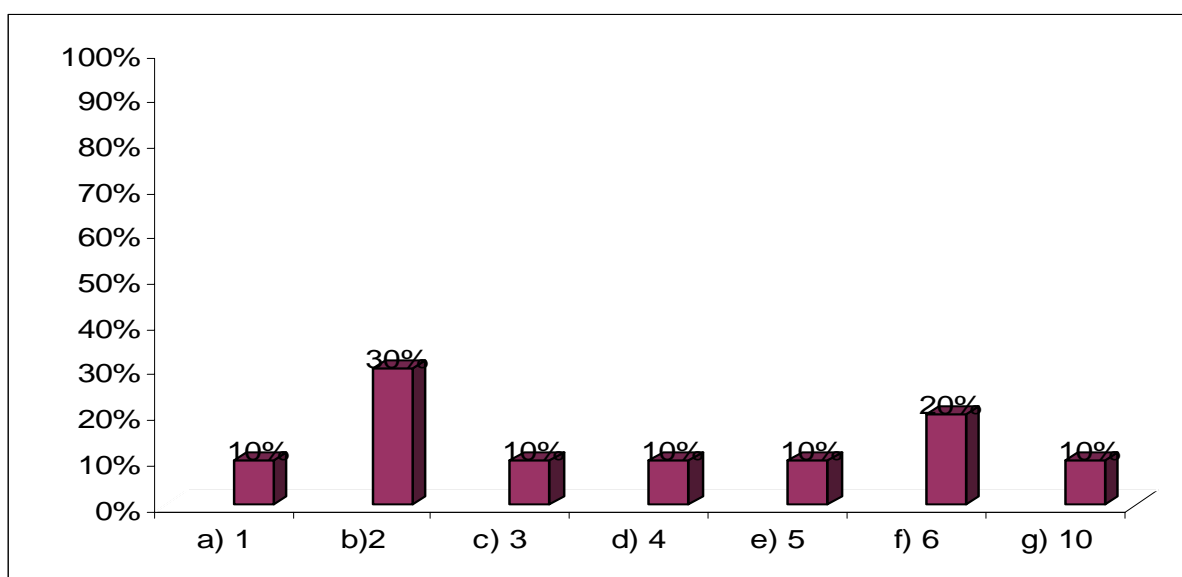


### INTERPRETACIÓN:

En la gráfica se muestra claramente que la residencia con mayor porcentaje vive en esta ciudad de Uruapan, sin embargo hay algunas personas que viven en otros municipios o localidades aledañas que acuden a este Hospital, al ser un hospital con atención de segundo y tercer nivel que brinda el servicio a población abierta sin importar clase social, lugar de procedencia o nivel socioeconómico.

**GRÁFICA 8: NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) 1	1	10%
b) 2	3	30%
c) 3	1	10%
d) 4	1	10%
e) 5	1	10%
f) 6	2	20%
g)10	1	10%
Total:	10	100%

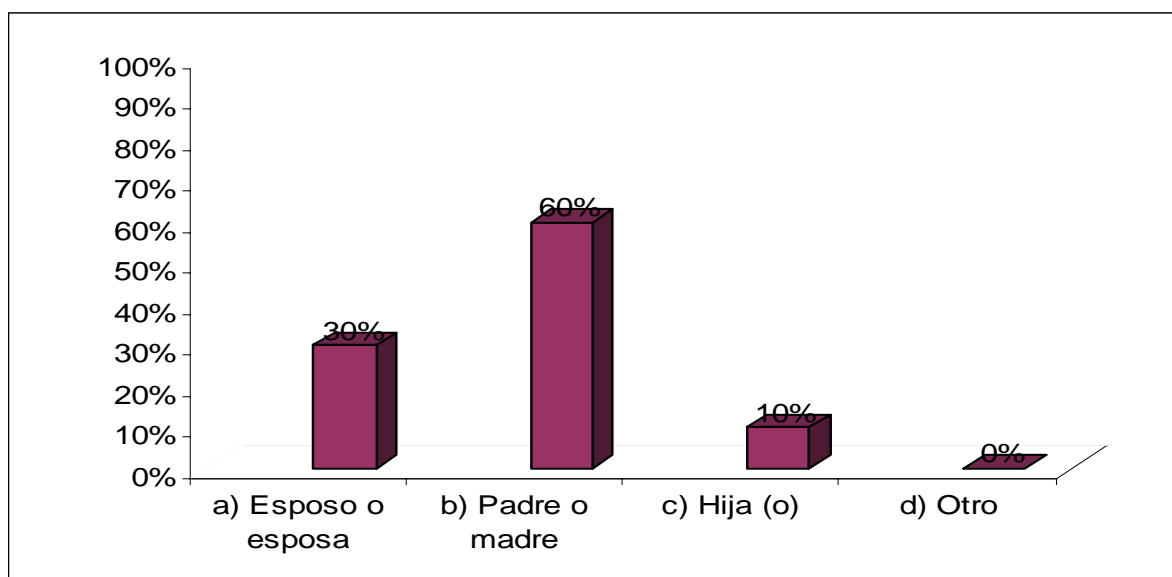


**INTERPRETACIÓN:**

La presente gráfica muestra la diversidad que existe actualmente en cuanto al número de integrantes por familia. Ya sea por diferentes circunstancias entre las que un factor determinante es el ciclo o etapa en que se encuentre la familia, siendo en su mayoría conformado por matrimonios en etapa del nido vacío o por familias extensas. Este dato es muy interesante de analizar, ya que de aquí parte el apoyo que los pacientes obtengan de la familia tanto emocional como económicamente y es importante que el paciente se encuentre acompañado durante este proceso por algún ser querido.

## GRÁFICA 9: ROL DEL PACIENTE EN LA FAMILIA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Esposo o esposa	3	30%
b) Padre o madre	6	60%
c) Hija (o)	1	10%
d) Otro	0	0%
Total:	10	100%



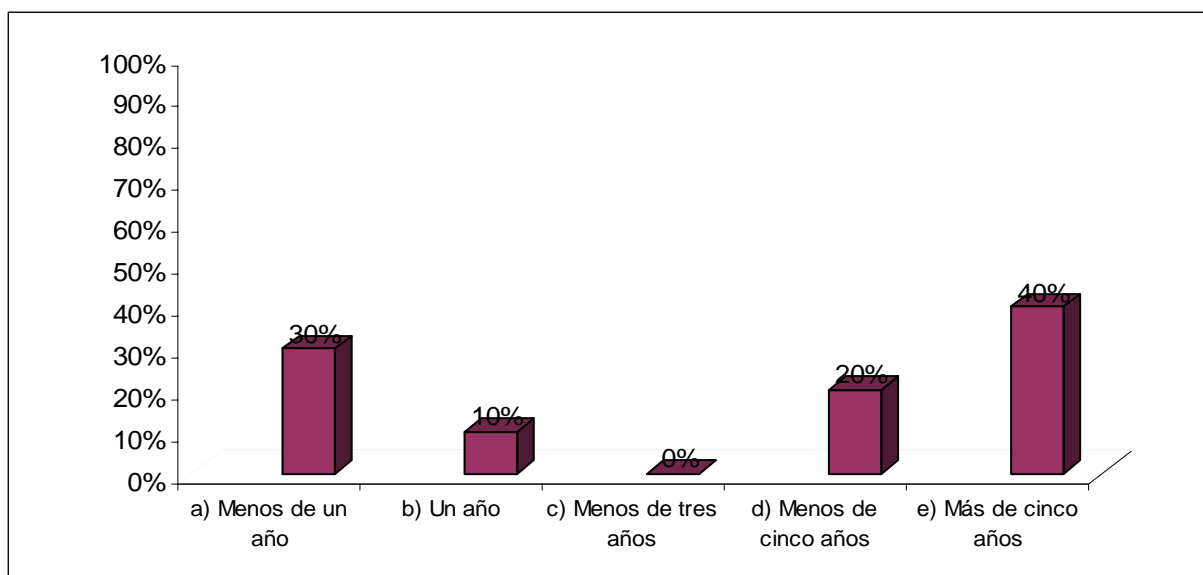
### INTERPRETACIÓN:

Cabe señalar que el rol que desempeña el paciente en su familia es en la gran mayoría el ser el jefe de familia, ya sea madre o padre, quienes en su mayoría se encuentran en edad adulta (madura) y que están más propensos a padecer algún tipo de enfermedad crónica degenerativa por múltiples factores entre los que destacan los diversos estilos de vida (destacando los hábitos familiares, tanto alimenticios como de higiene, entre otros factores). Sin embargo también se presentan casos en que el paciente está en etapa de dependencia y procreación y se torna muy difícil su situación familiar a raíz de su enfermedad.



## GRÁFICA 10: TIEMPO QUE TIENE SIN TRABAJAR.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Menos de un año	3	30%
b) Un año	1	10%
c) Menos de tres años	0	0%
d) Menos de cinco años	2	20%
e) Más de cinco años	4	40%
Total:	10	100%

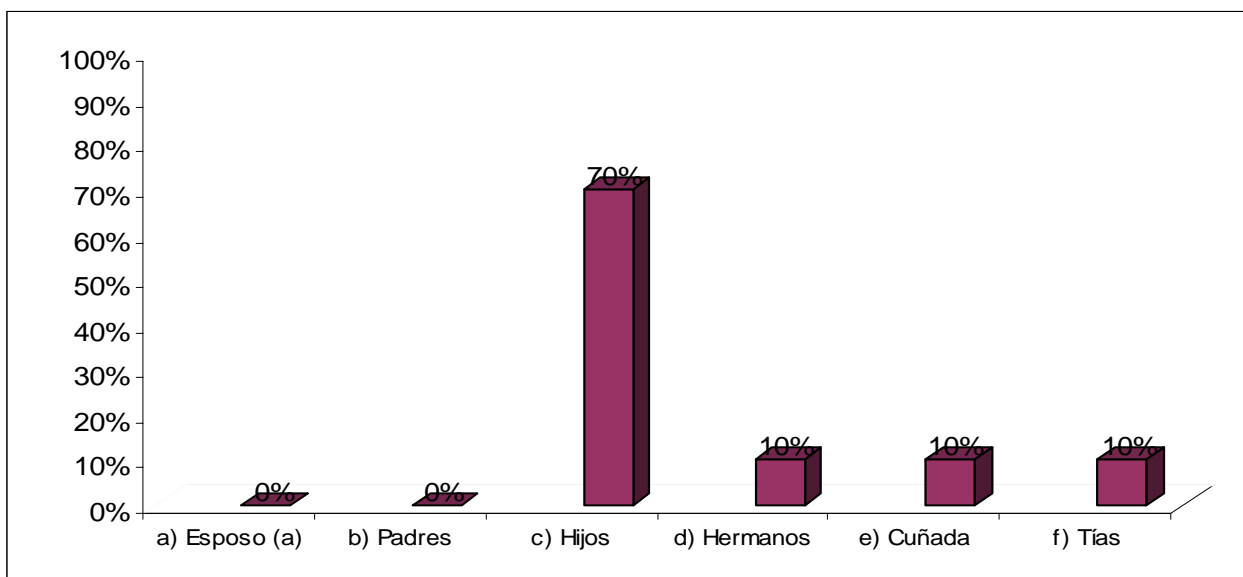


### INTERPRETACIÓN:

En su mayoría estos pacientes tienen más de 5 años sin trabajar quienes desempeñaban alguna actividad en el caso de los hombres o las actividades propias del hogar que comúnmente acostumbraban realizar las mujeres. Debido a su estado de salud que se ha visto deteriorado en los últimos años que han venido presentando problemas de Insuficiencia renal y que les imposibilita para desarrollar alguna actividad económica aunada a la edad en que se encuentre el paciente, toda vez que una vez detectada la enfermedad ya no pueden laborar, menos aún cuando ya están en tratamiento de Diálisis.

## GRÁFICA 11: QUIENES CONTRIBUYEN AL GASTO DEL HOGAR.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Esposo (a)	0	0%
b) Padres	0	0%
c) Hijos	7	70%
d) Hermanos	1	10%
e) Cuñada	1	10%
f) Tías	1	10%
Total:	10	100%

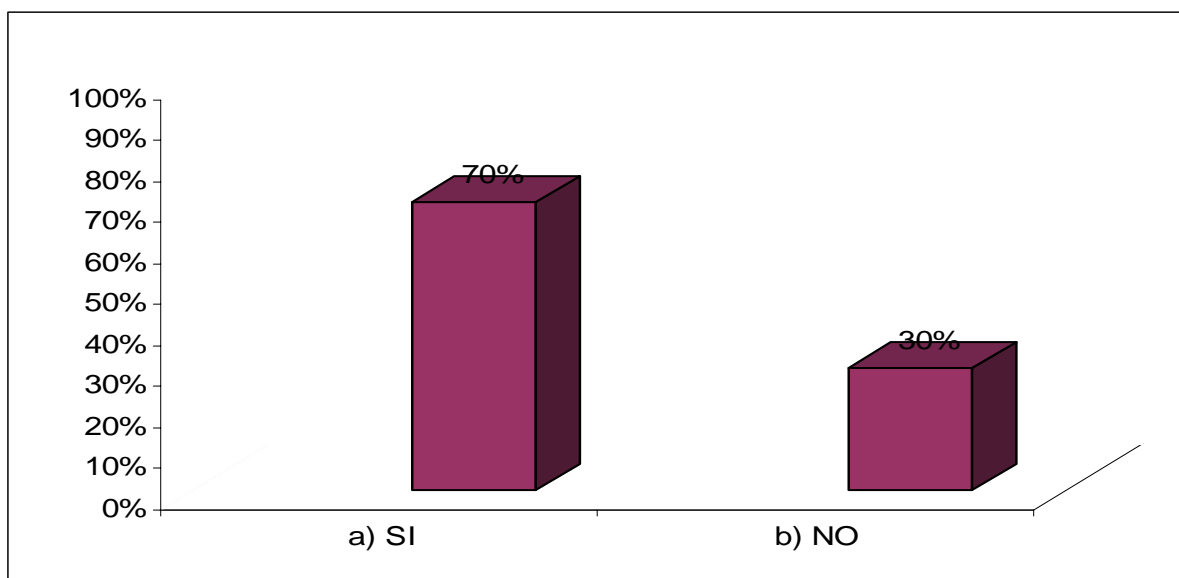


### INTERPRETACIÓN:

En esta gráfica se puede observar que son los hijos en su gran mayoría quienes se responsabilizan de los gastos del paciente y de su tratamiento, lo que de alguna manera llega a ser impactante para el paciente el sentirse dependiente de su familia o familiar específicamente en cuanto a la cuestión monetaria. Esto tiene que ver en el cambio de roles que se llega a dar en la mayoría de los casos de pacientes con Insuficiencia renal crónica que ameritan diálisis peritoneal continua ambulatoria. Recordemos que la situación económica de la familia cambia y se torna más precaria ya que los ingresos no son suficientes para satisfacer las necesidades de la familia y paciente.

## GRÁFICA 12: FAMILIARES QUE PADEZCAN ENFERMEDAD CRÓNICA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) SI	7	70%
b) NO	3	30%
Total:	10	100%

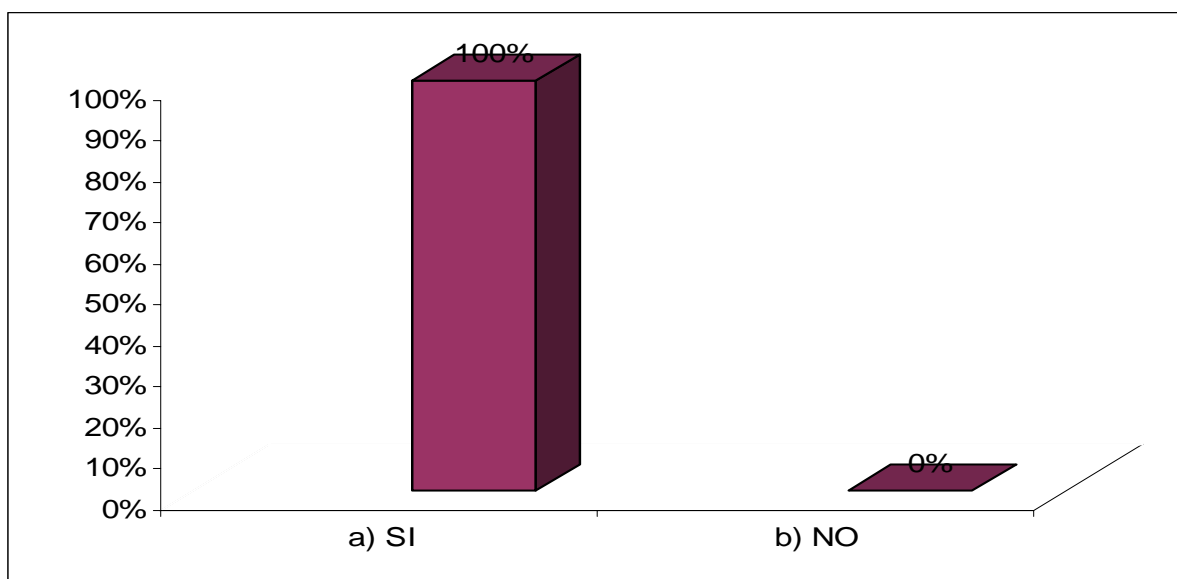


### INTERPRETACIÓN:

La mayoría refiere tener antecedentes patológicos familiares lo cual es un factor de riesgo para las personas de sufrir alguna enfermedad crónico-degenerativa, que a su vez termine en un problema que desencadene la insuficiencia renal posteriormente. Generando a la par la misma predisposición genética para el resto de sus descendientes. Por lo que es importante cuando se sabe de antecedentes patológicos familiares se extremen las precauciones para prevenir en lo posible la aparición de este tipo de enfermedades. Cabe señalar que como principales patologías heredofamiliares las más comunes son la diabetes e hipertensión arterial, mismas que son causantes en algunas personas de padecer de Insuficiencia Renal Crónica por lo que se sugiere reestructurar los estilos de vida del paciente y familia por otros más saludables.

### GRÁFICA 13: PADECE OTRA ENFERMEDAD CRÓNICA APARTE DE LA IRC.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) SI	10	100%
b) NO	0	0%
Total:	10	100%

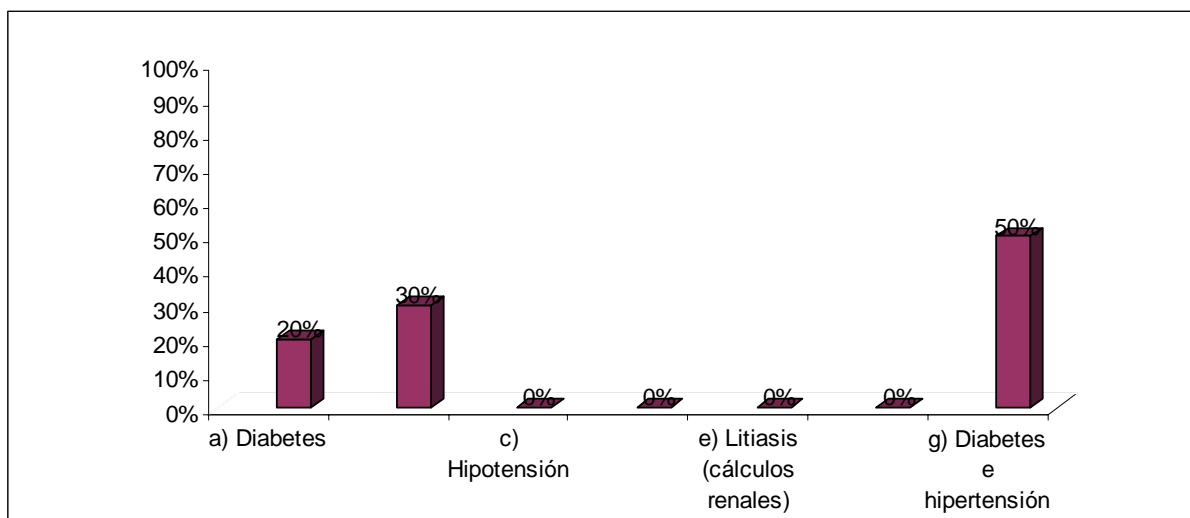


#### INTERPRETACIÓN:

Los pacientes encuestados manifiestan que presentan otro tipo de enfermedad crónica aparte de su Insuficiencia Renal Crónica, lo que hace más vulnerable el estado de salud del paciente de sufrir un desequilibrio fisiológico en su organismo y explica que esté sea la causa de la Insuficiencia Renal.

## GRÁFICA 14: CUÁL.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Diabetes	2	20%
b) Hipertensión	3	30%
c) Hipotensión	0	0%
d) Insuficiencia cardíaca	0	0%
e) Litiasis (cálculos renales)	0	0%
f) Insuficiencia hepática	0	0%
g) Diabetes e hipertensión	5	50%
Total:	10	100%

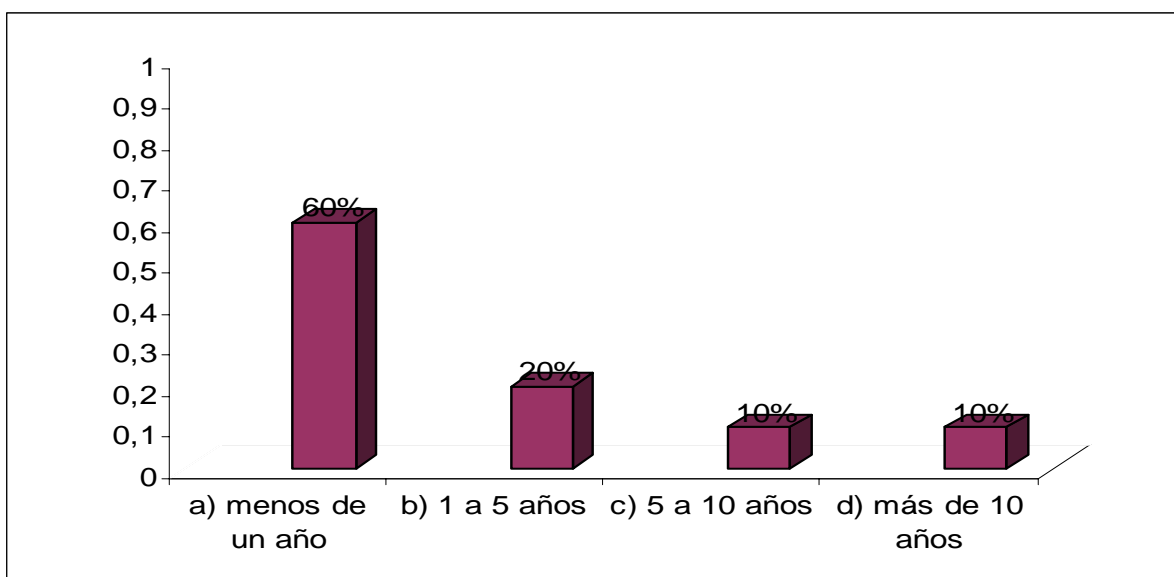


### INTERPRETACIÓN:

Se concluye en la presente gráfica que la diabetes e hipertensión son las principales causas de que se presente la Insuficiencia Renal Crónica en el paciente diabético e hipertenso. No obstante, es importante señalar que es alto el índice de personas que presentan ambas enfermedades crónicas.

