

1999

Incidencia del factor laboral en la dinámica familiar del paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica

García, Claudia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/655>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL
CARRERA: LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

**Incidencia del factor laboral en la dinámica familiar del
paciente con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica.**

PROFESORA GUÍA: LIC. SÍCOLI, MIRIAM

ALUMNAS: GARCÍA, CLAUDIA

ROLDÁN, LIDIA

FECHA: AGOSTO DE 1999.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1456	
Vol	Ejemplar: 1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

ÍNDICE

	Pág.
-ÍNDICE	1
-INTRODUCCIÓN	3
-FUNDAMENTACIÓN	6
-DEFINICIÓN DE CONCEPTOS MÉDICOS	8
-ABREVIATURAS	13
-MARCO TEÓRICO	
-CAPITULO I <u>ANTECEDENTES GENERALES DEL SECTOR SALUD</u>	
1.1 Marco Socio-político de América Latina y Argentina	14
1.2 Salud y Enfermedad	17
1.3 Servicio Social y Salud	19
1.4 Enfermedades Crónicas y Terminales	21
-CAPITULO II <u>INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: CONSIDERACIONES MÉDICAS</u>	
2.1 Estructura y Función de los riñones	23
2.2 Insuficiencia Renal	24
2.2.1 Insuficiencia Renal Aguda	24
2.2.2 Insuficiencia Renal Crónica	26
2.3 Consecuencias	32

CAPITULO III PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS

3.1 Abordaje del Trabajo Social	34
3.2 Aspectos Psicológicos y Sociales	37
3.2.1 Consideraciones Genrales	37
3.2.2 Proceso de adaptación de Enfermedad-Tratamiento	38
3.2.3 Problemas Sociales y Psicológicos	41
3.3 El paciente y su grupo familiar	43
3.3.1 Consideraciones generales	43
3.3.2 La familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica	45
3.4 Encuadre Socio-económico	48
3.5 Cobertura Previsional	49
-CITAS BIBLIOGRAFICAS	53
-METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	54
-CONCLUSIONES	103
-PROPUESTA DE TRABAJO	111
-ANEXOS	

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

La presente tesis se orienta hacia el conocimiento y comprensión de la incidencia del factor laboral en la dinámica familiar de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que se dializan en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Allende”.

El accionar del Trabajador Social debe estar orientado a un abordaje familiar realizado mediante una metodología de intervención planificada, prolongada en el tiempo, en forma dialógica y participativa, conducente a producir cambios en la dinámica familiar y a plantear alternativas útiles ante nuevas dificultades.

Por ello el aporte que se espera brindar es el rescate de una modalidad de abordaje de la atención de la problemática social de los pacientes desde un encuadre global y superador de la resistencia fragmentada. Tendiente a mejorar la calidad de vida de los pacientes, a ampliar las oportunidades y la participación social.

Para el logro del objetivo mencionado se analizan los factores que intervienen en la situación actual del paciente, desde su percepción y desde la perspectiva de los profesionales integrantes del Servicio de Nefrología del Hospital Interzonal General de Agudos y el Hospital Privado de Comunidad.

Tomando en cuenta lo mencionado se formula la siguiente hipótesis y los siguientes objetivos:

HIPÓTESIS

La Insuficiencia Renal Crónica al disminuir la capacidad laboral del paciente produce cambios en la dinámica familiar.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de la disminución de la capacidad laboral en los pacientes con diagnóstico Insuficiencia Renal Crónica en la dinámica familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los factores intervinientes positivos y negativos que influyen en dicha situación.
- Realizar un diagnóstico de situación desde el Servicio Social.
- Elaborar desde el Trabajo Social un Plan de Trabajo que de respuesta al diagnóstico de situación surgido de la realización del trabajo de campo.

Se comenzará con el desarrollo de un marco teórico de referencia que sirva de sustento y guíe el proceso de investigación. Dicho marco teórico constará de: Antecedentes generales del Sector Salud, Consideraciones Médicas de la Insuficiencia Renal Crónica y la Problemática Social de los pacientes en diálisis.