**GRÁFICA 15: TIEMPO EN QUE LE DIAGNÓSTICARON LA IRC.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) menos de un año	6	60%
b) 1 a 5 años	2	20%
c) 5 a 10 años	1	10%
d) más de 10 años	1	10%
Total:	10	100%

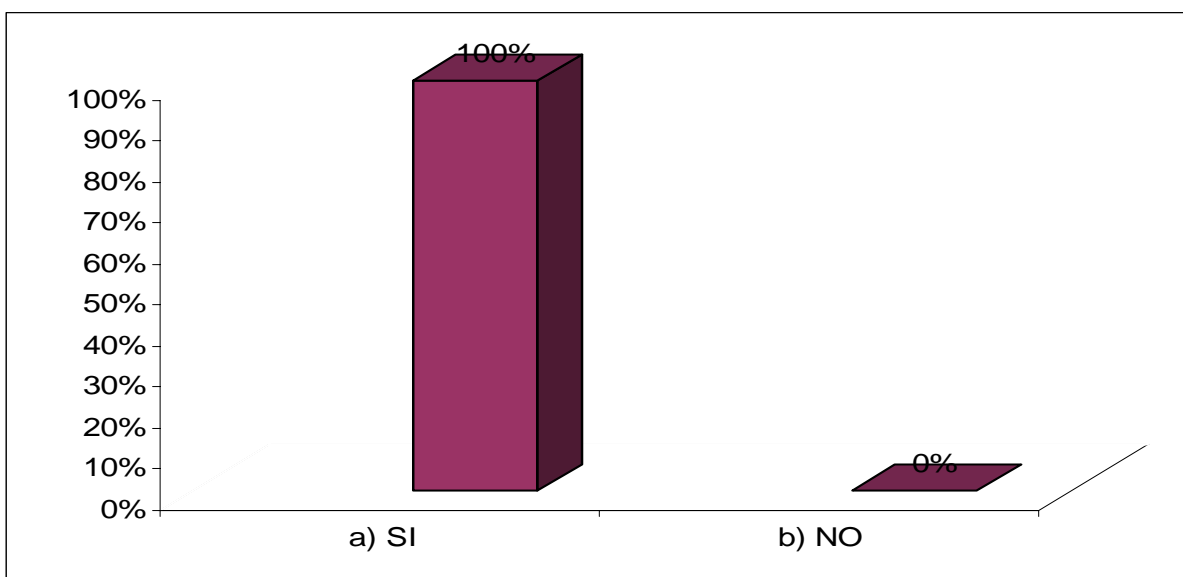


**INTERPRETACIÓN:**

La mayoría de los pacientes que se encuentran en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria tienen menos de un año que se les diagnosticó la Insuficiencia Renal crónica, en una etapa avanzada cuando el daño ya es irreversible por lo que llega a el proceso de la diálisis en el paciente. Se puede decir que existe una falta de cultura sobre la prevención y educación acerca de las enfermedades ya que se acude al chequeo médico hasta que se presentan síntomas de malestar, y en ocasiones diagnosticándose la enfermedad en una fase terminal.

## GRÁFICA 16: RECIBIO INDUCCIÓN PARA LA DIÁLISIS.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) SI	10	100%
b) NO	0	0%
Total:	10	100%

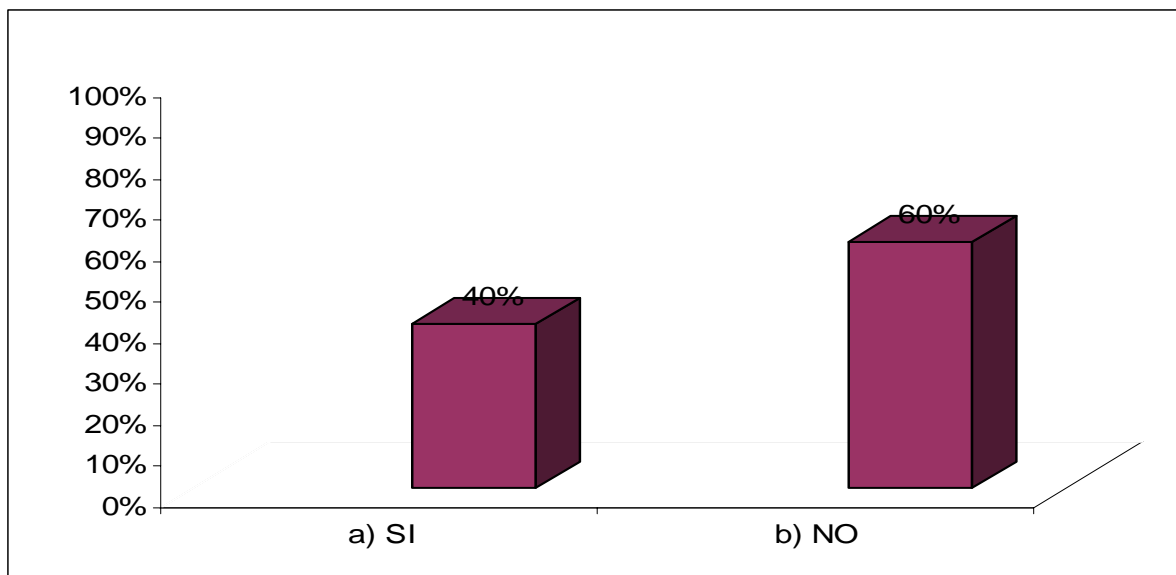


### INTERPRETACIÓN:

Los familiares de los pacientes refieren haber recibido la inducción o adiestramiento para el manejo del proceso de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Siendo en este caso el personal de Enfermería básicamente quien se dedica a la enseñanza de la técnica de recambio de las bolsas de diálisis.

**GRÁFICA 17: HA TENIDO REINGRESOS POR COMPLICACIONES.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) SI	4	40%
b) NO	6	60%
Total:	10	100%



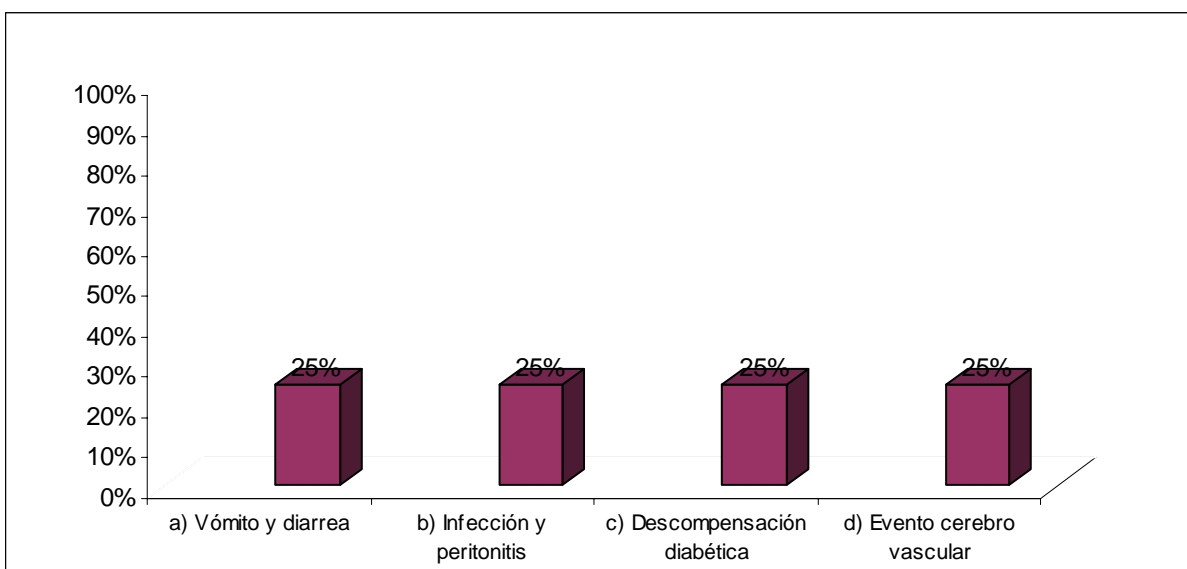
**INTERPRETACIÓN:**

Menos de la mitad de los pacientes y familiares encuestados durante este período de investigación, manifiestan que si han tenido reingresos por complicaciones. Esto refiere que por algún motivo la técnica no se esta realizando de manera correcta esto en el caso de ser complicaciones por infección, sin embargo hay otro tipo de complicaciones que se presentan en el paciente en tratamiento de diálisis y que hacen que llegue a requerir nuevamente hospitalización.



## GRÁFICA 18: CUÁLES.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Vómito y diarrea	1	25%
b) Infección y peritonitis	1	25%
c) Descompensación diabética	1	25%
d) Evento cerebro vascular	1	25%
Total:	4	100%

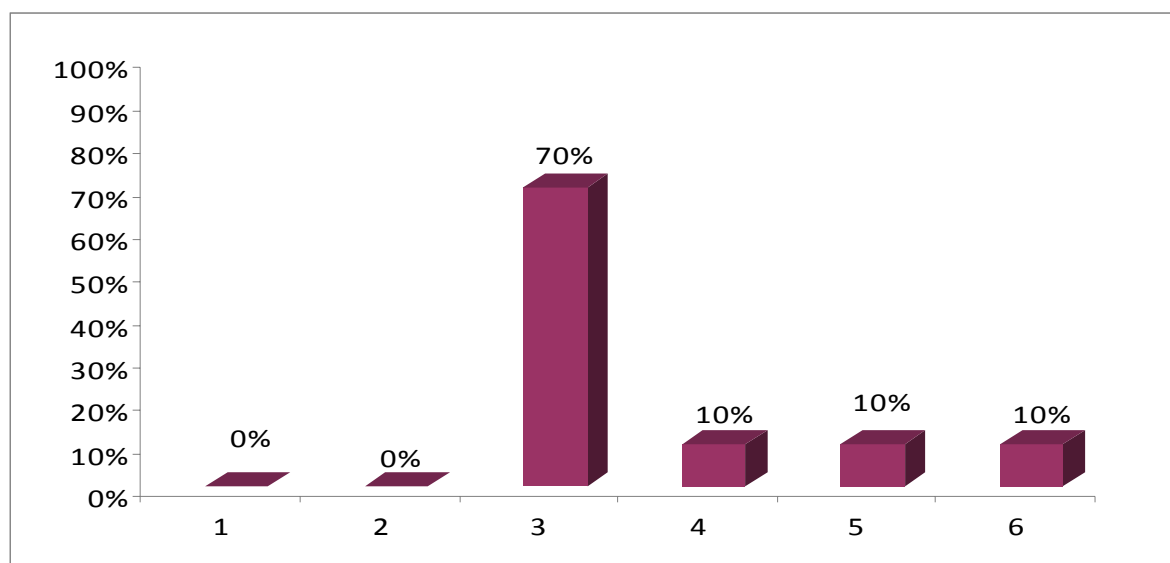


## INTERPRETACIÓN:

De las cuatro personas que han sufrido complicaciones y han reingresado a la institución estas han sido de diversa índole, desde descompensaciones de la diabetes hasta el mal manejo de la técnica de diálisis empleada, ejemplo de ello la peritonitis. Así como por otro tipo de problemas de salud o padecimientos que se pueden presentar a lo largo del tiempo en el paciente como son los eventos cerebro vasculares.

**GRÁFICA 19: QUIEN LE APOYA ECONÓMICAMENTE PARA RECIBIR SU TRATAMIENTO.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Esposo(a)	0	0.00%
b) Padres	0	0.00%
c) Hijos	7	70.00%
d) Hermanos	1	10.00%
e) Cuñada(o)	1	10.00%
f) Tías(os)	1	10.00%
Total:	10	100.00%

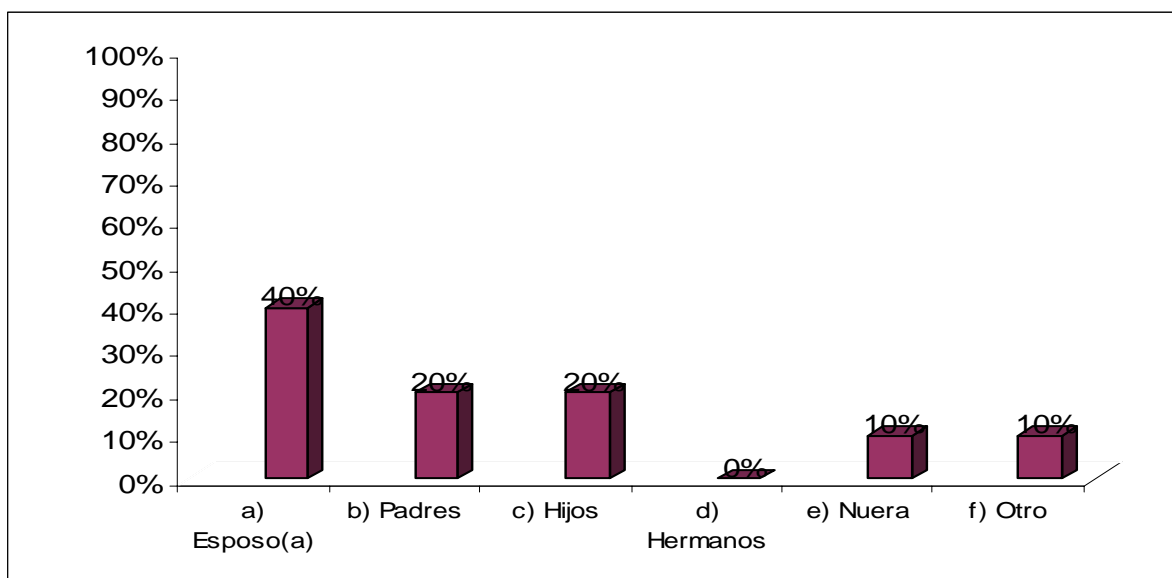


**INTERPRETACIÓN:**

Generalmente suelen ser los hijos quienes apoyan a los gastos económicos para poder recibir su tratamiento y cuyo desembolso suele ser grande dificultando el poder cubrir estos gastos. Considerando que en muchos de los casos son personas de bajos recursos económicos aunado a que presentan otro tipo de gastos familiares. El gasto en promedio que genera un paciente en diálisis al mes es de aproximadamente \$8,600.00 pesos por lo que es difícil de reunir tal cantidad, dependiendo la fuente de ingresos económicos de la familia.

**GRÁFICA 20: QUIÉN APOYA EN EL PROCEDIMIENTO DIALÍTICO.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Esposo(a)	4	40%
b) Padres	2	20%
c) Hijos	2	20%
d) Hermanos	0	0%
e) Nuera	1	10%
f) Otro	1	10%
Total:	10	100%



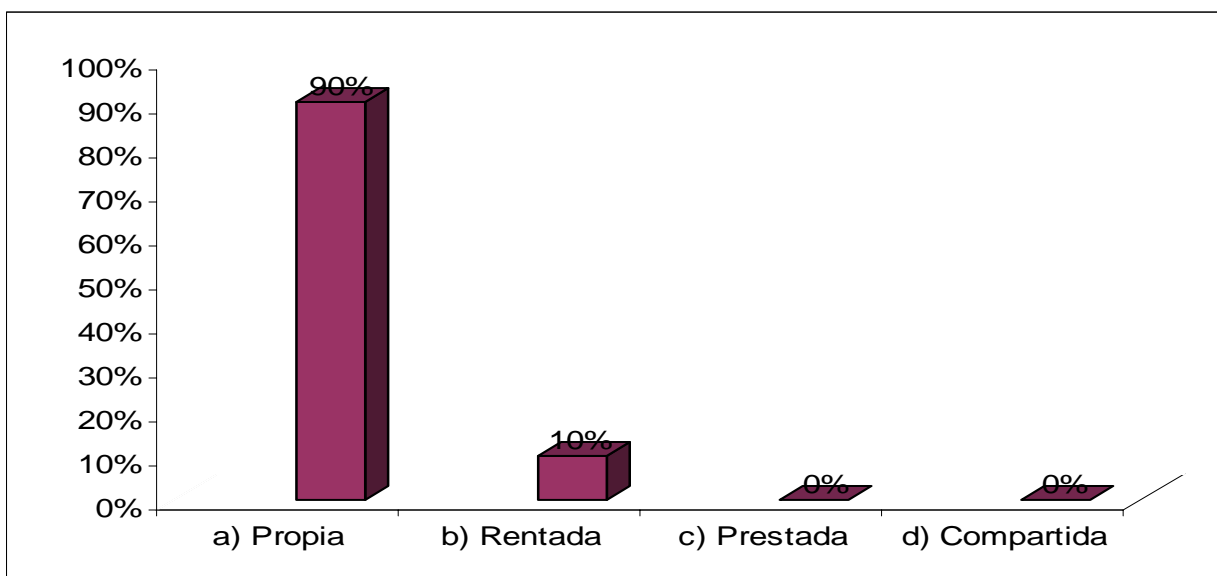
**INTERPRETACIÓN:**

Como lo mencionábamos en una gráfica anterior, el paciente normalmente es apoyado por la familia siendo específicamente la esposa(o) quien auxilia en el recambio de las soluciones dializantes en su mayoría. También es importante destacar que los pacientes investigados cuentan no solo con el apoyo de sus familiares directos sino políticos. Es importante señalar que la familia juega un papel

importante para el paciente ya que para éste es vital sentirse apoyado y comprendido por la situación por la cual esta pasando.

**GRÁFICA 21: TENENCIA DE LA VIVIENDA.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Propia	9	90%
b) Rentada	1	10%
c) Prestada	0	0%
d) Compartida	0	0%
Total:	10	100%

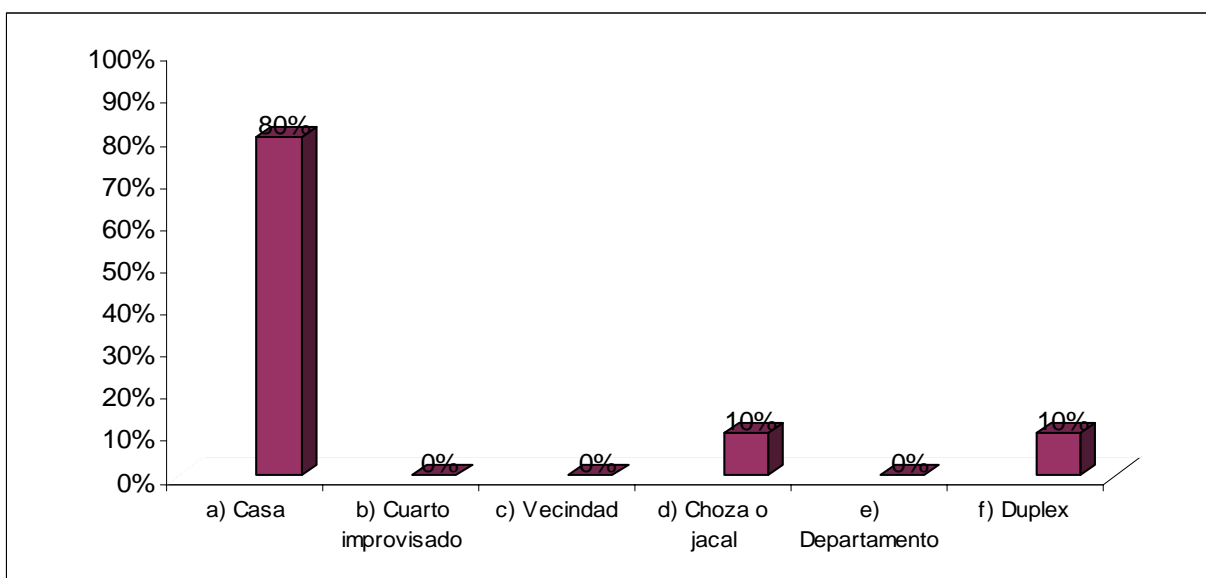


**INTERPRETACIÓN:**

El tipo de propiedad o tenencia de su vivienda es en su gran mayoría propia, esto como resultado de los patrimonios que estas personas logran poseer a lo largo de su vida laboral. Por lo tanto es una garantía de seguridad tanto para el paciente como para su familia siendo esta una de las prioridades de todo ser humano el tener un techo en donde protegerse y sentirse seguro.

**GRÁFICA 22: VIVIENDA TIPO.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Casa	8	80%
b) Cuarto improvisado	0	0%
c) Vecindad	0	0%
d) Choza o jacal	1	10%
e) Departamento	0	0%
f) Duplex	1	10%
Total:	10	100%

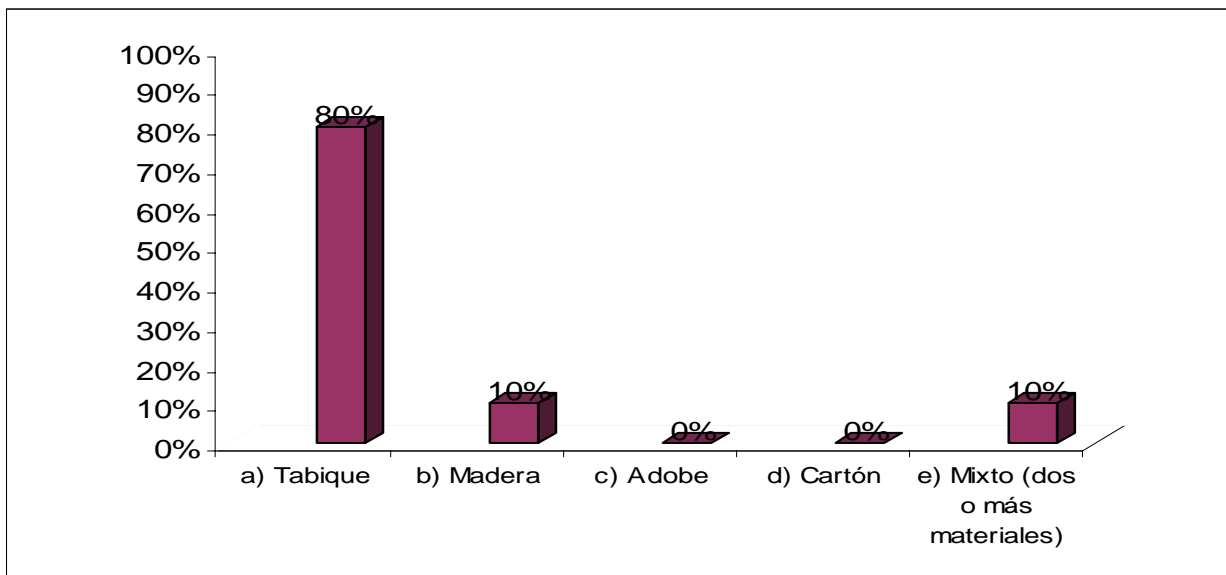


**INTERPRETACIÓN:**

La gran mayoría de los pacientes habitan en vivienda tipo casa - habitación no importando que esta se localice en área urbana suburbana o rural y solo un mínimo de un paciente vive en una choza que no logra reunir todas las condiciones que se requieren para evitar posibles focos de infección.

**GRÁFICA 23: MATERIAL DE QUE ESTAN CONSTRUIDAS LAS PAREDES.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Tabique	8	80%
b) Madera	1	10%
c) Adobe	0	0%
d) Cartón	0	0%
e) Mixto (dos o más materiales)	1	10%
Total:	10	100%

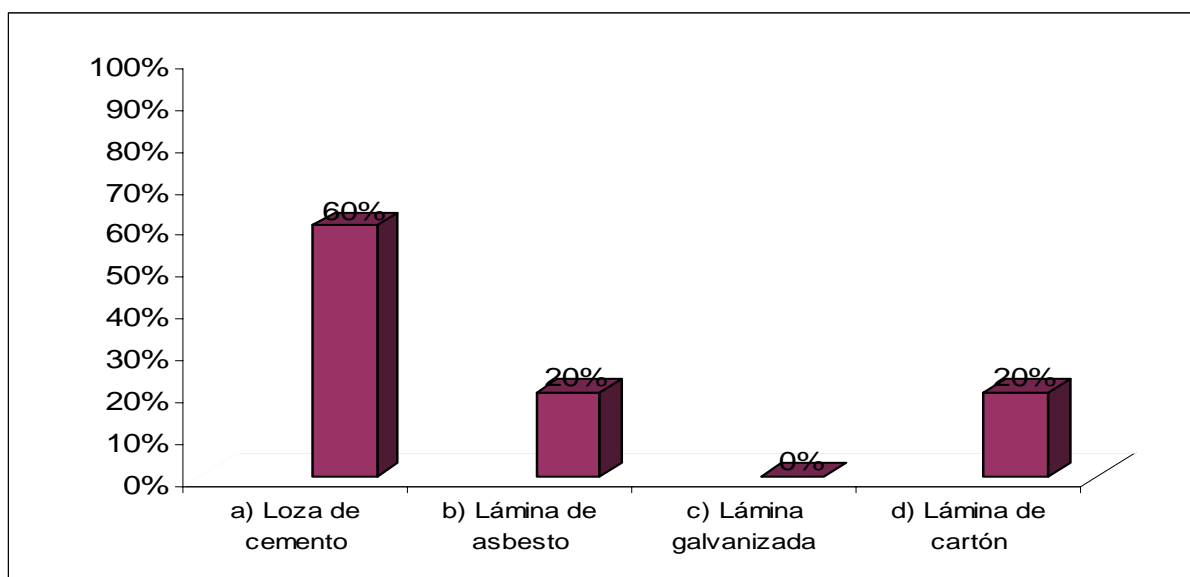


**INTERPRETACIÓN:**

La mayoría de las viviendas están construidas de tabique no importando que se encuentren en área urbana suburbana o rural, lo cual nos refiere que de alguna manera la vivienda esta más protegida tanto para las inclemencias del tiempo, como para los contaminantes externos que pudieran colarse estando la vivienda construida de otro tipo de material.

**GRÁFICA 24: TECHO DE LA VIVIENDA.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Loza de cemento	6	60%
b) Lámina de asbesto	2	20%
c) Lámina galvanizada	0	0%
d) Lámina de cartón	2	20%
Total:	10	100%

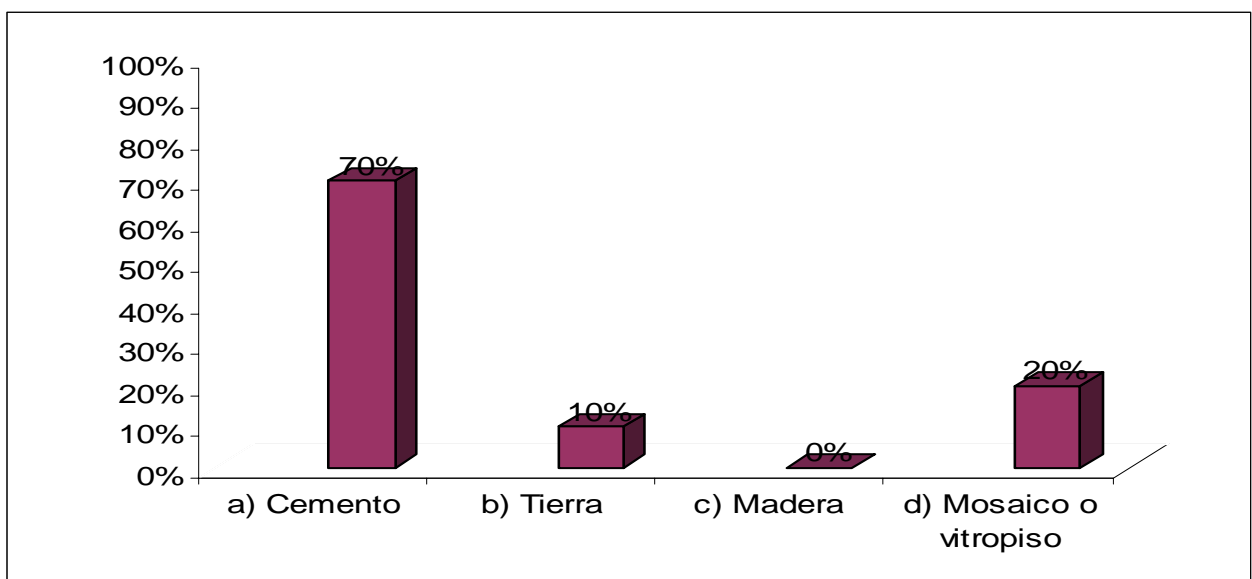


**INTERPRETACIÓN:**

El techo de su vivienda esta en la mayoría de las viviendas construido de loza de cemento, mientras que en menor proporción están construidas de lamina de asbesto y otra proporción similar es de lámina de cartón, lo que las hace más susceptibles de la humedad en tiempo de lluvias y no es un lugar optimo para la permanencia de un paciente en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, ya que la humedad o el polvo son factores de riesgo para las posibles infecciones o complicaciones.

## GRÁFICA 25: PISO DE LA VIVIENDA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Cemento	7	70%
b) Tierra	1	10%
c) Madera	0	0%
d) Mosaico o vitropiso	2	20%
Total:	10	100%



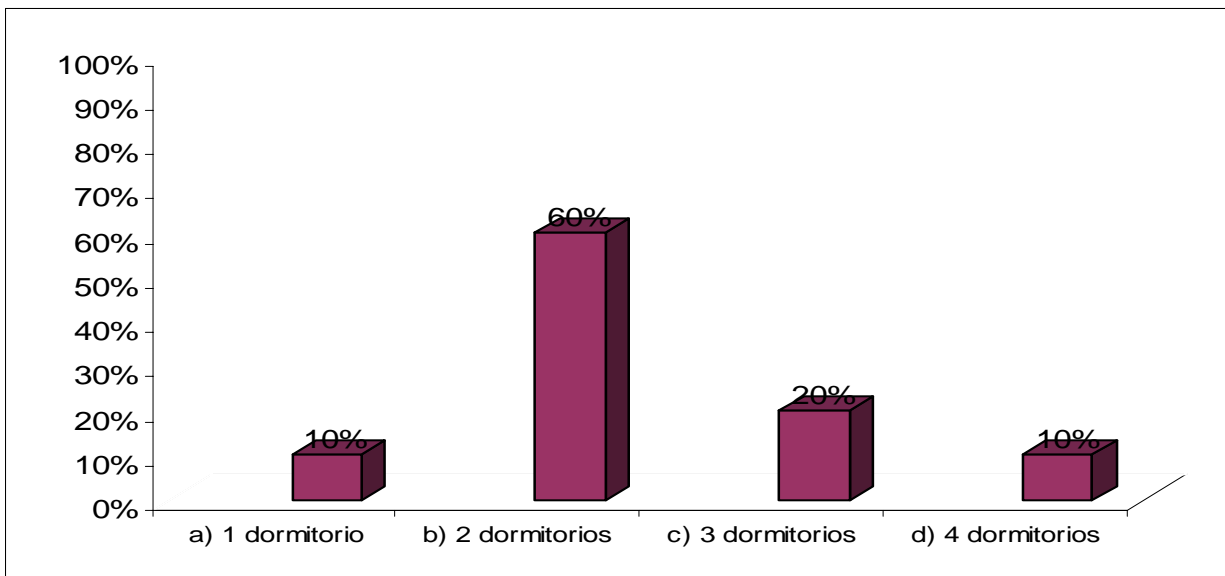
### INTERPRETACIÓN:

El piso está construido de cemento rústico en la mayoría de las viviendas, en menor proporción cuentan con vitropiso o mosaico en la habitación del paciente y en menor cantidad tienen aún piso de tierra. Esta parte es importante ya que se debe procurar mantener el lugar donde se encuentre el paciente libre de polvo y en el piso suele acumularse bastante.



**GRÁFICA 26: NÚMERO DE DORMITORIOS.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) 1 dormitorio	1	10%
b) 2 dormitorios	6	60%
c) 3 dormitorios	2	20%
d) 4 dormitorios	1	10%
Total:	10	100%

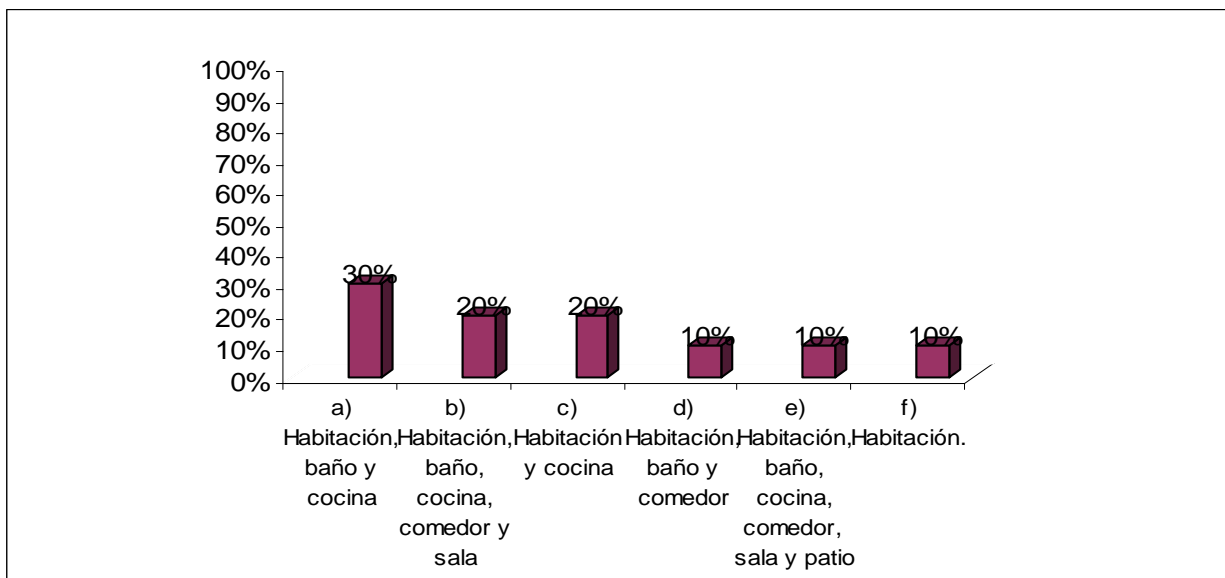


**INTERPRETACIÓN:**

Generalmente la mayoría de las viviendas se conforman de dos habitaciones o dormitorios pues en su mayoría solo viven de dos a seis personas. Por lo que incluso se llegan a dar casos de hacinamiento, lo cual no es recomendable para el desarrollo de los individuos.

## GRÁFICA 27: DISTRIBUCIÓN DE LA CASA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Habitación, baño y cocina	3	30%
b) Habitación, baño, cocina, comedor y sala	2	20%
c) Habitación y cocina	2	20%
d) Habitación, baño y comedor	1	10%
e) Habitación, baño, cocina, comedor, sala y patio	1	10%
f) Habitación.	1	10%
Total:	10	100%

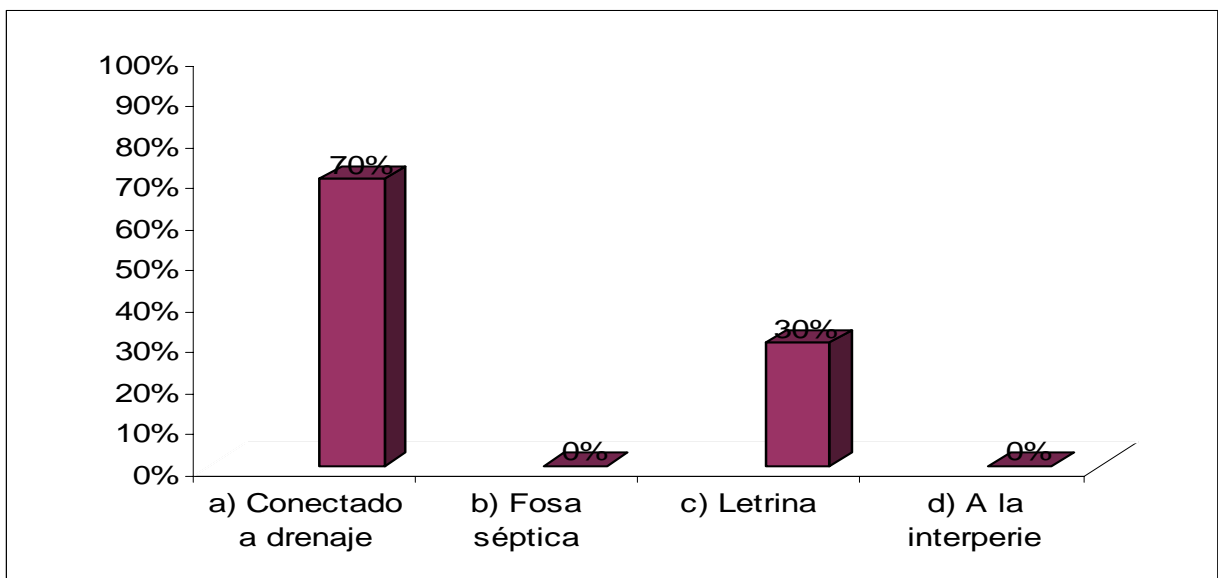


### INTERPRETACIÓN:

Es su mayoría las viviendas se integran básicamente con habitación, baño y cocina que son lo más indispensable en cuanto a infraestructura en un hogar. Lo que dificulta el que se tenga un lugar especial para realizar este procedimiento de diálisis.

## GRÁFICA 28: SU BAÑO ES.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Conectado a drenaje	7	70%
b) Fosa séptica	0	0%
c) Letrina	3	30%
d) A la interperie	0	0%
Total:	10	100%

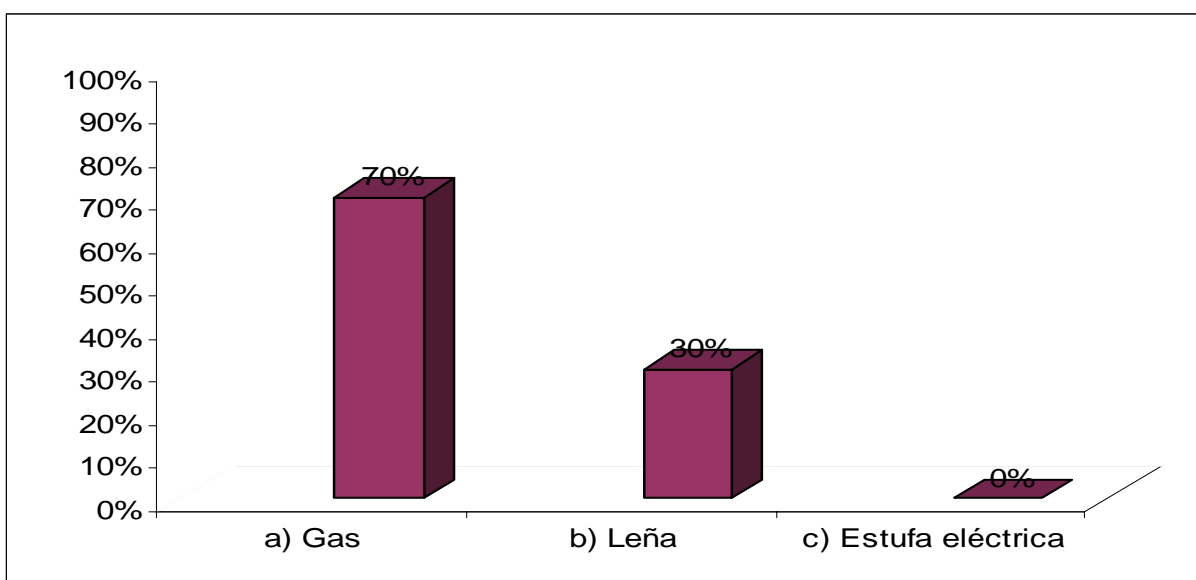


### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los pacientes cuentan con el servicio de drenaje y una menor proporción tiene su baño sin drenaje, por lo cual su baño es una letrina. Esto como lo habíamos mencionado anteriormente es uno de los aspectos que más se deben de cuidar, ya que como decíamos se deben de evitar generar la mayor cantidad de posibles focos de infección que dañen la salud del paciente, como es el defecar al aire libre o en letrina conlleva a disminuir las condiciones de higiene tanto personal como en el hogar y afectar en un grado considerable la salud del paciente.

## GRÁFICA 29: COCINA CON.

44. ¿Cocina usted con?		
Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Gas	7	70%
b) Leña	3	30%
c) Estufa eléctrica	0	0%
Total:	10	100%

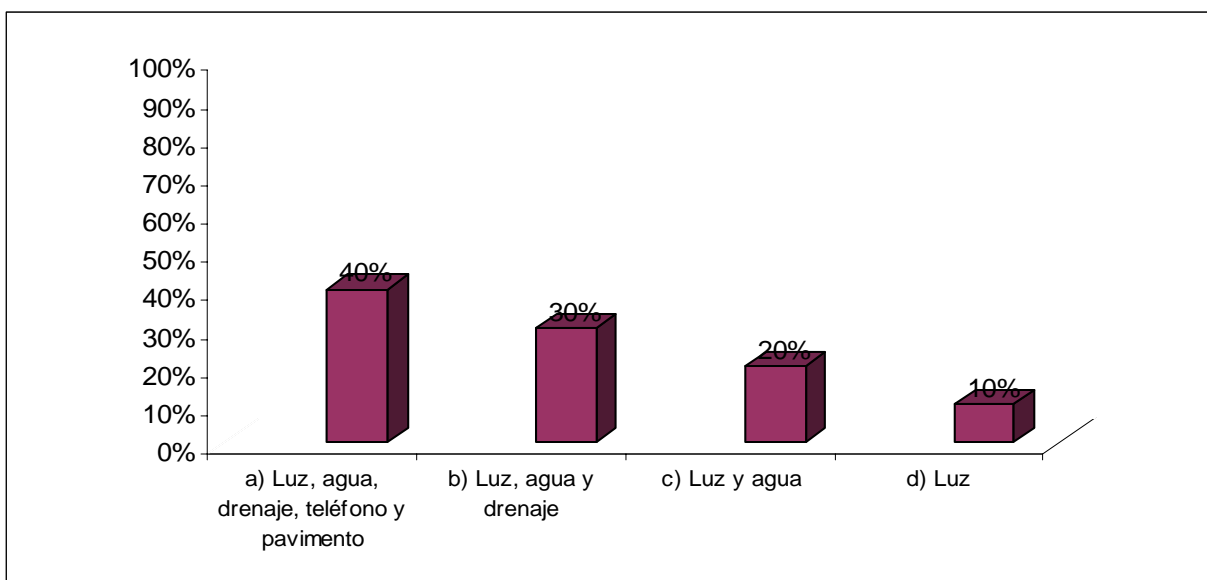


### INTERPRETACIÓN:

En la casa de la mayoría de los pacientes y sus familias si cuentan con el servicio de gas para la elaboración de sus alimentos, mientras que en menor proporción por costumbre o escasez de recursos económicos cocinan sus alimentos con leña.

**GRÁFICA 30: SERVICIOS PÚBLICOS CON LOS QUE CUENTA.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Luz, agua, drenaje, teléfono y pavimento	4	40%
b) Luz, agua y drenaje	3	30%
c) Luz y agua	2	20%
d) Luz	1	10%
Total:	10	100%

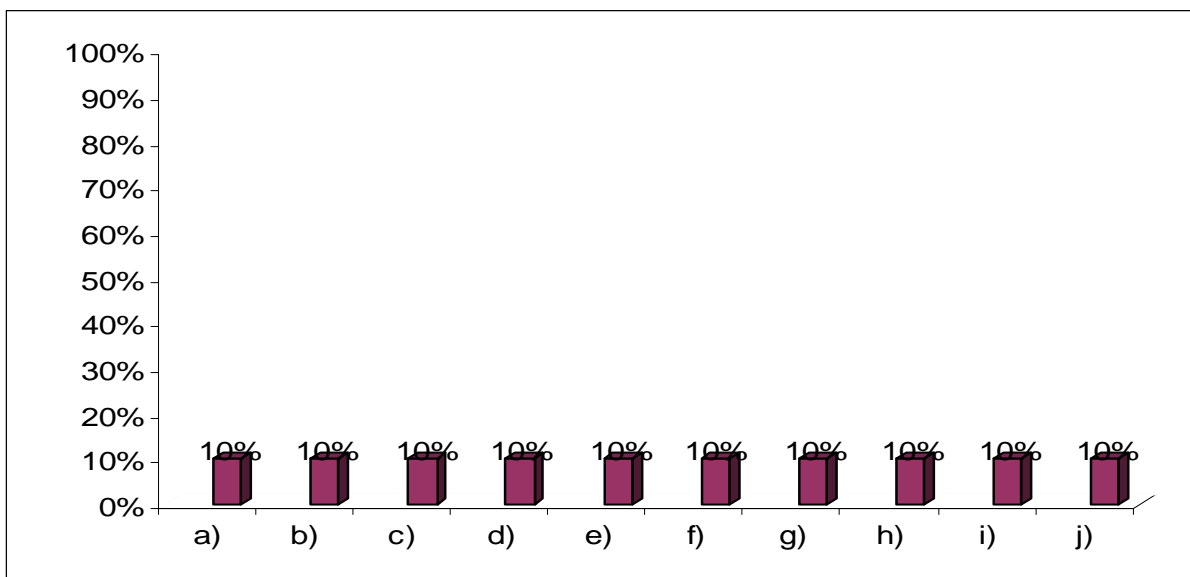


**INTERPRETACIÓN:**

Observamos que es difícil el acceso a los servicios públicos dependiendo el lugar de residencia en que habite el paciente (rural o urbano), así como el poder adquisitivo de que disponga para poder pagar por determinados servicios públicos. Sin embargo como se puede observar en la presente gráfica son variados los porcentajes de familias que cuentan con los diversos servicios públicos, siendo el primordial la luz y el agua en todos los hogares.