Posteriormente se exponen las consideraciones metodológicas y el análisis de los datos de la investigación realizada.

Finalizando el presente trabajo, se elaboran las conclusiones, relacionando los conocimientos y conceptos teóricos con los datos recabados en la investigación efectuada.

A partir de lo mencionado se genera una propuesta de intervención del Trabajo Social.

Las autoras del presente trabajo agradecen a los pacientes en tratamiento de diálisis del Hospital Interzonal General de Agudos y al personal del Hospital Privado de Comunidad la colaboración y el tiempo brindado. También se agradece a

otros profesionales que han trabajado y actualmente trabajan en el área de Salud que han contribuido en la presente tesis.

FUNDAMENTACIÓN

Por consecuencia de los cambios producidos en la estructura socio-política e institucional de las sociedades latinoamericanas, acontece un cambio en el enfoque de la salud, centrando al mismo como un núcleo del desarrollo de los países. Por ello la importancia creciente del área de salud y educación como pilares e indicadores básicos y fundamentales del desarrollo sustentable.

El Estado de Bienestar opera en el campo de la inversión y en el terreno de una redistribución secundaria, que pretende permitir el acceso de amplios sectores de la población al consumo de bienes y servicios. El nuevo modelo neoliberal facilita el desmoronamiento del Estado de Bienestar, siendo el nuevo rol fundamental del estado el Fiscal y relacionado a la promoción de los equilibrios macroeconómicos de la economía.

Dentro de dicho contexto es fundamental la formulación y la aplicación de las políticas sociales, que en la actualidad se manifiestan en la descentralización y focalización de los grupos más vulnerables de la población. De esta forma se recargan los Servicios Sociales de las Instituciones Públicas disminuyendo la calidad de la prestación en los servicios.

Si bien estos servicios sociales se encuentran recargados en su capacidad de prestación, actualmente, junto al trabajo interdisciplinario se va configurando una mayor necesidad de especialización desde la investigación médica.

La Insuficiencia Renal Crónica, como tema a tratar en la presente investigación, al igual que las enfermedades crónicas y terminales, en los últimos años están cobrando importancia, ya sea desde el tratamiento médico como por

parte de la población a partir de su reconocimiento, aceptación y creación de estrategias para enfrentarlas.

Aunque esta situación sea visible, todavía desde muchas ciencias no se aborda este tratamiento con el compromiso que genera el trabajar con personas y sus familias.

Esto se visualiza en la escasa bibliografía, artículos, notas que existen como material de estudio y consulta. Especialmente desde los aspectos sociológicos, psicológicos y sociales y el trabajo social se encuentra dentro de estas ciencias.

Por esto interesa a las autoras del presente trabajo profundizar en el conocimiento de los aspectos sociales del paciente con IRC y la influencia decisiva que posee esta situación sobre la familia. Dentro de ella las modificaciones establecidas en su interior y en el contexto situacional que rodea al paciente.

Es importante considerar la problemática laboral, no solo desde el punto de vista económico, sino en lo que significa como abordaje terapéutico. Por esto es fundamental que la sociedad actúe incentivándolos hacia una ocupación como forma de rehabilitación, permitiéndoles sentirse útiles y protagonistas del conjunto social.

La disminución de la capacidad laboral del paciente altera la dinámica familiar. Esto provoca una desintegración y una posterior reestructuración de roles adecuándose a esta situación.

A partir de las conclusiones extraídas se generará una propuesta de intervención más adecuada a las situaciones familiares particulares, considerando paralelamente las implicancias generales de la Insuficiencia Renal Crónica.

DEFINICIÓN DE
CONCEPTOS MÉDICOS

VOCABULARIO

-Acidosis: Enfermedad determinada por una desviación del medio interno del organismo hacia la acidez del P.H. especialmente en el caso de la sangre (el término fué introducido por Naunyn y designa la presencia en la sangre de los cuerpos cetónicos, como en el caso de neumonías, nefritis y diabetes).

-Arritmia: Alteración en el ritmo de las contracciones cardíacas. Falta de ritmo regular.