### GRÁFICA 31: ARTÍCULOS ELECTRODOMÉSTICOS CON QUE CUENTA.

46. ¿Con cuales de estos artículos cuenta?		
Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Televisión, estufa, microondas, teléfono, calentador, licuadora, lavadora refrigerador y plancha.	1	10%
b) Televisión, estufa, microondas, licuadora, lavadora, plancha	1	10%
c) Televisión, estufa, teléfono, calentador, licuadora, refrigerador y plancha	1	10%
d) Televisión, estufa, teléfono, licuadora, microondas, radio, refrigerador y plancha	1	10%
e) Televisión, licuadora, lavadora, refrigerador y plancha	1	10%
f) Televisión, estufa, radio, licuadora y plancha	1	10%
g) Televisión, estufa, licuadora y plancha	1	10%
h) Televisión, estufa, teléfono y licuadora	1	10%
i) Televisión y radio	1	10%
j) Ninguno	1	10%
Total:	10	100%

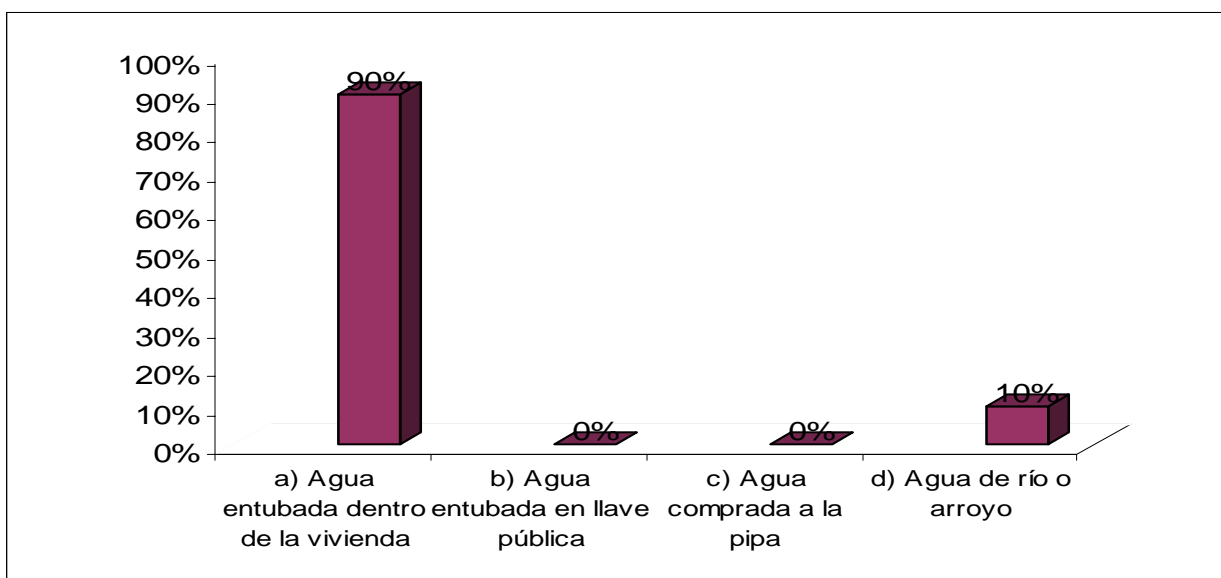


#### INTERPRETACIÓN:

La respuesta a esta pregunta fue variada, ya que manifestaron diferentes respuestas pero se puede observar que la Televisión y la estufa son de los artículos que más poseen las familias en sus hogares, sin embargo, existe quien no cuenta con ninguno de estos electrodomésticos y cuya situación se vislumbra muy precaria.

**GRÁFICA 32: EL AGUA QUE OBTIENE EN SU DOMICILIO ES.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Agua entubada dentro de la vivienda	9	90%
b) Agua entubada en llave pública	0	0%
c) Agua comprada a la pipa	0	0%
d) Agua de río o arroyo	1	10%
Total:	10	100%

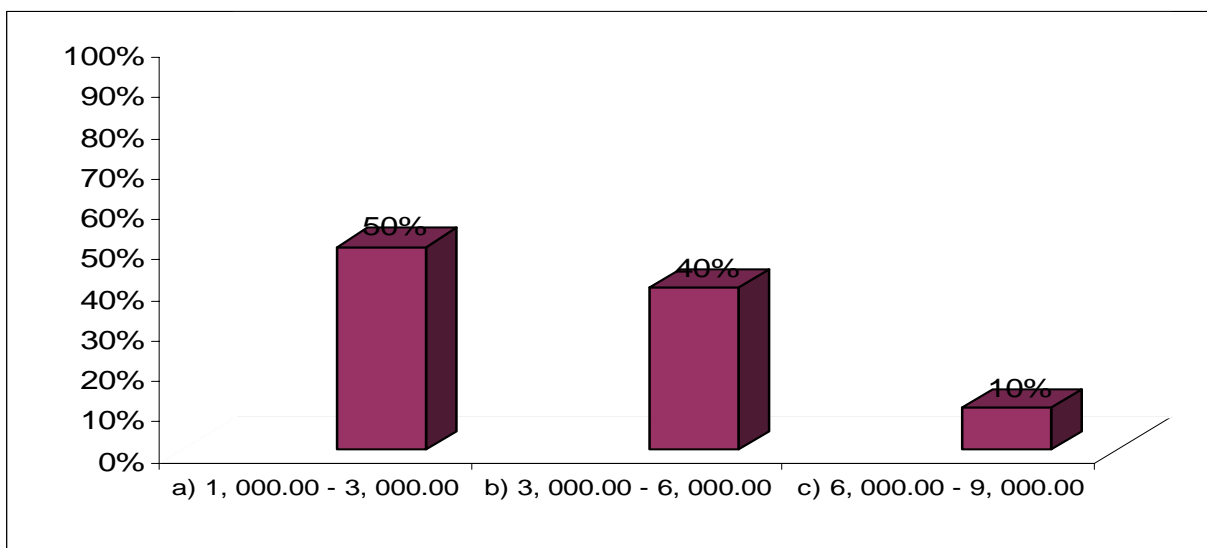


**INTERPRETACIÓN:**

El agua la obtienen en su mayoría a través de tubería intradomiciliaria y solo una persona que reside en medio rural la obtiene de un arroyo que se encuentra cercano a su vivienda. El agua es un elemento vital para el consumo humano y esta se utiliza en la limpieza del área y los utensilios que se requieren para el procedimiento dialítico, por lo que debe ser una agua de buena calidad que no este contaminada.

### GRÁFICA 33: INGRESOS FAMILIARES MENSUALES.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) 1, 000.00 - 3, 000.00	5	50%
b) 3, 000.00 - 6, 000.00	4	40%
c) 6, 000.00 - 9, 000.00	1	10%
Total:	10	100%



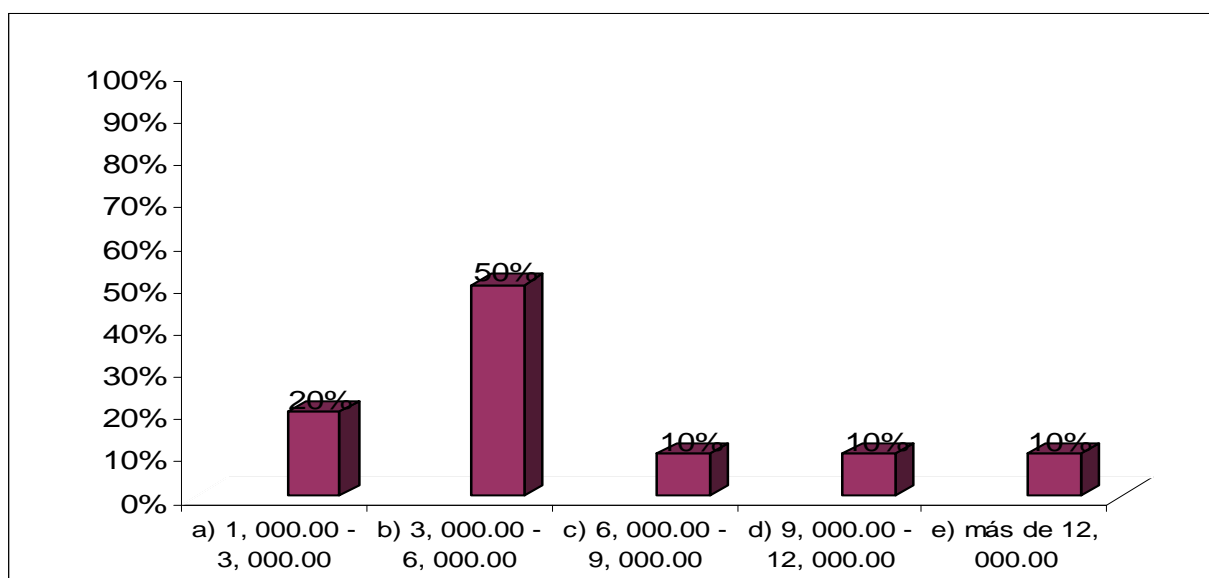
#### INTERPRETACIÓN:

El ingreso que perciben la mitad de los pacientes y sus familias son cantidades mínimas que equivalen a uno o dos salarios mínimos por día, toda vez que el salario actual para la zona C a la cual pertenece nuestro Estado asciende a la cantidad de \$49.50, cantidad que se torna insuficiente para cubrir la necesidades básicas de estas familias. Estos ingresos a raíz de la enfermedad y tratamiento del paciente, han sido limitados e insuficientes para cubrir las necesidades cotidianas de la familia, ya que han sufrido modificaciones al destinarse gran parte de este ingreso a los materiales, equipo y medicamento que se requieren en dicho tratamiento de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Por lo que al verse afectada la economía familiar se altera el bienestar y equilibrio familiar como consecuencia.



### GRÁFICA 34: EGRESOS FAMILIARES MENSUALES.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) 1, 000.00 - 3, 000.00	2	20%
b) 3, 000.00 - 6, 000.00	5	50%
c) 6, 000.00 - 9, 000.00	1	10%
d) 9, 000.00 - 12, 000.00	1	10%
e) más de 12, 000.00	1	10%
Total:	10	100%

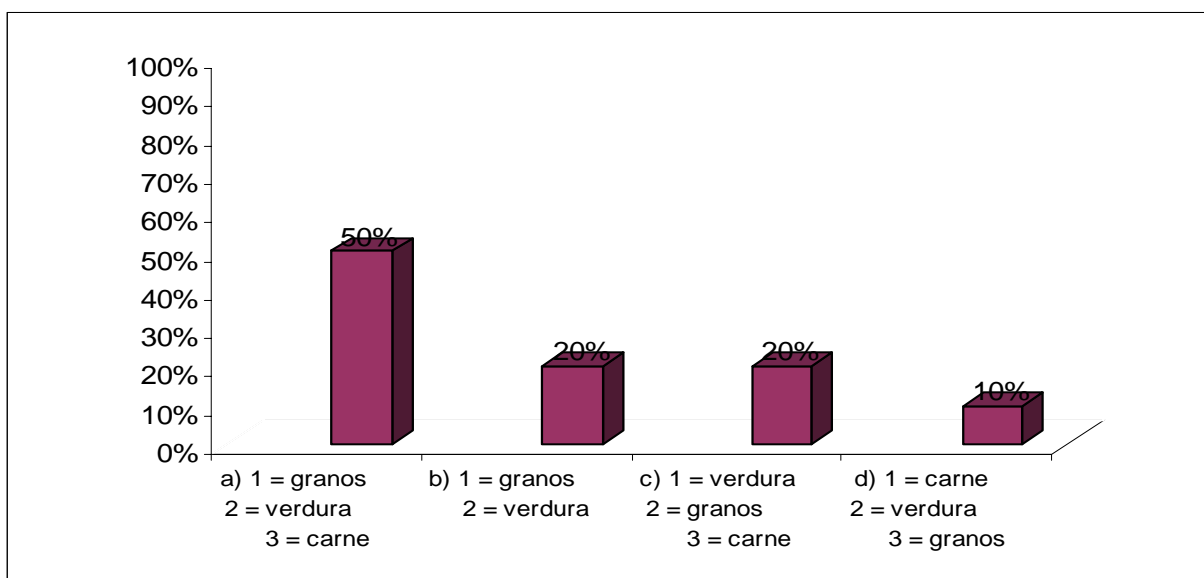


### INTERPRETACIÓN:

Como se señala en la presente gráfica los egresos del paciente en proceso de diálisis son elevados, debido al desembolso que se hace en la compra del medicamento y material que se necesita, entre otros gastos básicos diarios como son por ejemplo los alimentos. Por lo que llega a requerir el apoyo de sus familiares para poder sobrellevar la situación económica que se torna difícil. Retomando la información de la gráfica anterior, se puede decir que los ingresos son insuficientes para cubrir la totalidad de los gastos que presentan este tipo de pacientes.

### GRÁFICA 35: ALIMENTOS CONSUMIDOS CON MÁS FRECUENCIA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) 1 = granos    2 = verdura    3 = carne	5	50%
b) 1 = granos    2 = verdura	2	20%
c) 1 = verdura    2 = granos    3 = carne	2	20%
d) 1 = carne    2 = verdura    3 = granos	1	10%
Total:	10	100%

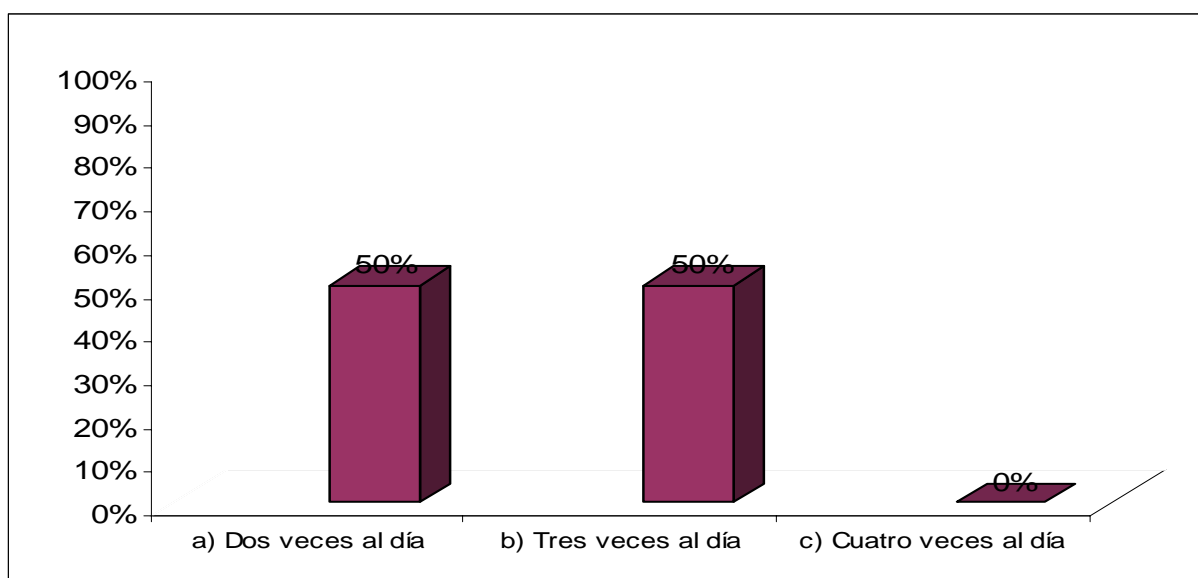


### INTERPRETACIÓN:

Respecto a los alimentos que consume con más frecuencia el paciente cabe señalar que son en su mayoría los granos básicos como frijol, lentejas, arroz, etc. Y en menor proporción las verduras y carne ya que como se mencionaba anteriormente, en su mayoría el tipo de alimentos depende no solo de los hábitos alimenticios que se tengan en la familia sino a la situación económica con que se provee de estos alimentos. No obstante, existen alimentos nutritivos que no precisamente son costosos.

### GRÁFICA 36: CUANTAS COMIDAS REALIZA AL DÍA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Dos veces al día	5	50%
b) Tres veces al día	5	50%
c) Cuatro veces al día	0	0%
Total:	10	100%

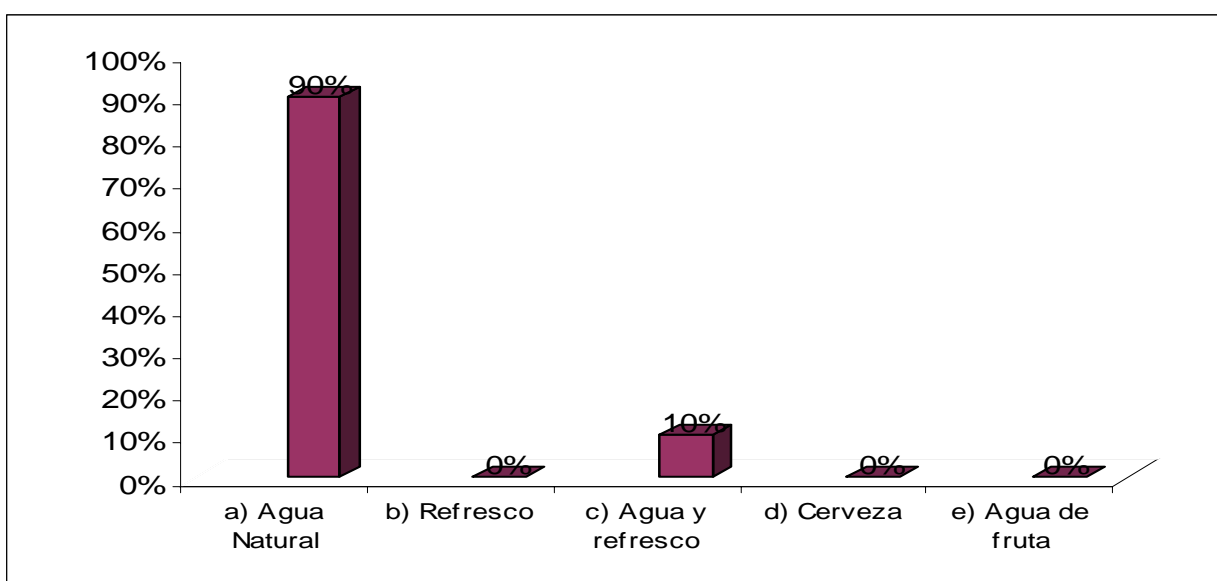


#### INTERPRETACIÓN:

Los pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria mantienen ciertos hábitos alimenticios ya que consumen alimentos de dos a tres veces al día. Siendo lo más recomendable que sea tres veces al día, consumiendo alimentos nutritivos y balanceados. Recordemos que lo importante es la calidad de los alimentos y no la cantidad de veces que se coma.

### GRÁFICA 37: QUE BEBIDAS ACOSTUMBRA TOMAR.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Agua Natural	9	90%
b) Refresco	0	0%
c) Agua y refresco	1	10%
d) Cerveza	0	0%
e) Agua de fruta	0	0%
Total:	10	100%

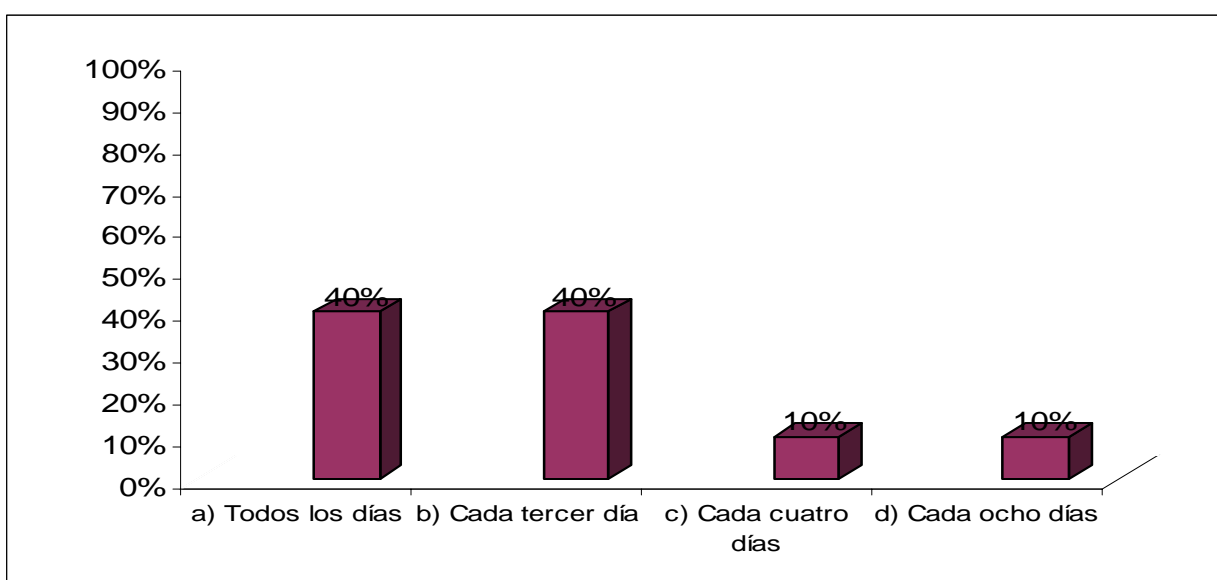


#### INTERPRETACIÓN:

La gran mayoría refiere que toma agua natural, lo cual es lo más recomendable pero debe haber un cierto control de la cantidad de líquidos que se ingiere, ya que en este tipo de pacientes el médico normalmente trata de que se prevenga la retención de líquidos en el paciente. Pero es más saludable el consumo de agua natural que de bebidas como el refresco o la cerveza.

### GRÁFICA 38: CADA QUE ACOSTUMBRA BAÑARSE.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Todos los días	4	40%
b) Cada tercer día	4	40%
c) Cada cuatro días	1	10%
d) Cada ocho días	1	10%
Total:	10	100%

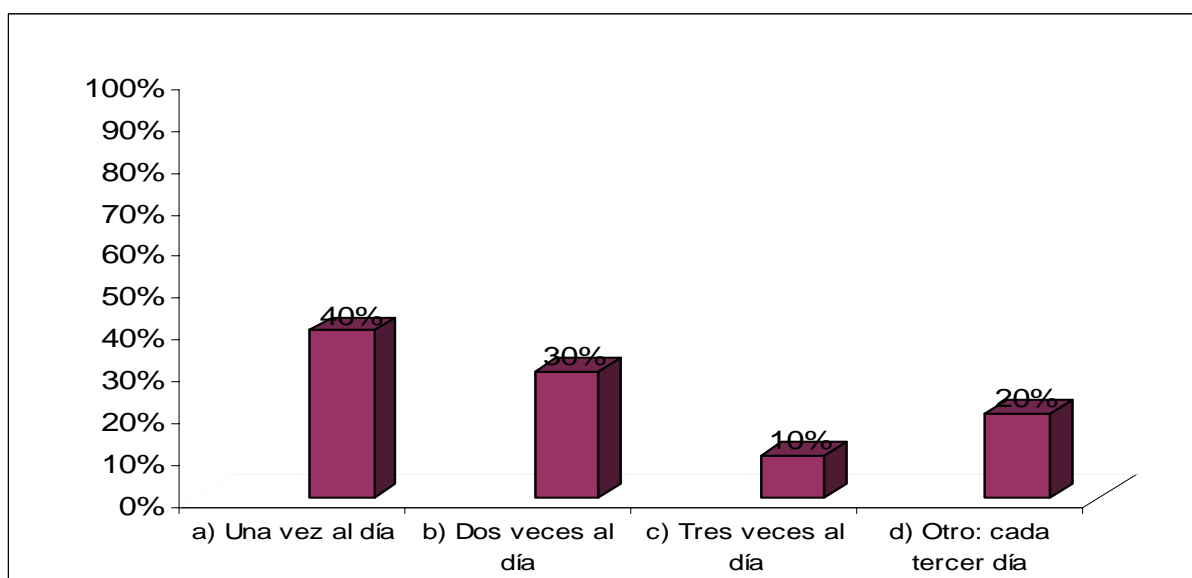


### INTERPRETACIÓN:

La frecuencia con que se bañan es variable observándose como lo muestra la gráfica que unos de estos pacientes presentan buenos hábitos de higiene ya que se bañan diario mientras que en igual proporción de pacientes los hábitos son regulares mientras que como se refleja en la gráfica en los pacientes restantes la higiene es precaria lo que pone en riesgo su salud constantemente. La higiene es un factor determinante para la buena salud del organismo, de lo contrario hace a este susceptible de presentar diversas complicaciones en las que forma parte del problema.

**GRÁFICA 39: CUANTAS VECES ASEA SU BOCA Y DIENTES.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Una vez al día	4	40%
b) Dos veces al día	3	30%
c) Tres veces al día	1	10%
d) Otro: cada tercer día	2	20%
Total:	10	100%

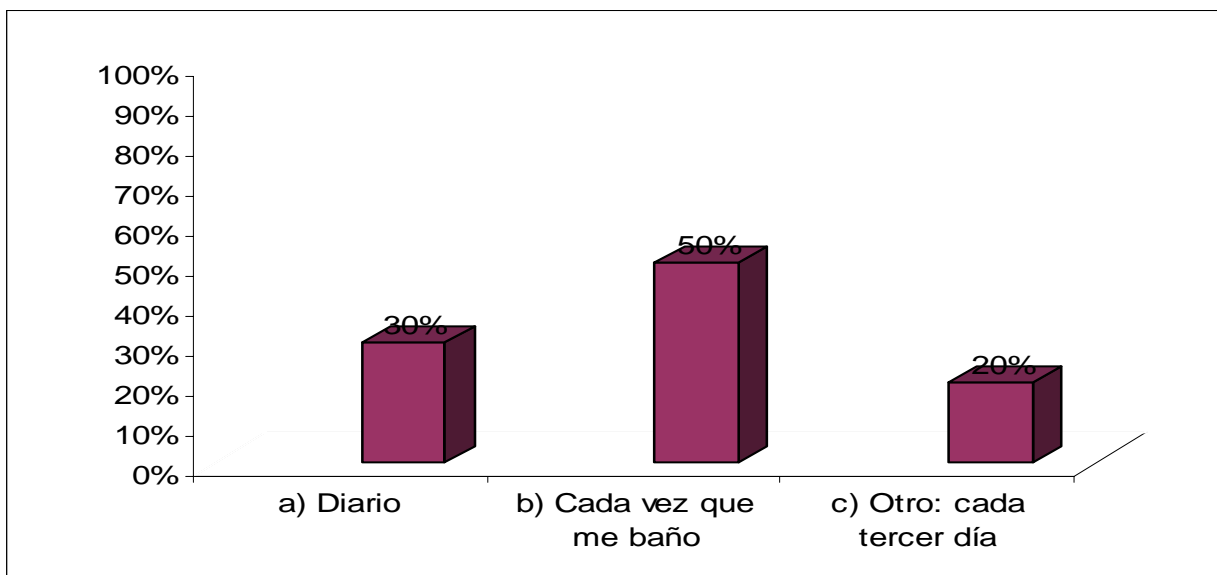


**INTERPRETACIÓN:**

En la gráfica se puede observar claramente la deficiencia que existe en cuanto a los hábitos de higiene bucal, ya que es la minoría quien si realiza una adecuada rutina de limpieza, del cepillado de los dientes tres veces al día. Lo que explica una falta de orientación acerca de la importancia que tiene el cuidar estos aspectos que son fundamentales para el bien estar del organismo, ya que la higiene se relaciona con el estado de salud.

#### GRÁFICA 40: CADA CUANDO SE CAMBIA DE ROPA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Diario	3	30%
b) Cada vez que me baño	5	50%
c) Otro: cada tercer día	2	20%
Total:	10	100%

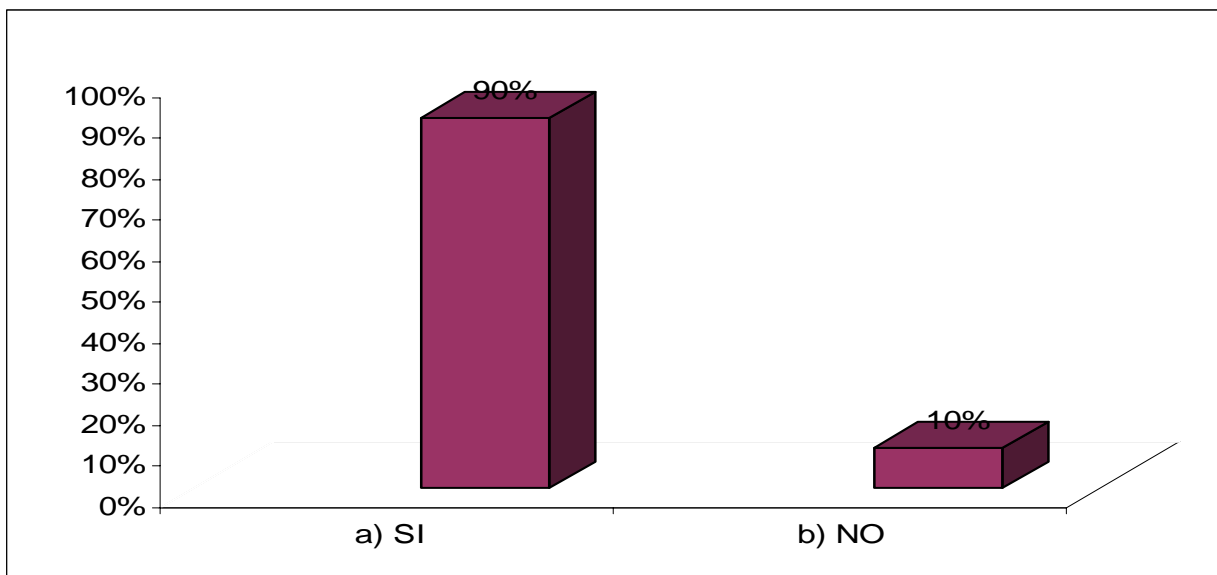


#### INTERPRETACIÓN:

Es importante que el paciente contribuya a su cuidado para estar bien no solo emocionalmente sino físicamente, y parte de esto es mantener buenos hábitos de higiene personal siendo el cambio de ropa fundamental para permanecer limpio y libre de bacterias que pudieran afectar a su organismo.

### GRÁFICA 41: ACOSTUMBRA LAVARSE LAS MANOS ANTES DE COMER.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) SI	9	90%
b) NO	1	10%
Total:	10	100%



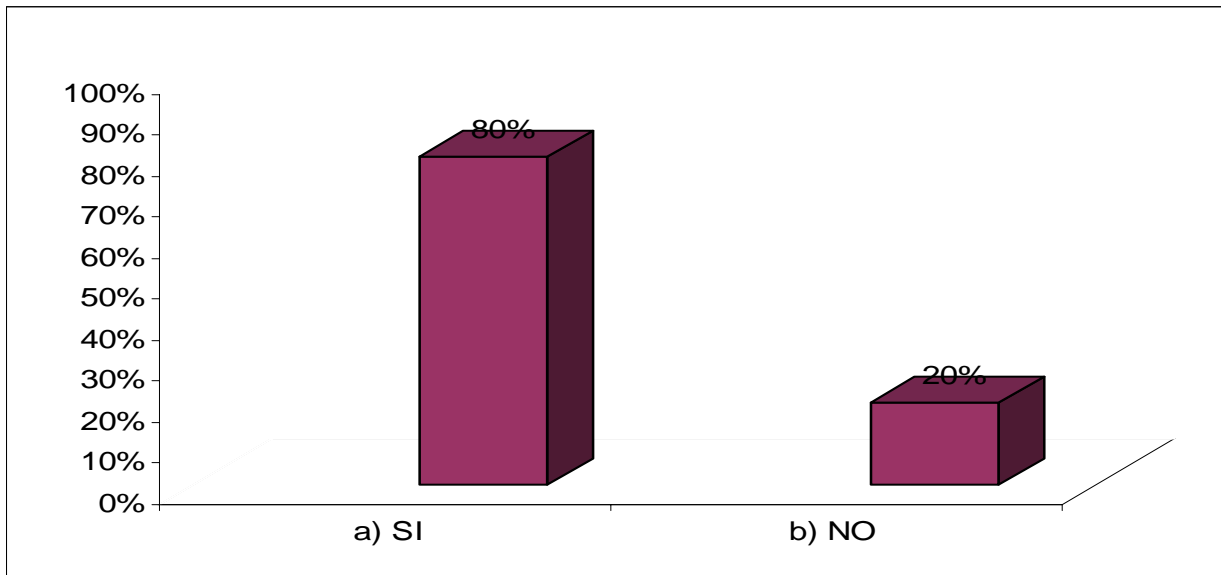
#### INTERPRETACIÓN:

El lavado de manos es vital para evitar el contacto con bacterias por lo que se debe de acostumbrar lavarlas antes de comer, para evitar ingerir microbios que pudieran causar algún tipo de enfermedad en el paciente, lo que ocasionaría un desequilibrio en la salud del paciente. Cabe señalar que el procedimiento de la diálisis debe realizarse con extrema precaución, es decir, es vital la higiene, el lavado de manos durante el procedimiento dialítico con la finalidad de no contaminar el área del catéter.



**GRÁFICA 42: ACOSTUMBRA LAVARSE LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE IR AL BAÑO.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) SI	8	80%
b) NO	2	20%
Total:	10	100%

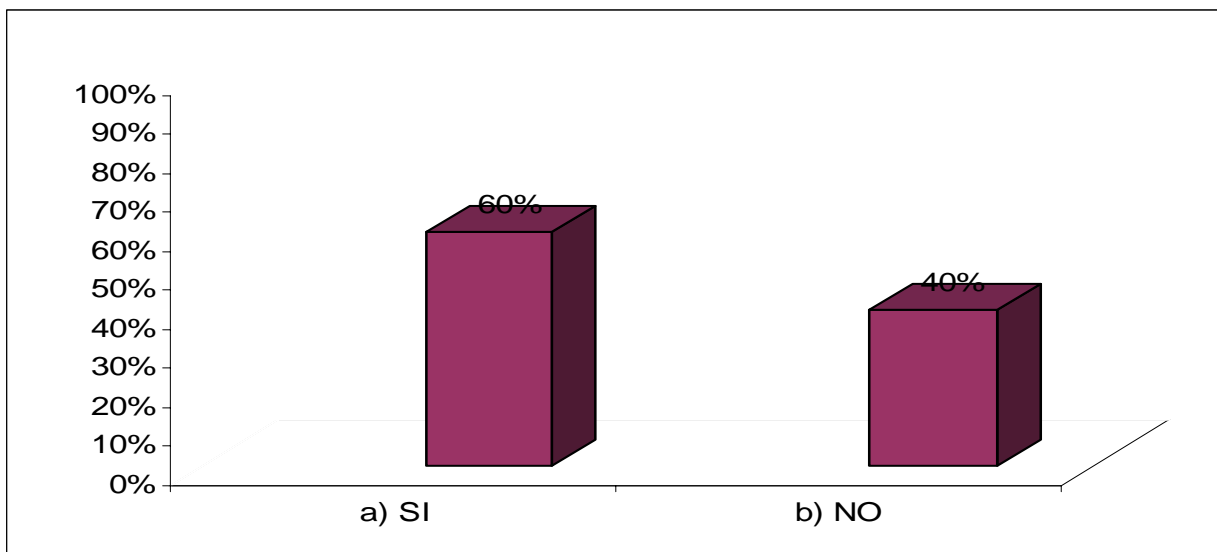


**INTERPRETACIÓN:**

Contrastando esta gráfica con las anteriores en las que se habla acerca de la higiene se pueden detectar algunas incoherencias, ya que anteriormente comentaban estos hábitos eran regulares. Cabe mencionar que es necesario que el paciente este conciente de la importancia de mantener buenos hábitos de higiene ya que su salud dependerá de el mismo y de sus cuidados.

**GRÁFICA 43: ACOSTUMBRA LAVAR O TRAPEAR EL PISO DE LA VIVIENDA.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) SI	6	60%
b) NO	4	40%
Total:	10	100%

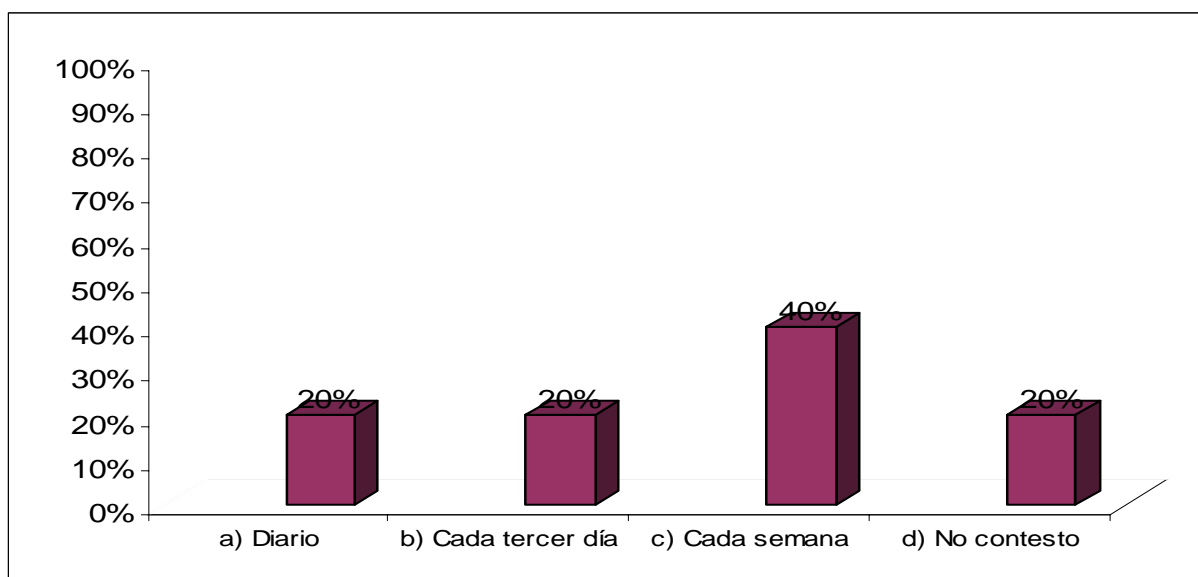


**INTERPRETACIÓN:**

La mayoría refiere que si acostumbra lavar o trapear el piso de su vivienda, no importando que éste sea o no de cemento, vitropiso o mosaico. Mientras en menor proporción no lo acostumbra. Cabe señalar que el piso es un lugar en el que se acumula polvo y por lo tanto es una fuente de microbios y bacterias.

#### GRÁFICA 44: FRECUENCIA CON LA QUE LIMPIA LA COCINA.

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Diario	2	20%
b) Cada tercer día	2	20%
c) Cada semana	4	40%
d) No contesto	2	20%
Total:	10	100%

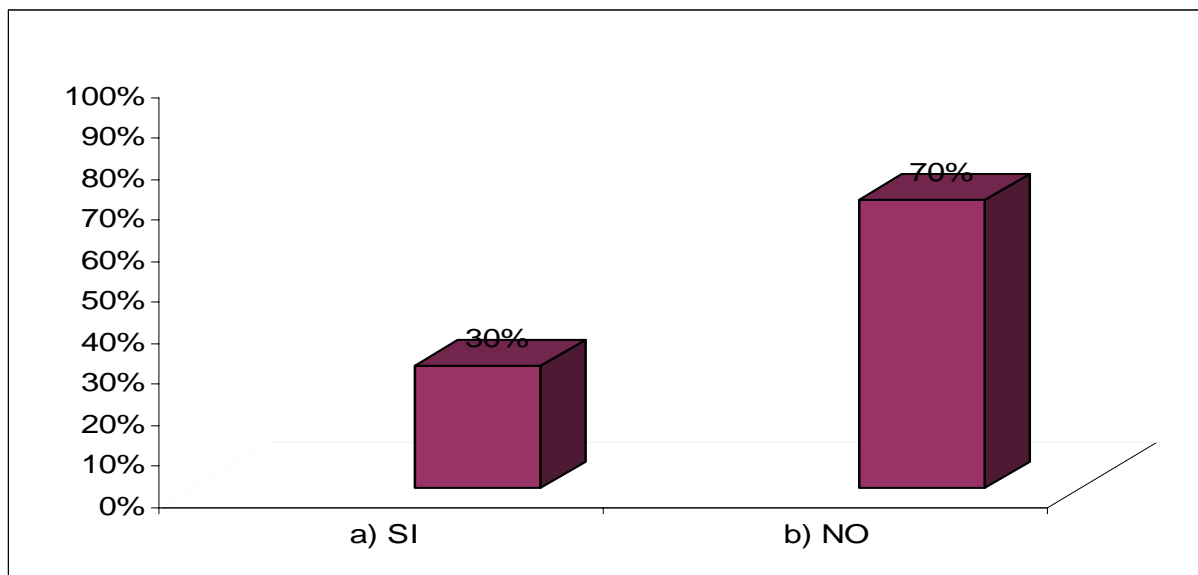


#### INTERPRETACIÓN:

La limpieza por lo general se realiza cada semana en la mayoría de estos hogares, mientras que en menor proporción hay quienes la realizan cada tercer día y otro porcentaje igual manifiesta que limpia diariamente. Hubo personas que prefirieron no contestar. Es importante señalar que la limpieza en la cocina es vital, ya que se debe evitar la proliferación de fauna nociva como cucarachas, entre otros bichos que contaminen los alimentos o influyan en la aparición de enfermedades afectando así el estado de salud del paciente.

**GRÁFICA 45: TIENE MASCOTAS EN CASA.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) SI	3	30%
b) NO	7	70%
Total:	10	100%

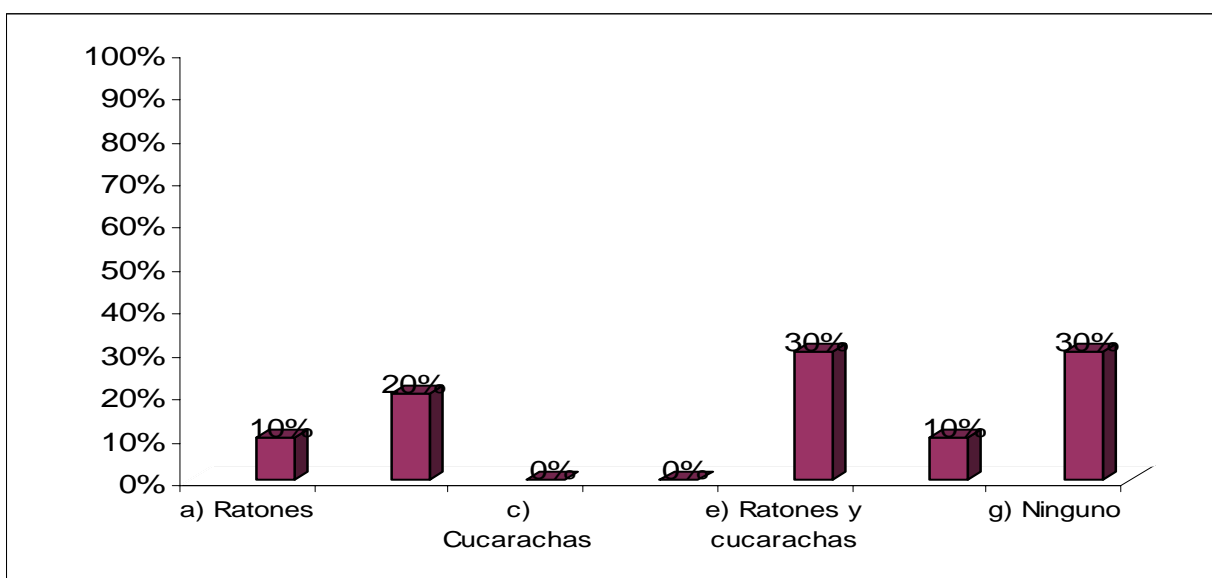


**INTERPRETACIÓN:**

Respecto a la pregunta realizada la gran mayoría de las personas señala que no tiene ningún tipo de mascota en su casa, lo cual es recomendable. Sin embargo es de resaltar que de las familias que si cuentan con algún tipo de mascota, estas son: un perro, pájaros y gallinas, cabe señalar que estos animales son productores de fauna nociva como pulgas y gorpupos, que hacen daño al ser humano. Por lo tanto ponen en riesgo la salud de los mismos.

**GRÁFICA 46: EXISTE EN SU CASA FAUNA NOCIVA.**

Concepto	Frec. Absoluta	Frec. Relativa
a) Ratones	1	10%
b) Moscas	2	20%
c) Cucarachas	0	0%
d) Pulgas	0	0%
e) Ratones y cucarachas	3	30%
f) Ratones y moscas	1	10%
g) Ninguno	3	30%
Total:	10	100%



**INTERPRETACIÓN:**

En cuanto a la fauna nociva si manifiesta la mayoría la presencia de alguna de estas en su casa. Lo que no es favorable para el paciente, ya que este tipo de fauna nociva son transmisores de microbios que dañan al ser humano. De ahí la importancia de tener una adecuada higiene.

## **6.5. Análisis de la información.**

A continuación se procede a realizar un análisis minucioso sobre varios indicadores que han sido estudiados a lo largo de la investigación, conforme se fueron presentando los indicadores que han sido graficados anteriormente, aportando resultados relevantes que son de suma importancia. Esto a través de 11 apartados que más adelante se detallaran. Cabe señalar que es necesario conocer aquellos factores condicionantes que influyen en el contexto en el que se desarrolla el paciente para así poder entender su situación actual en la que se encuentra inmerso.

Es importante mencionar que el instrumento diseñado estaba dirigido a los pacientes y/o familiares que se captaron durante el período de investigación dentro de la institución, debido a la situación actual de su estado de salud en el que se encontraban los pacientes, eran los familiares acompañantes quienes en su mayoría contestaron ante los cuestionamientos planteados en el instrumento o en su defecto ante las preguntas que se les formulaba este a manera de entrevista.

### **I. DATOS GENERALES.**

La mayoría de los pacientes bajo esta investigación, son personas que se encuentran en etapa adulta y de vejez, siendo de las etapas más difíciles para el ser humano, ya que en la edad adulta truncan debido a su enfermedad su etapa productiva, mientras que en la vejez la persona se encuentra en decadencia de sus funciones físicas, así como de su salud orgánica y emocional. No obstante, es importante señalar que ya se da con más frecuencia los casos de pacientes jóvenes que se encuentran en edad productiva y que debido a esta enfermedad de la Insuficiencia Renal ven afectada su vida tanto personal como laboral y familiar.