-Cateter: Sonda, instrumento para desobstruir y explorar conductos y cavidades naturales.

-Cicatrizal: Perteneciente o relativo a una cicatriz. Cicatriz: masa o tejido que se forma en el lugar donde hubo una herida, una llaga, etc.

-Creatinina: Sal interna de la creatina, que existe en la orina del hombre. Creatina: derivada de la guanidina que se encuentra en el jugo muscular y en el plasma sanguíneo.

-Crónico: dicese de las enfermedades largas o dolencias habituales que vienen de tiempo atrás.

-Cross-Match: Consiste en una prueba de investigar si el probable receptor tiene en su sangre anticuerpos dirigidos contra las células del donante que está disponible, en ese momento.

-Diálisis: consiste en un proceso de eliminación de desechos líquidos de la sangre a través de una membrana semipermeable, filtradora y artificial, por donde pasa la sangre que sale del cuerpo. Existen dos tipos: la hemodiálisis que requiere de una máquina con conexiones especiales, generalmente tres veces por semana durante, aproximadamente 4 horas en una Unidad Renal y la D.C.P.A. que funciona en

forma continua todos los días de la semana durante las 24 hs. y los pacientes pueden realizarla en su casa o lugar de trabajo.

-Dianeal: Solución estéril que hace la diálisis y que contiene varias sustancias como agua, electrolitos, glucosa, etc.

-Drenaje: técnica que permite la salida de secreciones o líquidos de una cavidad del organismo, mediante la introducción de cánulas u otra cosa. Cánula: tubo corto de goma u otro material que tiene diversos usos (drenar) o que forma parte de otros materiales (irrigadores).

-Filtración: Acción o efecto de filtrar o filtrarse.

-Filtrar: Dejar un cuerpo sólido, pasar un fluido a través de poros o resquicios.

-Glomerculo: Pequeños corpúsculos de diferentes tipos y diferenciación histológica, existente en el organismo, los más importantes son los glomerulos del Malpighi del riñon.

-Glomerulonefritis: Enfermedad inflamatoria del riñon que origina lesiones principalmente al nivel del glomerulo.

-Glucemia: Tasa de glucosa en la sangre (la glucemia es normal cuando se mantiene entre 0,8 y 1,2 g. por litro y no aparece glucosa en la orina. Viene regulada por el hígado y el páncreas. Su determinación de basa en las propiedades reductoras de la glucosa). Glucosa: azúcar de fécula. La glucosa es un azúcar reductor. Especie de azúcar que se encuentra en la sangre y también en la orina de los diabéticos.

-Guanidina: Sustancia que existe normalmente en la orina, producto del metabolismo de las proteínas.

-Hepático: Perteneciente o relativo al hígado. Efecto de alguna enfermedad del hígado. Hígado: víscera situada en la cavidad abdominal. Produce la bilis que es

excretada al duodeno a través de las vías biliares, para cumplir una importante misión en la digestión enteral. Como glándula de secreción interna interviene en la mayoría de los procesos metabólicos y de síntesis del organismo. Además ejerce funciones desintoxicantes, de depósito, etc.

-Hipertrofia: Aumento normal del volumen de un órgano o tejido. Desarrollo excesivo.

-Histocompatibilidad: Afinidad de dos tejidos distintos por lo que pueden injertarse sin que haya rechazo.

-Insuficiencia: Incapacidad de una estructura del cuerpo para desempeñar correctamente su función.

-Intersticial: Dicese del tejido correctivo que ocupa los espacios entre las unidades funcionales de un organismo o estructura.

-Necrosis: Muerte celular o tisular que produciéndose en un tejido, en un órgano o en una región. Permite la continuación de la vida en el resto del organismo. Destrucción de un tejido, especialmente el óseo.

-Nitritis: Denominación común de las afecciones renales inflamatorias que ofrecen un síndrome a fin al Mal de Bright (Bright descubrió la enfermedad que lleva su nombre, caracterizada por la presencia de albumina en la orina, aumento de la cantidad de úrea en la sangre, edemas, trastornos circulatorios y lesiones renales y así mismo otras nefropatías y edemas).