Es importante señalar que el tipo de sexo no es un factor determinante para presentar esta enfermedad, ya que se llega a presentar tanto en hombres como mujeres, sin embargo entre los pacientes en estudio rebaso en una mínima fracción en porcentaje los hombres. Siendo en cuanto a estado civil el 50% casados, se observa que hay pacientes que por su etapa de adulto mayor, dependen tanto física

como económicamente de sus familiares, especialmente hijos o familiares cercanos, lo que pone de manifiesto que es de suma importancia el apoyo que la familia le brinde a su familiar enfermo; cabe recordar que la diálisis es un procedimiento diario que implica tener cubiertos varios aspectos que van desde lo económico hasta lo social y que precisa de una dinámica familiar de integración y apoyo conjunto. El 50% de los pacientes pertenece a familias extensas, ya que es frecuente que al ser él o la paciente personas en edad avanzada recurran al apoyo de los hijos o a que debido a la cultura y circunstancias tanto económicas y/o sociales acostumbren a vivir en familias conformadas de tres o más generaciones.

En cuanto a la escolaridad, se determina que ésta es nula en su mayoría (50%), mientras que quienes tienen algún grado de estudio, es de nivel básico primario, lo que a limitado en sobremanera encontrar mejores oportunidades de desarrollo a través de los cuales puedan cubrir sus necesidades más básicas, dificultando el encontrar un empleo mejor remunerado para este fin; viéndose afectadas las condiciones socioeconómicas de la familia afectándose el bajo nivel adquisitivo que poseen, debido a que las actividades económicas que realizaban éstos pacientes era de campesinos o jornaleros agrícolas, y de amas de casa en el caso de las mujeres, y solo uno de ellos mesero, quienes en su mayoría eran proveedores de su hogar; viviendo al día económicamente con muchas carencias y limitaciones debido a que por su enfermedad dejan de ser productivos.

En cuanto al lugar de origen en su mayoría es de municipios rurales pertenecientes a este estado, así como de Guerrero y Jalisco. De los pacientes en estudio, 4 de ellos residen en este municipio de Uruapan, mientras que el resto son habitantes de diversas localidades o municipios vecinos, teniendo una residencia permanente en esos lugares de más de 10 años. Quienes han considerado como una alternativa terapéutica el servicio de salud que brinda el Hospital General de Uruapan, ya que es una institución de carácter público que proporciona atención a personas que carecen de un sistema de seguridad social como IMSS o ISSSTE.

Un 90% de los pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria son católicos y solo uno de ellos evangelista. En esta institución de salud se refleja la equidad e

igualdad de derechos de los pacientes, no siendo la religión un obstáculo para tal acceso a los servicios de salud. En México contamos con una Ley General de Salud que se encarga de regular las acciones y procedimientos en las instituciones de salud, para así procurar una atención de calidad que cubra las necesidades básicas de salud de los usuarios.

## **II. ESTRUCTURA FAMILIAR.**

Actualmente las familias de estos pacientes se encuentran constituidas por diversos números de integrantes, siendo una familia extensa la más numerosa con 10 integrantes, así como tres más conformadas por solo dos integrantes (etapa nido vacío), mientras que el resto de familias varía progresivamente en número de integrantes, en total son cinco pacientes que pertenecen a familias extensas, solo existe el caso de un paciente que vive solo. El rol del paciente en su mayoría es ser padre o madre, reiterando que se presenta un cambio en los estilos de vida, viéndose la actividad física mermada por el estado de salud que presentan así como por su actividad económica se ve limitada ya que al estar enfermos se les imposibilita trabajar, por lo que ahora pasan a ser dependientes económicamente de sus familiares lo que conlleva a realizar un cambio en la dinámica familiar, sufriendo una reestructuración en los roles de sus integrantes. Cabe mencionar que hay dos pacientes cuyo rol es el de hijos dentro del núcleo familiar.

Al verse deteriorado el estado de salud del paciente, éste deja de realizar múltiples actividades, por ejemplo el trabajar, lo que repercute en el autoestima, el sentirse útiles y productivos. Esta situación genera que se de un reajuste en la dinámica familiar y en la distribución de roles en la familia, toda vez que la mayoría de los pacientes tiene más de 5 años sin trabajar; contribuyendo a que sea más difícil la obtención de recursos económicos para el resto de la familia. Cabe hacer mención que debido al padecimiento de la enfermedad crónica como es la diabetes e hipertensión es que se han dado cambios en la estructura familiar, no obstante al 60% de los pacientes hace menos de un año se le diagnóstico la Insuficiencia Renal Crónica, al 20% hace tres años y a un paciente (10%) hace más de diez años, de los



cuales ninguno cuenta con algún tipo de pensión como apoyo por su actividad laboral anterior.

### **III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.**

La mayoría de los pacientes investigados refiere tener antecedentes patológicos familiares de enfermedades de carácter crónico – degenerativos como es la diabetes e hipertensión, recordando que estas son las principales causas que desencadenan la Insuficiencia Renal Crónica; siendo en el mayor de los casos el de la diabetes el principal antecedente patológico familiar, de ahí la importancia de que una vez que se tiene en conocimiento que se tiene estos antecedentes patológicos heredo-familiares se lleve a cabo una revisión médica, además de tomar medidas de prevención para la presencia de este tipo de enfermedades, lo que implica reestructurar los estilos de vida del paciente por estilos de vida más saludable. El 60% de los pacientes que se encuentra en Diálisis Peritoneal Continúa Ambulatoria tiene menos de un año que se le diagnóstico la IRC, lo que nos habla de que su estado de salud se ha visto afectado desde tiempo atrás y que no es sino hasta que ya esta avanzada la Insuficiencia, que se detecta, una vez que el daño ya es irreversible en el organismo, por lo que llega a ser una urgencia el iniciar el procedimiento de la diálisis en el paciente.

Este aspecto también nos sirve para reflexionar sobre la falta de educación para la salud en lo que respecta a la prevención de enfermedades, ya que una costumbre muy frecuente en los mexicanos, es el no acudir a chequeo médico de manera constante, ya sea por diferentes circunstancias siendo principalmente el de una deficiente educación en materia de salud, así como las condiciones socioeconómicas precarias del paciente que hacen que la salud pase a un segundo término en importancia y que sea solo hasta que se presentan síntomas de malestar en el organismo cuando se acude a visita médica, siendo en muchos de los casos demasiado tarde pues la enfermedad ha avanzado ya de manera progresiva, por lo cual se encuentra ya en fase avanzada y la diálisis se torna ya como una medida urgente de realizar para la mejoría del paciente.

La mayor parte de las personas manifiestan que acuden al médico solo cuando enferman. Por lo que es importante que se diseñe un programa, en el que el paciente este en continuo control y supervisión médica. Ya que si no se lleva un adecuado control a través de sus visitas médicas, sufrirá un desequilibrio fisiológico que afectara a su salud. A diferencia de aquellos pacientes que se encuentran afiliados y reciben atención médica en lugares como el IMSS o ISSSTE que si cuentan con un monitoreo constante en el que se supervisa y evalúa su proceso dialítico y se da un seguimiento de caso de la situación específica de cada uno de los pacientes.

La mayoría de los pacientes son atendidos por un médico internista, que es el especialista que se encarga de atender este tipo de padecimientos crónicos y degenerativos, atendiendo problemas de salud de órganos como el hígado, pulmón, riñón. Es importante mencionar que cuando un Médico general detecta que su paciente requiere de una interconsulta con médico especialista éste debe canalizar el caso a un médico especialista de lo contrario pone en riesgo la salud y vida del paciente ante alguna complicación que pudiera presentarse por el inadecuado manejo de la atención médica dada por el médico general quien no cuenta con los conocimientos especializados para este tipo de pacientes.

La mayoría de los pacientes en estudio refiere que tiene menos de 6 meses de haber iniciado su Programa en la modalidad de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Ya que esta tiene múltiples beneficios, como son el reducir los costos económicos así como que el mismo paciente contribuye junto con el apoyo de algún familiar, a realizar sus propios cambios dialíticos reduciendo a la vez los reingresos hospitalarios continuos así como los costos por hospitalización. Aquí es importante hacer mención que se comienza con el tratamiento de diálisis hasta que es una urgencia ya que es diagnosticada la Insuficiencia Renal Crónica en fase muy avanzada.

Los familiares de los pacientes refieren haber recibido la inducción o adiestramiento para el manejo del proceso de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Siendo en este caso, el personal de Enfermería básicamente quien se dedica a la enseñanza de la técnica de recambio de las bolsas de diálisis ya que es a ella a quien se

designa esta función dentro de las instituciones de salud. Es importante señalar que una vez que se coloca el catéter al paciente se da la capacitación a algún familiar durante una semana para que posteriormente este realice este proceso en su propia casa al paciente.

Se puede observar que quienes apoyan generalmente al paciente en este proceso de diálisis suele ser la esposa(o) 30%, o hijos 30% al igual que en menor proporción algunos de los padres 20%, o algún otro familiar 20%. Es vital que el paciente este acompañado y apoyado por la familia durante este proceso ya que el paciente en ocasiones, no se encuentran en condiciones de llevar a cabo solo el procedimiento dialítico y cabe señalar que es un momento crítico para el paciente el aceptar este proceso por lo que necesita del apoyo moral y no solo de los cuidados que ahora deberá tener.

El 40% de los pacientes y familiares encuestados durante este período de investigación, manifiestan que si han tenido reingresos hospitalarios por complicaciones ocasionados por los siguientes casos: vomito y diarrea, descompensación diabética, peritonitis (es una inflamación del peritoneo por infección) y evento vascular cerebral. Estos pacientes no tienen antecedente alguno de familiar que se este dializando.

Como ya se ha mencionado, estos pacientes están siendo apoyados por sus familias siendo la esposa(o) quien apoya específicamente, auxiliando en el recambio de las soluciones dializantes. También es importante destacar que los pacientes encuestados cuentan no solo con el apoyo de sus familiares directos sino políticos. Como es el caso de dos pacientes que son apoyados por su nuera y una sobrina política. Es importante señalar que la familia juega un papel importante para el paciente, ya que para éste es vital sentirse apoyado y comprendido por la situación por la cual esta pasando él y su familia.

Todos los pacientes que se encuentran en Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y fueron investigados si cuentan con un lugar especial donde realizar sus recambios de las soluciones de diálisis, siendo este lugar la recamara del

paciente en donde se realiza el recambio de las soluciones dializantes. Respecto a los conocimientos que tienen los pacientes y familiares sobre lo que se requiere para realizar el procedimiento de las diálisis ellos dicen saber cuales son, ya que previamente han sido capacitados para conocer e identificar todo el equipo y material que se requiere para poder llevar a cabo tal procedimiento. Es fundamental que durante la capacitación le quede claro al paciente y familiares sobre todo lo que requerirán ya que son insumos básicos para poder realizar un correcto procedimiento.

Las personas encuestadas comentan en su totalidad 100% que cuentan con utensilios de limpieza especial para el área donde se realiza el proceso de diálisis. Es indispensable además que el espacio o lugar tenga una higiene adecuada ya que este es un factor indispensable para evitar infecciones; la higiene es uno de los principales cuidados que se deben de tener con el paciente ya que es un factor primordial para evitar infecciones posteriores en el área del catéter. Al igual que es importante el aseo de cama y de la misma persona. De aquí que la familia entera debe modificar hábitos de higiene de manera que sean más rigurosos y permitan un adecuado manejo en el procedimiento dialítico que prevenga la presencia de algún tipo de complicación surgida por el inadecuado cuidado higiénico.

#### **IV. CONDICIONES DE LA VIVIENDA Y V. DISTRIBUCIÓN DE LA CASA.**

En cuanto a la tenencia de la vivienda es en su mayoría propia, ya que es resultado de los patrimonios que estas personas logran poseer a través de su esfuerzo y su trabajo, siendo el tener una vivienda una de las necesidades básicas del ser humano al tener un lugar donde vivir y resguardarse para sentirse protegido. El 80% de los pacientes y sus familiares cuenta con los espacios indispensables de dormitorio, baño y cocina. La mayoría de sus viviendas (80%) esta construida de tabique no importando que se encuentre en área suburbana o rural; con techo de loza de cemento en el 70% de los casos; el piso esta construido de piso de cemento firme (rústico); conformadas en el 60% de los casos de solo dos habitaciones, incluso dándose casos de hacinamiento, sin embargo estas viviendas cuentan con habitación, baño y cocina. Básicamente son personas que solo cuentan con lo

necesario para vivir, no tienen viviendas lujosas pero a sus posibilidades han ido construyendo sus hogares.

## **VI. SERVICIOS PÚBLICOS CON LOS QUE CUENTA.**

En cuanto a los servicios intradomiciliarios se refiere, cabe señalar que el 70% de los pacientes cuentan con el servicio de drenaje y un 30% tiene su baño sin drenaje, por lo cual su baño es una letrina. El 70% de los pacientes y sus familias pueden pagar el servicio de gas para la elaboración de sus alimentos mientras que un 30% por costumbre o escasez de recursos económicos cocinan sus alimentos con leña. El 40% de las personas que habitan en área urbana o suburbana cuentan con los servicios de luz, agua, drenaje, teléfono y pavimento, mientras que un 30% cuenta con luz, agua y drenaje, un 20% cuenta solo con luz y agua y un 10% únicamente tiene luz eléctrica. Observamos que es difícil el acceso a los servicios públicos dependiendo el lugar de residencia en que habite el paciente (rural o urbano) así como el poder adquisitivo de que disponga para poder pagar por determinados servicios públicos. El agua la obtienen en su mayoría a través de tubería intradomiciliaria y solo una persona que reside en medio rural la obtiene de un arroyo que se encuentra cercano a su vivienda. El agua es un elemento vital para el consumo humano y esta se utiliza en la limpieza del área y los utensilios que se requieren para el procedimiento dialítico por lo que debe ser una agua de buena calidad que no este contaminada.

Respecto a la posesión de artículos electrodomésticos donde podemos observar que la Televisión y la estufa son de los artículos que más poseen las familias en sus hogares.

## **VII. INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES.**

El ingreso que perciben los pacientes y sus familias son cantidades mínimas que equivalen a uno o dos salarios mínimos (49.50 o 99.00) por día en el 50%, de los pacientes pero que debido a los gastos que presentan los pacientes en medicamentos aparte de su alimentación y en pago de servicios son varios, por lo

que el ingreso apenas alcanza para cubrir las necesidades más básicas de las personas, por lo que ahora que presentan un nuevo gasto generado por la enfermedad de la Insuficiencia renal, tienen que recurrir a la ayuda de sus familiares principalmente sus hijos quienes tienen que ver no solo por sus familias sino por sus padres y parientes cercanos, colaborando con los gastos que se presentan para poder comprar el material (soluciones dializantes) y medicamento que se requiere para el procedimiento de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Por este motivo algunos de los pacientes a los que se les diagnóstica la Insuficiencia renal crónica no aceptan el tratamiento y colocación del catéter y renuncian a la posibilidad de mejorar su nivel de vida a través de la diálisis.

Es importante señalar que en el estado de Michoacán (perteneciente a la zona C) el salario mínimo equivale a \$49.50 pesos diarios, pero que esta cantidad es insuficiente para cubrir las necesidades básicas del ser humano, no obstante, actualmente el salario mínimo es insuficiente para la adquisición de la canasta básica ya que los incrementos a éstos productos se han elevado considerablemente poniendo en desventaja la situación económica familiar. La situación económica del paciente es un factor determinante para poder o no iniciar con un proceso de diálisis ya que no siempre los familiares cuentan con las posibilidades económicas para tal tratamiento médico. Contrastando entre ingresos y egresos que manifestaron los familiares de los pacientes, podemos determinar que los ingresos son insuficientes para cubrir la totalidad de los gastos que presentan este tipo de pacientes.

Generalmente suelen ser los hijos quienes apoyan a los gastos económicos para poder recibir su tratamiento ya que a diferencia de pacientes afiliados al IMSS o ISSSTE estos tienen que hacerse cargo de comprar los medicamentos y las soluciones dializantes que requieren todos los días y que es un gasto que se hace muy difícil de cubrir ya que en muchos de los casos son personas de bajos recursos económicos a las que se les dificulta cubrir los costos del tratamiento aunado a que presentan otro tipo de gastos personales de sus propias familias (esposas e hijos) y que ya no trabajan actualmente. El gasto en promedio que genera un paciente en diálisis al mes es de aproximadamente \$8, 600.00 pesos por lo que es difícil de

reunir tal cantidad, según el ingreso económico que perciban los familiares. Peor se torna aún la situación, cuando hablamos de que la mayoría de los familiares de los pacientes en proceso de Diálisis son personas que perciben ingresos bajos y más cuando su actividad laboral es mal remunerada.

### **VIII. HÁBITOS ALIMENTICIOS.**

Los alimentos que consume con más frecuencia el paciente y su familia son en su mayoría los granos básicos, seguida por las verduras y finalmente en menor proporción y frecuencia la carne. Es recomendable sin embargo un equilibrio en la alimentación y variedad de productos, con el fin de proporcionar los diversos nutrientes que el organismo necesita. Cabe señalar que el número de comidas que acostumbran hacer diariamente en la mitad de estas familias encuestadas comen tres veces al día. El 90% de los pacientes acostumbra tomar agua natural de manera periódica.

### **IX. HÁBITOS DE HIGIENE PERSONAL.**

Los hábitos de higiene en el 40% de los pacientes es bueno en cuanto al baño diario, en un 40% son regulares ya que el baño es cada tercer día, mientras que en el 20% son deficientes ya que se bañan cada 4 u 8 días, lo que pone en riesgo su salud ya que la higiene es uno de los factores primordiales que debe de tener el paciente en Diálisis Peritoneal. Se puede observar que los hábitos de higiene bucal son deficientes ya que es una minoría quien si realiza adecuadamente el aseo bucal. El lavado de manos es vital para evitar la transmisión de bacterias y microbios durante la manipulación de instrumentos o en el contacto que se tiene con la salida del catéter. En cuanto a la limpieza en el procedimiento dialítico los hábitos son de buenos a regulares según manifiestan ellos mismos. Cabe señalar que se pueden observar ciertas incoherencias en las respuestas que dan al respecto, por lo que se determina en general que estos son de regulares a deficientes.

Es importante señalar que la higiene se relaciona con el estado de salud del paciente, por lo tanto es indispensable que esta sea optima para mayor beneficio del

paciente y un adecuado control de higiene favorecerá un mejor control del proceso dialítico, lo cual se reflejara en la disminución de aquellos factores de riesgo que pudieran presentar alguna complicación por infección, toda vez, que el proceso de diálisis requiere de un extremo cuidado y precaución del paciente en su manejo diario, evitando así los reingresos hospitalarios por complicaciones y promoviendo el nivel de vida del paciente de mayor calidad.

## **X. HÁBITOS DE HIGIENE EN CASA.**

Quienes contestaron respecto a las interrogantes que se refieren a la limpieza, se determina que éstos son de regulares a deficientes también, sin embargo hubo quienes optaron por no contestar, cabe señalar que se les cuestiono sobre aseo de baño, dormitorios y cocina. Es fundamental que se tenga un adecuado control en el manejo de los alimentos y esto incluye también la higiene en el manejo de utensilios de cocina en general, ya que además, si los hábitos de higiene son precarios se puede presentar la aparición de algún tipo de fauna nociva como son ratones y cucarachas, que son vectores de transmisión de infecciones a través de microbios al ser humano, aumentando el riesgo de sufrir algún deterioro en la salud de las personas.

## **XI. OTROS.**

La gran mayoría de los entrevistados 70% dice no tener mascotas en su casa, lo que es favorable ya que este tipo de pacientes deben estar alejados de cualquier tipo de animal que les puedan transmitir algún tipo de bacteria o microbio que pueda ocasionar daño a la salud del paciente. Sin embargo, hay quienes si tienen aún algún tipo de mascota lo que hace pensar que son un factor de riesgo. De las tres personas que comentan tener algunas mascotas estas son perros, pájaros y gallinas. Cabe señalar que estos animales son productores de fauna nociva como son las pulgas y gorpupos que hacen daño al ser humano. Por lo que se le debe explicar a la familia las contraindicaciones del contacto con este tipo de animales para que ellos lo consideren y eviten por su propia seguridad tener alguna de estas mascotas en casa.



Solo un 30% de los pacientes comenta no tener ningún tipo de fauna nociva en su casa, sin embargo, existen otros casos en los que si existe diversa fauna nociva (30% ratones y cucarachas 10% ratones y 10% más ratones y moscas) en el entorno del paciente siendo éstos animales fuertes transmisores de enfermedades parasitarias al ser humano poniendo aún más en riesgo la salud del paciente. Es de considerar que uno de los principales cambios que debe haber en la familia es reforzar los hábitos de limpieza en casa para evitar con ello se presente este tipo de plagas que afecta el ser humano.

Es común que en la mayoría de los hogares gusten de tener diferentes tipos de plantas y es más frecuente en los lugares donde se cuenta con espacio suficiente como es un patio. Es importante destacar que las plantas son un lugar donde suele acumularse el polvo y no es muy frecuente que las personas suelen limpiarlas por lo que se convierte en otro factor de riesgo y más aún cuando estas se encuentran en un lugar muy cercano a los utensilios y elementos de uso diario en el proceso de la diálisis.

Finalmente y como complemento al análisis anteriormente descrito cabe mencionar que de estos pacientes en estudio de investigación hubo algunos acontecimientos relevantes que se presentaron en fechas posteriores a la entrevista tales como:

Un paciente falleció en las semanas próximas a su tratamiento de diálisis, el motivo fue un evento cerebral vascular (EVC) , otro de los pacientes abandono su tratamiento en diálisis peritoneal continua ambulatoria bajo la supervisión médica de este hospital, se desconocen los motivos, uno más tuvo que cambiar de modalidad de tratamiento sustituto de la función renal ya que presento peritonitis en varias ocasiones el cambio fue a Hemodiálisis, otros dos tuvieron varios reingresos por complicaciones diabéticas. Del resto se desconoce algún tipo de información actual.

## CONCLUSIONES.

Una vez analizada la información que arrojó la presente investigación, se concluye que se logró cumplir con el objetivo que es identificar el perfil socioeconómico de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el Hospital General de Uruapan, Michoacán. Cuya hipótesis es de una sola variable y es de carácter descriptivo: “perfil socioeconómico de los pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria”. Aprobando así la hipótesis establecida.

Cuyos objetivos específicos son:

- Identificar las características socioeconómicas del paciente.
- Conocer la estructura familiar.
- Identificar los roles de los pacientes en DPCA.

Por lo tanto, se logró cumplir con los objetivos específicos planteados ya que se pudo conocer las características sociales y económicas que presentan estos pacientes, así como los roles, entre otros indicadores que sirvieron de apoyo para identificar el perfil socioeconómico de estos pacientes.

De tal manera que se reafirma que es fundamental que para que un paciente logre llevar a cabo un tratamiento de diálisis adecuadamente, se debe primero que nada hacer una valoración médico – social de aquellos factores condicionantes (familiares, económicos, laborales, etc.) , que se involucran en el entorno familiar y social del paciente. Esto para que en conjunto con el personal médico se lleve a cabo un balance de las posibilidades y recursos con que cuenta el paciente y de esta manera elegir el tratamiento sustituto más adecuado para el paciente.

Lo que favorecerá que sea cual sea el tratamiento sustitutivo de la función renal, si esta acorde a las características propias de cada paciente este tendrá más probabilidades de ser exitoso.

A continuación se muestra a detalle las siguientes características, de los pacientes investigados:

Pacientes en edad adulta, con mínima predominancia en el sexo masculino, en su mayoría casados, integrantes de familias extensas, cuya escolaridad en el 50% es nula, mientras que en el otro 50% es de nivel básico primario incompleto. Originarios el 80% de ellos de Michoacán, provenientes de zonas suburbanas o rurales, con residencia del 80% en área suburbana, con una residencia estable en su hogar, quienes son en su gran mayoría católicos. Cuya media en el número de integrantes por familia es de dos personas, siendo el rol principal el de padre o madre. Sin actividad laboral de un promedio de más de cinco años sin trabajar, sin percibir algún tipo de pensión como apoyo, siendo apoyados económicamente en su mayoría por los hijos.

Cuyo 70% de estos pacientes cuenta con antecedentes patológicos de enfermedades crónicas en las que predomina la diabetes, siendo diagnosticado el 60% con Insuficiencia Renal Crónica hace menos de un año, acudiendo a revisión médica solo el 20% siendo atendidos por el médico internista. Cabe señalar que el 70% se encuentra desde hace menos de 6 meses en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, recibiendo el familiar en su mayoría esposa(o) o hija(o) la inducción por parte del personal de Enfermería.

De los cuales solo un 40% (4 personas) han tenido un reingreso, siendo estos motivos tales como: vomito y diarrea, peritonitis, descompensación diabética y evento vascular cerebral. Refiriendo no tener familiar alguno que haya sido dializado y que sea de su conocimiento. En su totalidad estos pacientes realizan el procedimiento dialítico en su habitación contando con los utensilios y material necesario para llevarlo a cabo, cuyos hábitos de higiene personal como los de casa son regulares, ya que se presentan deficiencias en este aspecto; mientras que los hábitos alimenticios son aceptables ya que basan su alimentación diaria en el consumo de granos primordialmente, seguido por verduras y por último carne,

acostumbrando hacer entre 2 y 3 comidas al día, mientras que señalan consumir agua natural de manera cotidiana.

En cuanto a vivienda se refiere, la tenencia de la misma es propia, cuyas viviendas están en su mayoría construidas de tabique con loza de cemento y piso firme de cemento rustico, con una distribución estándar promedio de dos habitaciones, cocina y baño, mismas que cuentan en su mayoría con los servicios públicos de agua, luz y drenaje (70% conectadas a drenaje). Cuyos artículos electrodomésticos de mayor frecuencia en las viviendas son la televisión, estufa y licuadora, cable y señalar que solo un 70% de las familias preparan sus alimentos con gas un 30% con leña. El agua potable la obtienen a través de toma domiciliaria en su vivienda.

Respecto a los ingresos en su mayoría oscilan entre los 1,000.00 y 3,000.00 pesos mensuales. Mientras que los egresos suelen oscilar entre 3,000.00 y 6,000.00 pesos mensuales; poniendo de manifiesto que los ingresos son insuficientes para los gastos del hogar, incluyendo ahora los que se generan por el tratamiento de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, de tal manera que solo así es que se comprende que tengan que recurrir a otros familiares o redes sociales en busca de apoyo económico para poder llevar a cabo dicho tratamiento terapéutico.

# **PROPUESTA:**

## **“ASIGNACIÓN DE LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS QUE SEGUIRA EL PACIENTE, A PARTIR DEL PERFIL SOCIOECONÓMICO QUE APORTA EL TRABAJADOR SOCIAL”.**

### **DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:**

El presente proyecto forma parte de una propuesta que se pretende dar a conocer a los directivos de esta institución de salud: Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez” con la finalidad de dar un seguimiento de caso a aquellos pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que sean candidatos a algún tratamiento sustituto de la función renal. Determinando de acuerdo al perfil socioeconómico del paciente, cual es el tratamiento ideal para el paciente, es decir, cuál será la modalidad más viable para llevar a cabo su tratamiento médico de manera efectiva.

La propuesta que se tiene a la institución y al personal médico del Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”, es el de proporcionar una atención integral al paciente con Insuficiencia Renal Crónica que es candidato a recibir tratamiento sustitutivo de la función renal a través de alguna de sus modalidades, tomando en cuenta para ello las posibilidades económicas y familiares para poder llevar a cabo tal procedimiento. Proporcionando esta atención integral por parte de los diversos profesionales de la salud en la cual Trabajo Social es participe de esta atención, analizando los recursos de que dispone el paciente así como las redes de apoyo: primarias y secundarias.

Para esto, es de suma importancia la aportación que el Trabajador Social puede brindar al equipo multidisciplinario, como fundamento para una mejor elección del tratamiento que requiere el paciente en alguna de sus modalidades, de acuerdo al informe detallado que emite el profesional en Trabajo Social, donde señala a través de un diagnóstico social, aquellos elementos que sirvan de soporte a la viabilidad y éxito de un adecuado tratamiento.

Esta aportación del Trabajador Social, deberá hacerse una vez que se es realizada la investigación pertinente al paciente y familia, para recabar la información suficiente y llevar a cabo una visita domiciliaria programada, para posteriormente elaborar un diagnóstico social. Para esto se tiene contemplado realizar entrevistas a pacientes y familiares así como la realización de visitas domiciliarias a los mismos identificando determinados indicadores que nos arroje información acerca de la situación socioeconómica y familiar del paciente y su familia detectando fortalezas y debilidades, recursos y limitantes.

Una vez concluida la investigación y elaborado el diagnóstico, se deberá realizar una reunión con el resto del equipo multidisciplinario de la institución, donde se les dará a conocer aquellos elementos que sirvan de soporte a la adecuada elección de la modalidad de tratamiento para asignarle al paciente, tomando en cuenta la aportación que da así el Trabajador Social. Cabe señalar, que a la par se debe proporcionar al paciente y familia, información sobre la enfermedad y las diferentes modalidades de tratamiento existentes, para esto, se hará uso también de un material de apoyo elaborado en esta propuesta, mismo que se incluye en los anexos, que es un folleto informativo sobre la insuficiencia renal crónica.

Por lo que se propone realizar una atención directa al usuario empleando la metodología básica de Trabajo Social de caso implementando así el *método del Enfoque sistémico*. Analizando los factores condicionantes que se presentan en la cotidianidad del paciente y su entorno familiar y social.

### **JUSTIFICACIÓN:**

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que ha evolucionado considerablemente su aparición en los últimos años tanto a nivel mundial como en nuestro país en la cual el daño de la función renal es irreversible en el paciente que lo padece lo cuál hace necesario que se realice un tratamiento sustitutivo de esta función al paciente cuyo tratamiento ofrece diversas modalidades siendo las más comunes la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, la Hemodiálisis y el trasplante

de riñón siendo este último llevado a cabo en menor proporción debido a la escasez de donadores.

Existe una falta de promoción y difusión de las características, mecanismos de exclusión e inclusión y de ventajas que ofrecen cada una de estas modalidades por lo que se considera que es importante que se de a conocer al paciente cuales son y en base a un análisis de una investigación profunda ,en la que se determine la situación socioeconómica del paciente en conjunto con el resto del equipo de salud como es el médico y la enfermera para determinar cual es la modalidad más adecuada dependiendo el tipo de perfil socioeconómico del mismo.

Por tal motivo es que se pretende realizar esta investigación en la que se diagnostique la factibilidad de que el paciente pueda llevar a cabo un tratamiento adecuado con el que se mejore la calidad de vida del paciente. De tal manera que se hace necesaria la participación de la familia en el apoyo al paciente ya que esta parte es fundamental para la motivación que el paciente tenga por contribuir a mejorar su estado de salud.

Para esto es necesario que se realicen acciones en las que se haga uso de diferentes técnicas y métodos a través de los que se puedan rescatar datos importantes que sirvan como fundamento y base para la creación de un análisis de la situación prevaleciente siendo una técnica auxiliar de suma importancia la visita domiciliaria.

A través de esta técnica podemos rescatar elementos vitales en el ciclo de la familia de la que es integrante el paciente tales como la estructura familiar, la dinámica que se genera al interior de esta, así como los diversos roles y la organización que mantienen además de la comunicación intrafamiliar y las redes sociales de que disponen sin dejar de lado la fuente de ingresos así como su cultura y hábitos que conserva.

Cabe recordar que el ser humano es un ser bio-psico-social, todo un sistema un ser multidimensional que se encuentra inmerso en un conglomerado de subsistemas lo que comúnmente conocemos como esferas sociales o áreas de la vida. Por lo cual

es indispensable satisfacer las necesidades que en cada una de estas áreas se van presentando para lograr el equilibrio psicoemocional y de salud a lo largo del proceso del desarrollo del individuo.

De acuerdo a los datos recabados en la presente investigación, podemos resaltar que la modalidad elegida de acuerdo a la situación socioeconómica y familiar del paciente, es fundamental para el buen estado de salud del paciente, ya que como se pudo observar, si no se toman en cuenta los factores condicionantes en que se encuentra el paciente, puede suceder que no se realice un adecuado tratamiento para el paciente y por el contrario, su salud se vea deteriorada más pronto a falta de los cuidados y precauciones pertinentes que deberían tomarse de manera normal. Ejemplo de lo anterior puede reflejarse en el reingreso por complicaciones, o el abandono a los tratamientos establecidos anteriormente. También a la dificultad que han presentado algunos pacientes, para dar seguimiento a su tratamiento debido a cuestiones económicas o familiares principalmente.

De aquí la importancia de analizar de manera conjunta por parte de un equipo interdisciplinario el entorno social, condiciones socioeconómicas y familiares, redes de apoyo con que cuenta el paciente. Para la correcta elección de una modalidad sustituta de la función renal, que promueva la calidad de vida del paciente y eleve su promedio de vida.

### **OBJETIVOS:**

#### **General:**

Determinar el perfil socioeconómico del paciente, como factor determinante en la asignación que da el equipo de salud respecto al tipo de modalidad de tratamiento de diálisis que más conviene al paciente.

#### **Específicos:**

⇒ Identificar las características socioeconómicas del paciente.



- ⇒ Identificar la estructura familiar, roles y dinámica de la familia.
- ⇒ Proporcionar información al paciente y familia acerca de las diversas modalidades sustitutivas de la función renal como parte del tratamiento.
- ⇒ Involucrar a los diferentes profesionales de la salud que laboran dentro de la institución, para brindar un tratamiento integral al paciente.
- ⇒ Establecer coordinación y canalización con diferentes instituciones que sirvan de apoyo para el tratamiento del paciente.

### **METAS:**

- Elaborar el 100% de los perfiles socioeconómicos de pacientes candidatos a tratamiento sustituto de la función renal, analizando su procedimiento y ventajas de cada uno.
- Realizar visita domiciliaria al 100% de los pacientes candidatos a diálisis en su hogar.
- Elaborar un folleto en el que se plasme información con contenido sobre las modalidades de tratamiento para obsequiarlo a los pacientes. Y tengan los conocimientos necesarios acerca de su tratamiento.
- Coordinación con el equipo de salud dando atención integral al 80% de los pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- Establecer coordinación con organismos sociales que sirvan de apoyo al paciente y su familia.

### **FUNCIONES Y ACTIVIDADES:**

#### **❖ *Investigación:***

- Identificar factores sociales, económicos y culturales del paciente y su familia.
- Detectar necesidades y problemas familiares.
- Establecer perfil socioeconómico y familiar de usuario.

❖ **Administración:**

- Optimización de recursos (materiales y financieros).

❖ **Coordinación:**

- Con instituciones de salud y con instituciones de bienestar social.
- Con equipo de salud (Médico, Enfermeras, etc.)

❖ **Educación:**

- Informar sobre enfermedad y las posibles alternativas de tratamiento.
- Acerca de mejora de hábitos de higiene.

❖ **Asistencia:**

- Canalización de casos a instituciones de apoyo.
- Apoyo a través de coordinación con instituciones funerarias, de ambulancia, de centros de diagnóstico clínico, etc.

❖ **Orientación:**

- Sobre aspectos médico – sociales.
- Sobre aspectos médico – legales.
- Sobre trámites administrativos de la institución.
- Sobre contactación de servicios de apoyo.
- Sobre costos de los diferentes tratamientos.

❖ **Gestión:**

- De recursos humanos materiales y financieros.
- De apoyo por parte de otros profesionales de la salud.

❖ **Sistematización:**

- Sobre formas de intervención de Trabajo Social.
- Conformación de indicadores de perfil de usuario.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FECHA</b>
Presentación del proyecto.	Marzo.
Gestión de recursos económicos para elaboración de directorio de instituciones sociales (redes sociales).	Abril.
Gestión de recursos económicos para elaboración de material didáctico educativo para el paciente y familia.	Abril.
Gestión de recursos económicos para la realización de visitas domiciliarias al paciente y familia.	Durante todo el año.
Visitas domiciliarias a pacientes residentes de la ciudad de Uruapan.	Durante todo el año.
Determinación de perfil socioeconómico y familiar del paciente.	Durante todo el año.
Sesión de equipo multidisciplinario de salud (acerca del paciente y su tratamiento).	Durante todo el año.
Coordinación con servicios de apoyo	Durante todo el año.
Coordinación con instituciones de apoyo.	Durante todo el año

**METODOLOGÍA:**

El mecanismo de intervención será el siguiente: se mantendrá comunicación permanente con el equipo de salud (Médico, Enfermera, Trabajadora Social, Nutriólogo, Psicólogo) sobre el ingreso y estado de salud de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y que una vez que se le realice la valoración por parte del Médico Internista y éste considere necesario establecer un tratamiento sustitutivo

de la función renal se realizara una entrevista previa a los pacientes y familiares en las que se identifiquen datos de interés y se elabore la ficha socioeconómica inicial. Posteriormente se procederá en el caso de los pacientes que residan en la ciudad de Uruapan y sus localidades a realizar la visita domiciliaria en la que se realizara una segunda entrevista en la que se detecten otros indicadores tales como: estructura familiar, dinámica y organización familiar, roles y actividad económica de sus miembros, entorno social y físico en el que se desarrolla el paciente entre otros factores.

Posteriormente con la recopilación recabada a través de las técnicas de la entrevista y la observación, se procederá a elaborar un informe al que denominaremos diagnóstico social. Mismo que servirá como sustento o punto de partida para que se analice junto con el equipo de salud a través de sesiones cuál es la modalidad sustitutiva más adecuada para llevar a cabo en el paciente.

No obstante es importante realizar un monitoreo constante una vez que el paciente se encuentre realizando el procedimiento dialítico para determinar si este se esta realizando adecuadamente. De tal manera que el Trabajador social siga promoviendo entre éste y su familia la mejora y conservación de la salud a través de implementar estilos de vida saludables entre la población.

#### **RECURSOS HUMANOS:**

- ♣ Médico internista.
- ♣ Enfermera
- ♣ Trabajadora Social
- ♣ Psicólogo
- ♣ Nutriólogo

#### **RECURSOS MATERIALES:**

- Hojas Blancas
- Computadora
- Impresora

- Transporte
- Teléfono

### **RECURSOS FINANCIEROS:**

Estos recursos que se generen serán gestionados ante las autoridades correspondientes de la institución: dirección y administración. Cabe señalar que el ingreso de este tipo de pacientes es de manera esporádica, por lo cual es impredecible saber el número de pacientes que ingresaran por este padecimiento por lo cual no se pueden determinar ni tiempos ni fechas por el momento. El proyecto se pretende se realice permanentemente.

### **PRESUPUESTO DEL PROYECTO:**

Como se menciona anteriormente es difícil pronosticar a cuanto asciende el costo financiero de este proyecto, ya que esto dependerá en gran medida del número de pacientes que se aborden para tal seguimiento así como del lugar donde residen, por lo tanto no se puede precisar a ciencia cierta a cuanto asciende económicamente este proyecto.

### **INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO:**

- ❑ Número de pacientes en tratamiento.
- ❑ Número de pacientes que reingresen a hospital por complicaciones.
- ❑ Participación del familiar de apoyo en el tratamiento.
- ❑ Responsabilidad y autocuidado del paciente.
- ❑ Seguimiento del equipo multidisciplinario que da atención.
- ❑ Instituciones que sirvan de apoyo como red social al paciente.

### **CARTA DESCRIPTIVA:**

Por ser seguimiento de caso no se realiza carta descriptiva a diferencia de los talleres o formación de grupos.

<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE:</b></p> <p style="text-align: center;"><i>PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>INDICADORES</b></p>
<p><b>DEFINICIÓN TEÓRICA:</b></p> <p><b>Perfil:</b> conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo.</p> <p><b>Social:</b> involucra todo lo referente a la vida en sociedad. Término que sirve para distinguir cierta faceta de la realidad social.</p> <p><b>Económico:</b> relativo a la economía. Contención o adecuada distribución de recursos materiales.</p> <p><b>Paciente:</b> persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se haya bajo atención médica.</p> <p><b>Diálisis:</b> Tratamiento que sustituye la función de los riñones, para limpiar la sangre y eliminar el exceso de agua.</p> <p><b>Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria:</b> Es el procedimiento dialítico, que se efectúa en el domicilio del paciente con los menores costos y resultados clínicos, metabólicos y de rehabilitación satisfactorios. Se requieren 4 cambios en un día mínimo cada 6 horas, el tiempo que toma realizar cada uno de ellos es aproximadamente de 20 a 30 minutos.</p> <p><b>DEFINICIÓN OPERACIONAL:</b></p> <p><b>Perfil:</b> características propias de un individuo.</p> <p><b>Social:</b> todo lo referente a los aspectos sociales dentro del círculo social inmerso.</p> <p><b>Económico:</b> manera en que se maneja la economía familiar.</p> <p><b>Paciente:</b> persona que padece y se encuentra bajo tratamiento médico.</p> <p><b>Diálisis:</b> sustitución de la función renal a través de un tratamiento.</p> <p><b>Diálisis peritoneal continua ambulatoria:</b> tratamiento sustituto de la función renal que se hace en el domicilio del paciente, realizándolo bajo ciertos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Características de identificación.</li>   <li>➤ Hábitos en la familia.</li>   <li>➤ Situación laboral y económica.</li>   <li>➤ Problemas de salud.</li> </ul>

(Anexo 2).

Fecha: \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES Y/O FAMILIARES DE USUARIOS EN TRATAMIENTO DE DPCA (DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA) , EN EL HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN "DR. PEDRO DANIEL MARTINEZ" , DURANTE DEL PERÍODO DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2006.

**Objetivo:** *Identificar las características socioeconómicas del paciente de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.*

**Instrucciones:** Conteste de manera clara lo que se le pregunta a continuación.

**I. Datos Generales del paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

a)FEM

b)MASC

3. Estado civil:

a) casado  
viudo

b) soltero

c) unión libre d)separado

e) divorciado f)

4. Escolaridad:

a) Analfabeta

b) Alfabeto (sabe leer y escribir)

c) Primaria completa

d) Primaria incompleta

e) Secundaria completa

f) Secundaria incompleta

g) Preparatoria o Bachillerato completa

h) Preparatoria o Bachillerato incompleta

i) Carrera técnica completa

j) Carrera técnica incompleta

k) Carrera profesional. Carrera técnica.

5. Lugar de origen: \_\_\_\_\_

6. Tiempo de residencia en el lugar que vive:

a) menos de un año de 10 años      b) 1 a 5 años      c) 5 a 10 años      d) más

7. ¿A qué religión pertenece?:

a) Católica    b) Testigo de Jehová      c) Cristiana    d) Evangelista  
d) Otra: \_\_\_\_\_

**II. Estructura familiar:**

8. ¿Cuántas personas integran su familia?: \_\_\_\_\_

Nombre	Sexo	Edad	Parentesco	Estado civil	Escolaridad	Ocupación

9. ¿Cuál es el rol del paciente dentro de la familia?:

a) Esposo o esposa    b) Padre o madre    c) Hija (o)    d)

Otro: \_\_\_\_\_

10. ¿El paciente labora actualmente?:

a) SI                  b) NO

*Si su respuesta fue **no** conteste la siguiente pregunta:*

10b. ¿Cuánto tiempo tiene sin trabajar?:

a) menos de 1 año    b) 1 año      c) menos de 3 años    d) menos de 5 años  
e) más de 5 años

11. ¿Esta pensionado o jubilado?

a) SI                  b) NO

*si su respuesta fue **si** conteste la siguiente pregunta:*

11.a ¿Por parte de quién?:

a) IMSS              b) ISSSTE



12. ¿A dónde acude a recibir atención?:

a) Seguro Popular(SSA)      b) Centro de salud      c) Hospital General de Uruapan

d) Particular    e) Otro: \_\_\_\_\_

13. ¿Quiénes contribuyen para el gasto del hogar? :

a) Esposo(a)      b) Padres      c) Hijos      d) Hermanos      e) Otro: \_\_\_\_\_

### III. Antecedentes patológicos y estado de salud:

a) SI      b) NO

14.a.

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

15. ¿Usted padece alguna otra enfermedad crónica aparte de la Insuficiencia Renal Crónica ?

a) SI      b) NO

16. Mencione cuál de estas:

- a) Diabetes.
- b) Hipertensión.
- c) Hipotensión.
- d) Insuficiencia cardíaca.
- e) Litiasis (cálculos renales)
- f) Insuficiencia hepática.
- g) Otra: \_\_\_\_\_

17. ¿Desde hace cuanto tiempo diagnóstico el Médico la insuficiencia renal?:

a) menos de un año    b) 1 a 5 años      c) 5 a 10 años      d) más de 10 años

18. ¿Cada cuando acude a revisión médica? : \_\_\_\_\_

19. ¿Qué médico especialista lo atiende?

a) Médico internista    b) Médico general    c) Otro: \_\_\_\_\_

20. ¿Hace cuanto tiempo esta recibiendo el tratamiento de diálisis?:

a) menos de 6 meses      b) de 6 meses a 2 años      c) de 2 años a 5 años  
d) más de 5 años

21. ¿Recibió inducción para la realización de su diálisis?

a) SI      b) NO

22. ¿Quién la recibió?

a) esposa (o)      b) hijo(a)      c) madre o padre      d) otro: \_\_\_\_\_

23. ¿ Quién lo capacito?

a) Médico                      b) Enfermera                      c) Otro: \_\_\_\_\_

24. ¿Ha tenido reingresos por complicaciones en su tratamiento con diálisis?

a) SI                      b) NO

25. ¿Cuántas veces?

a) Una vez      b) Dos veces                      c) Tres veces                      d) más de cuatro veces

26. ¿Cuáles?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27. ¿Alguien más en su familia ha sido dializado o esta siendo dializado?

a) SI                      b) NO

27.a. ¿Qué parentesco tiene con usted?: \_\_\_\_\_

28. ¿Quién le apoya económicamente para recibir su tratamiento?:

a) Esposo(a)                      b) Padres                      c) Hijos                      d) Hermanos                      e) Otro

29. ¿Quién le apoya en el procedimiento dialítico?:

a) Esposo(a)                      b) Padres                      c) Hijos                      d) Hermanos                      e) Otro

30. ¿Cuenta con un espacio especial para realizar su diálisis?

a) SI                      b) NO

30.a. ¿Cuál de estos?:

a) cuarto especial      b) recamara      c) sala                      d) baño                      e) otro: \_\_\_\_\_

31. ¿Sabe cuál es el equipo necesario para realizar diálisis en su casa?

a) SI                      b) NO

32. ¿Con cuál del siguiente material y equipo cuenta usted para realizar su diálisis?

Material que se requiere en el proceso de diálisis:

( ) Agua potable                      ( ) Agua embotellada                      ( ) Cloro

( ) Luz                      ( ) Jabón líquido                      ( ) Soluciones

dializantes

( ) Cubrebocas                      ( ) Frasco graduado                      ( ) Báscula

( ) Gasas                      ( ) Jeringa                      ( ) Guantes

( ) Bata                      ( ) Libreta y lápiz

Equipo e instalaciones de apoyo para el procedimiento dialítico:

( ) Horno de microondas      ( ) Caja con foco                      ( ) Habitación individual

( ) Baño con drenaje                      ( ) Baño de pozo                      ( ) Lavabo

( ) Palangana o tina                      ( ) Portasueros o tripie                      ( ) Mesa

( ) Otros: \_\_\_\_\_

33. ¿Tiene utensilios de limpieza especial para el área donde realiza su diálisis?  
 a) SI                      b) NO
34. ¿Utiliza toallas y bata especial para realizar la diálisis?  
 a) SI                      b) NO
35. ¿Cada cuando lava la bata y toallas que utiliza en su diálisis?  
 a) Todos los días      b) cada tercer día      c) una vez por semana  
 d) otro: \_\_\_\_\_

**IV. Condiciones de la vivienda:**

36. ¿La tenencia de la vivienda es?:  
 a) Propia                      b) rentada      c) prestada ¿por quién?: \_\_\_\_\_  
 d) compartida
37. ¿Su vivienda es tipo?:  
 a) Casa                      b) Cuarto improvisado      c) Vecindad      d)  
 Choza o jacal  
 e) Departamento      f) Duplex
38. ¿Material de que están construidas las paredes de la vivienda?:  
 a) Tabique                      b) Madera                      c) Adobe  
 d) Cartón                      d) Mixto (dos o más materiales)
39. ¿El techo de su vivienda es de?  
 a) Loza de cemento                      b) Lámina de asbesto  
 c) Lámina galvanizada                      d) Lámina de cartón
40. ¿El piso de su vivienda es de?  
 a) Cemento                      b) Tierra  
 c) Madera                      d) Mosaico o vitropiso

**V. Distribución de la casa:**

41. ¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda?: \_\_\_\_\_
42. ¿Su casa cuenta con?  
 ( ) Habitaciones o dormitorios      ( ) Sala  
 ( ) Comedor                      ( ) Cocina  
 ( ) Baño                      ( ) Cochera  
 ( ) Patio de servicio                      ( ) Jardín  
 ( ) Cuarto de lavado                      ( ) Otro: \_\_\_\_\_

**VI. Servicios con los que cuenta:**

43. ¿Su baño es?

- a) Conectado a drenaje                      b) Fosa séptica  
 c) Letrina                                      d) A la interperie
44. ¿Cocina usted con?  
 a) Gas                      b) Leña                      c) Estufa eléctrica
45. ¿Señale con cuales de los siguientes servicios públicos cuenta?  
 ( ) Luz eléctrica                      ( ) Agua potable  
 ( ) Drenaje                              ( ) Teléfono  
 ( ) Tv cable                              ( ) Internet  
 ( ) Pavimento                              ( ) Otro: \_\_\_\_\_
46. ¿Con cuáles de estos artículos cuenta?  
 ( ) Televisión                      ( ) Radio o modular                      ( ) DVD o videocassetera  
 ( ) Estufa                              ( ) Licuadora                              ( ) Refrigerador  
 ( ) Microondas                      ( ) Lavadora                              ( ) Plancha  
 ( ) Teléfono                              ( ) Aspiradora                              ( ) Computadora  
 ( ) Calentador de agua                      ( ) Automóvil                              ( ) Otro: \_\_\_\_\_
47. ¿El agua que obtiene en su domicilio es?  
 a) Agua entubada dentro de la vivienda  
 b) Agua entubada en llave pública  
 c) Agua comprada a la pipa  
 d) Agua de río o arroyo

**VII. Ingresos y egresos mensuales:**

48. Personas que aportan económicamente al ingreso familiar:

Parentesco	Ocupación	Sueldo mensual.

49. Otros ingresos:

Pensiones: \$ \_\_\_\_\_ Rentas: \$ \_\_\_\_\_  
 Otros: \$ \_\_\_\_\_

<b>Total de ingresos mensuales:</b>	<b>\$</b>
-------------------------------------	-----------

50. Egresos mensuales de la familia:

Alimentación	\$	Luz eléctrica	\$
Agua	\$	Teléfono	\$
Agua embotellada	\$	Gas	\$
Transporte	\$	Gasolina	\$
Telecable	\$	Renta de casa	\$
Educación	\$	Pago de casa	\$
Ropa	\$	Diversión	\$
Medicamentos	\$	Material de diálisis	\$
Otros gastos	\$	Gastos de Hospital	\$

<b>Total de egresos mensuales:</b>	<b>\$</b>
------------------------------------	-----------

### VIII. Hábitos alimenticios:

51. Señale en orden de importancia (de manera progresiva: 1..2...3...etc) los alimentos que consume con más frecuencia:

( ) Carne                      ( ) Verdura                      ( ) Granos

52. ¿Cuáles de estos alimentos incluye en su alimentación diaria?

( ) Carnes rojas              ( ) Pescado              ( ) Verduras

( ) Huevo                      ( ) Granos                      ( ) Leche

( ) Queso                      ( ) Pan                      ( ) Tortillas

53. ¿Cuántas comidas realiza al día?

a) dos veces al día              b) Tres veces al día      c) Cuatro veces al día

54. ¿Qué tipo de bebidas acostumbra tomar?:

a) Agua natural              b) Refresco              d) Agua y refresco

e) Cerveza

f) Agua de fruta

55. ¿Con que frecuencia?:

a) 1 vez al día              b) 2 veces al día              c) 3 veces al día              d) más

de 4 veces

### IX. Hábitos de higiene personal:

56. ¿Acostumbra bañarse cada?

- a) Todos los días                      b) Cada tercer día                      c)

Otro: \_\_\_\_\_

57. ¿El aseo de su boca y dientes es?

- a) Una vez al día      b) Dos veces al día      c) Tres veces al día                      e)

Otro: \_\_\_\_\_

58. ¿Cuántas veces al año acude con su dentista?

- a) no lo acostumbra                      b) 1 vez al año                      c) dos veces al año  
d) mas de 3 veces al año

59. ¿Su cambio de ropa es?

- a) Diario                                      b) Cada vez que me baño                      c)

Otro: \_\_\_\_\_

60. ¿Acostumbra lavarse las manos antes de comer?

- a) SI                      b) NO

61. ¿Acostumbra lavarse las manos antes y después de ir al baño?

- a) SI                      b) NO

### X. Hábitos de higiene en casa:

62. ¿Con que frecuencia acostumbra lavar el baño?

- a) cada tercer día      b) una vez a la semana      c) una vez al mes.

63. ¿Cuál de estos productos utiliza para lavar el baño?

- a) Jabón o detergente                      b) Cloro                      c) Pinol      d) Los tres productos.

64. ¿Acostumbra lavar las paredes de su vivienda?

- a) SI                      b) NO

65. ¿Acostumbra lavar o trapear el piso de su vivienda?

- a) SI                      b) NO

65. a. ¿Cada cuándo?:

- a) diario      b) cada tercer día      c) cada semana                      d)

Otro: \_\_\_\_\_

66. ¿Con que frecuencia hace limpieza en su cocina?:

- a) diario      b) cada tercer día      d) cada semana                      d)

Otro: \_\_\_\_\_

### XI. Otros:

67. ¿Tiene mascotas en casa?

- a) SI                      b) NO
68. ¿Qué tipo de animal es?
- a) Perro                      b) Gato                      c) Pájaros                      d)
- Otro: \_\_\_\_\_
69. ¿Existe en su casa fauna nociva como?
- a) ratones                      b) moscas                      c) cucarachas                      d) Pulgas
- e) otro: \_\_\_\_\_
70. ¿Tiene plantas en su casa?
- a) SI                      b) NO
- 70.a. ¿En donde?
- a) En el patio
- b) Dentro de la vivienda
- c) En las habitaciones
- d) En la azotea

***¡Gracias por su participación!***

(Anexo 3).

**RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN BÁSICA PRELIMINAR  
A PACIENTE CANDIDATO A DIÁLISIS.**

FECHA: \_\_\_\_\_ N° REGISTRO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ZONA: a) Rural b) Sub-urbana c) Urbana

1. ESTADO CIVIL:

a) Casado b) Soltero c) Unión libre d) Viudo e) Divorciado

2. TIPO DE FAMILIA:

a) Nuclear b) Extensa c) Monoparental

3. NÚMERO DE INTEGRANTES:

a) 1-3 b) 1-5 c) 1-8 d) más de 8 personas

4. RESIDE EN VIVIENDA:

a) Propia b) Prestada c) Rentada





**RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA  
Y SISTÉMICA DE LA FAMILIA**  
VISITA DOMICILIARIA.

**I. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN  
SOCIOECONÓMICA:**

FECHA: \_\_\_\_\_ N° REGISTRO: \_\_\_\_\_

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

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: a) FEM b) MASC

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

1. ESTADO CIVIL:  
a) Casado b) Soltero c) Unión libre d) Viudo e) Divorciado

2. TIPO DE FAMILIA:  
a) Nuclear b) Extensa c) Monoparental

3. ESCOLARIDAD:  
a) Analfabeta b) Alfabeta c) Prim. Completa d) Prim. Incompleta  
e) Sec. Comp. f) Sec. Incomp. g) Bachillerato com. h) Bachillerato incom.  
i) Carrera técnica j) Carrera Profesional o Licenciatura.

4. LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

5. TRABAJO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ HACE CUANTO TRABAJO: \_\_\_\_\_

6. INGRESOS Y EGRESOS:

INGRESOS:

ROL	OCUPACIÓN	SUELDO MENSUAL	APORTA AL INGRESO FAM.
		TOTAL:	

EGRESOS:

Alimentación	\$	Pago de casa	\$
Luz eléctrica	\$	Gasolina	\$
Agua potable	\$	Transporte público	\$
Gas	\$	Diversión.	\$
Teléfono	\$	Material de diálisis	\$
Telecable	\$	Gastos de hospital	\$
Educación	\$	Gastos de consulta med.	\$
Ropa	\$	Otros gastos	\$

Medicamentos	\$		\$
Renta	\$	TOTAL:	\$

HÁBITOS ALIMENTICIOS:

---



---



---

HÁBITOS DE HIGIENE:

---



---



---

VIVIENDA E INFRAESTRUCTURA:

---



---



---



---

NIVEL EDUCATIVO FAMILIAR:

---



---



---

## II. LA FAMILIA COMO SISTEMA:

### A. ESTRUCTURA FAMILIAR.

NÚMERO DE INTEGRANTES:

a) 1-3

b) 1-5

c) 1-8

d) más de 8 personas

NOMBRE	SEXO	EDAD	ROL	EDO.CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

SUBSISTEMAS DENTRO DE LA FAMILIA:

---



---



---

COHESIÓN FAMILIAR:

---



---

Reglas o normas: \_\_\_\_\_

Tipo de autoridad: \_\_\_\_\_

Clima emocional: \_\_\_\_\_

**AMBIENTE FAMILIAR:**

Situación de vida actual: \_\_\_\_\_

Estatus Socioeconómico: \_\_\_\_\_

Proveedor del hogar: \_\_\_\_\_

Relación de la familia con las personas de su comunidad y vecindario: \_\_\_\_\_

Relación con Redes u organizaciones sociales: \_\_\_\_\_

Recursos de la Familia: \_\_\_\_\_

Recursos de la Comunidad: \_\_\_\_\_

**B. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:**

Patrones de comunicación: \_\_\_\_\_

Patrones de toma de decisiones: \_\_\_\_\_

Rol de Ejecución:

División del trabajo y quehaceres: \_\_\_\_\_

---

Tareas de padres e hijos:\_\_\_\_\_

---

Apoyo para el miembro del sistema (paciente):\_\_\_\_\_

---

---

Costumbres de la Familia:\_\_\_\_\_

---

---

**DESARROLLO DE LA HISTORIA FAMILIAR:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**III. ASUNTOS, NECESIDADES Y PROBLEMAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**IV. FUERZAS Y LIMITACIONES PARA SATISFACER LAS NECESIDADES:**

NECESIDAD	FUERZAS	LIMITACIONES

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---



## ¿Qué es la Insuficiencia Renal Crónica?

(Anexo 6)

Es la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, esto se debe a que los riñones ya no pueden filtrar y eliminar los productos de desecho de la sangre afectándose todo el organismo.

### ¿Quiénes pueden presentar la Insuficiencia Renal?

Todas las personas que tengan alguna enfermedad renal entre las más frecuentes son la hipertensión arterial, las enfermedades del aparato excretor (pielonefritis crónicas, litiasis (cálculos renales), malformaciones), las glomerulopatías, algunas enfermedades hereditarias y la digestión de medicamentos tóxicos para los riñones, sobre todo ciertos medicamentos para el tratamiento del dolor.

### ¿Una vez que se me diagnóstica la Insuficiencia Renal Crónica que debo hacer?

**No dejar de recibir la atención médica, donde el Médico le indicara el tratamiento a seguir según sea más conveniente para usted, además contara con el apoyo de personal de salud como la Enfermera quien le enseñara a realizar su diálisis, Psicólogo que apoyara a usted y su familia a aceptar y entender su situación, al Nutriologo que le enseñara a cambiar sus hábitos de alimentación actual por unos más saludables, así como a la Trabajadora Social quien le orientara acerca de instituciones de apoyo que estén a su alcance.**

### ¿Qué es la diálisis?

**La diálisis, es el tratamiento (método de depuración extrarrenal de la sangre) que sustituye la función de los riñones, para limpiar la sangre y eliminar el exceso de agua.**

### ¿Cuántos tipos de diálisis existen?

**Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria:** Es el procedimiento en el que se realiza una cirugía menor, en la que se coloca un catéter en el abdomen, por la que se introduce un líquido de diálisis estéril que bañará la membrana peritoneal, ahí permanece de 4 a 6 horas para que extraiga los desechos y líquidos excedentes, luego se drena y se vuelve a reemplazar. Este proceso de eliminación y reposición de líquidos se llama cambio. Se realiza todos los días del año este procedimiento, el tiempo que toma realizar cada uno de ellos que es aproximadamente de 20 a 30 minutos.

**Diálisis Peritoneal Continua Intermittente:** Es un procedimiento que se realiza con el paciente hospitalizado, a intervalos de 7 a 14 días para efectuar de 24 a 30 baños – recambios de soluciones por sesión.

**Hemodiálisis:** Es externa porque se realiza fuera del cuerpo, para ello se utiliza una máquina que extrae o saca la sangre del cuerpo, la pasa por un filtro especial llamado dializador y con la ayuda de soluciones dializantes elimina de la sangre los desechos y los líquidos excedentes para que regrese limpia al cuerpo. Generalmente son necesarias 3 sesiones por semana y cada una dura de 3 ½ a 4 hr. Realizándose en el Hospital.



Lo importante es que sepas que tienes mucha gente que te ama y que te apoya, para las cuales eres muy importante y desean que tu estado de salud mejore, para esto, es importante que antes que nada aceptes tu enfermedad y colabores con las indicaciones que tu Médico te dará, siguiendo al pie de la letra estás.

Además, debes saber que en esta institución cuentas con un equipo profesional multidisciplinario como son: Médico, Enfermera, Psicólogo, Nutriólogo, Trabajadora Social, que están dispuestos a apoyarte brindándote la orientación y atención pertinente a tus necesidades.



Acércate a ellos con confianza cuando lo necesites, estamos para servirte, recuerda que lo fundamental es tu bienestar personal y familiar no lo olvides.

*“Tal vez en el dinero encuentres un poco de felicidad, en las amistades encuentres alegrías, en las medicinas la cura para tu enfermedad, pero el amor solo lo encontraras en tu familia”.*



HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN  
“DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ”.



### **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

Es importante que el paciente con Insuficiencia Renal conozca esta información básica acerca de su enfermedad.



# BIBLIOGRAFÍA.

## Libros:

ANDER Egg Ezequiel. “Diccionario de Trabajo Social”. Editorial Ecro. P.H. Buenos Aires Argentina.1974.

ANDER Egg Ezequiel. “Diccionario de Trabajo Social”. Editorial Lumen Buenos Aires Argentina.1995.

BAENA Paz Guillermina. “Estructura Socioeconómica de México”. Publicaciones Cultural. 5ta. Reimpresión. México. 2005.

BARG Liliana. “La Intervención con Familia: Una Perspectiva desde el Trabajo Social”. Editorial Espacio. Argentina. 2000.

BELLICHA George y BELLICHA Pierre. “Gran Libro de la Medicina Familiar Bordas”. Editorial Grijalbo. Barcelona España. 1989.

CHADI Mónica. “Redes Sociales en el Trabajo Social”. Editorial Espacio 1ª impresión. Buenos Aires, Argentina. 2000.

DAVISON Evelyn. “Trabajo Social de Casos”. CECSA. Editorial Continental S.A. de C.V. México . 1982.

DOS SANTOS Theotonio. “Concepto de Clases”. Ediciones Quinto Sol S.A. México D.F.

EROLES Carlos. “Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional”. Editorial Espacio. Buenos Aires Argentina. 2001.

ESCALANTE Forton Rosendo MIÑANO García Max. “Investigación Organización y Desarrollo de la Comunidad”. Ediciones Oasis S. A. México.

EVANGELISTA Ramírez Eli. “Historia del Trabajo Social en México”. Editores Plaza y Valdez. Escuela Nacional de Trabajo Social – UNAM. México. 2001.

GERTH Hans WRIGHT Mills Charles. “Carácter y Estructura Social. La Psicología de las Instituciones Sociales”. Ediciones Paidós. España. 1984.

GOMEZ Jara Francisco. “Salud Comunitaria Teoría y Técnicas”. Ediciones Nueva Sociología. México . 1983.

KISNERMAN Natalio. “Salud Pública y Trabajo Social”. Editorial Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1983.

LAURIN – Frenette Nicole. “Las Teorías Funcionalistas de las Clases Sociales. Sociología e ideología burguesa”. Siglo Veintiuno de España Editores. México D. F. 1989.

LEÑERO Luis. “La Familia”. Editorial Edicol. S.A. México. 1976.

LUNA Aguilar José Luis. “III Encuentro Nacional de Trabajo Social en el área de la salud”. Escuela Nacional de Trabajo Social – UNAM. México . 1997.

PÉREZ Joseph. “Terapia Familiar en el Trabajo Social”. Editorial Pax. México. 1984.

SÁNCHEZ Rosado Manuel. “Elementos de Salud Pública”. Editorial Méndez. México. 1994.

SÁNCHEZ Rosado Manuel. “Manual de Trabajo social”. Escuela Nacional de Trabajo Social – UNAM. México. 2ª edición. 2004.

SILVESTRE Méndez José. “Problemas Económicos de México”. Editorial Mc. Graw Hill. 5ta. Edición. México. 2004.

TORRES Díaz Jorge. “Historia del Trabajo Social”. Editorial Humanitas Buenos Aires Argentina. 1987.

TOWLE Charlotte. “El Trabajo Social y las Necesidades Humanas Básicas”. Editorial la Prensa Médica Mexicana. México S.A. 1981.

VALERO Chávez Aída. “El Trabajo Social en México. Desarrollo y Perspectivas”. Escuela Nacional de Trabajo Social – UNAM. México. 1994.

VALERO Chávez Aída. “Desarrollo Histórico del Trabajo Social”. SUA, ENTS, UNAM. México 2008.

### **Compilaciones y antologías:**

HERNÁNDEZ Martínez María Guadalupe. “Antología de Trabajo Social de Casos”. 2005.

IÑIGO Aguilar José CAMPOS y Covarrubias Guillermo INZUA Canales Víctor. “Compilación: Antología Familia y Vida Cotidiana”. UNAM. México. 2006.

LÓPEZ Tapia Bruna. “Compilación: Antología Antecedentes Modelos y Sistematización”. UNAM. México. 1990.

TERÁN Trillo Margarita. “Compilación: Trabajo Social en el área de Salud”. Editorial UNAM. Escuela Nacional de Trabajo Social. México. 1996.

ZAVALA Cortes Martha Violeta. “Compilación: Antología de Familia y Vida Cotidiana”. 2005.

### **Manuales:**

“Manual de Organización”. Editorial de la Secretaría de Salud. México. 1999.

“Manual de Organización y Procedimientos”. Hospital General de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez. 1995.

“Manual del paciente en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria”. Laboratorios Pisa. S. A. De C. V. 1995.

“Manual del paciente en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria”. BAXTER. 2002.

“Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria”. Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”. 1997.

“Programa de Diálisis Peritoneal”. Hospital General Regional No. 1 del IMSS. Departamento de medicina interna y servicio de Nefrología. 1999.

### **Artículos de Revistas:**

“Autocuidado en el Paciente con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria”. Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Vol 10 No. 6. México. 2002.

“Factores Condicionantes Básicos y Déficit de Autocuidado de los Pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria”. Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Vol 13 No. México. 2005.

“Influencia del apoyo educativo en la capacidad de autocuidado de pacientes con diálisis peritoneal”. Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 11 No. 6. México. 2003.

“Nivel de Desarrollo de la Agencia de Autocuidado del paciente con diálisis peritoneal”. Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 12 No. 6. México. 2004.

“Proceso Enfermero a paciente con Insuficiencia Renal”. Revista Desarrollo Científico de Enfermería. Vol 12 No. 7. México. 2004.

TERAN Trillo Margarita. “Perfil profesional del Trabajador Social en el área de Salud”. Revista de Trabajo Social N° 37. ENTS. UNAM. México. 1982

### **Diccionarios:**

DICCIONARIO DIMAS. 2002.

DICCIONARIO Encarta. 2004.

### **Páginas Web:**

<http://www.conasami.gob.mx>

[http:// www.dialisisperitoneal.com](http://www.dialisisperitoneal.com)

<http:// www.issste.gob.mx>

<http:// www.mundohogar.com/ideas/reportaje.asp>

<http:// www.salud.gob.mx>

<http:// www.ts.ucr.ac.cr/decla-006.htm>

<http:// www.viatusalud.com/documento>

<http://es.wikipedia.org>

<http://www.selecciones.com>