-Nefropatía: Toda enfermedad de los riñones.

-Parénquima: Tejido de los organismos glandulares. Tejido celular esponjoso que integran los diversos órganos.

-Peritoneo: Membrana serosa que tapiza interiormente la cavidad abdominopelviana y los órganos en ella contenidos.

-Perfusión: Baño o irrigación con líquidos fisiológicos de un órgano o tejido aislado para mantenerlo vivo. Introducción artificial directa de un líquido en el sistema circulatorio con fines terapéuticos.

-Pielonefritis: Inflamación del riñón y de la pelvis renal. La pelvis renal es la parte sacular del riñón, donde las partes funcionantes del riñón descargan la orina.

-Quístico: Perteneciente o relativo a los quistes. Quiste: cavidad formada en el interior del organismo y generalmente llena de un líquido de diversa naturaleza.

-Retroperitoneal: Detrás del peritoneo, es decir, entre el peritoneo y la pared posterior del abdomen. El peritoneo es la membrana que reviste la superficie interna del abdomen.

-Riñón: Cada uno de los dos complejos órganos que elaboran la orina a partir del material que extraen de la sangre.

-Sistémica: La que afecta de modo global a todos los organismos o estructuras de un sistema o aparato. Sistema: conjunto de tejidos o aparatos de idéntica naturaleza. Conjunto de órganos que realizan una misma función o bien se complementan en un determinado proceso orgánico.

-Sonda: Instrumento alargado y fino que se introduce en un conjunto o en una cavidad del organismo con fines exploratorios o terapéuticos.

-Tubular: Perteneciente o relativo al tubo, que tiene su figura o está formado de tubos. Tubo: pieza hueca, de forma por lo común cilíndrica y más larga que gruesa.

-Túbulo: Tubo pequeño, en particular los del riñón o los testículos.

-Tejido: Asociación organizada de células, por lo regular del mismo origen y con funciones semejantes o relacionadas.

-Uremia: Síndrome producido por el exceso de úrea en la sangre.

-Uretra: Conducto membranoso a través del cual la orina es expulsada desde la vejiga al exterior.

-Úrea: Diamida del ácido carbónico que se encuentra en la sangre y en orina de los carnívoros. Sustancia muy nitrogenada constitutiva de la mayor parte de la materia orgánica de la orina.

-Vasomotor: Relativo al movimiento regulador de los vasos sanguíneos. Vaso: cualquiera de los conductos por donde circulan los líquidos orgánicos de los seres vivos.

-Vasodilatador: Proceso de aumento de la luz de los vasos sanguíneos.

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

- 1- A.L.: América Latina
- 2- DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
- 3- HIGA: Hospital Interzonal General de Agudos
- 4- HPC: Hospital Privado de Comunidad
- 5- INCUCAI: Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes
- 6- IR: Insuficiencia Renal
- 7-IRA: Insuficiencia Renal Aguda
- 8-IRC: Insuficiencia Renal Crónica
- 9-IRCT: Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- 10-OMS: Organización Mundial de la Salud
- 11-PAMI: Plan Asistencial Médico Integral
- 12-RTI: Retiro Transitorio por Invalidez.

**MARCO
TEORICO**

CAPITULO I

ANTECEDENTES GENERALES
DEL SECTOR SALUD

1.1-MARCO SOCIOPOLITICO DE AMERICA LATINA: ARGENTINA

Especialmente en los últimos decenios se han producido cambios trascendentales en las estructuras sociales, políticas e institucionales, especialmente en America Latina que es preciso describir.

Hacia fines de la década del 50 y durante casi toda la década del 60 las preocupaciones sobre la temática del Desarrollo, incorporan aspectos sociales dentro de una visión que sostiene la ecuación Desarrollo igual Crecimiento Económico.

Las condiciones económicas internacionales se deterioran y los programas sectoriales o parciales, que se ejecutaron en un primer momento, no pueden aplicarse sin peligro de graves desequilibrios financieros. Cuando surgen nuevas condiciones políticas en América Latina (A.L.), que acentúan la preocupación por los efectos sociales del desarrollo económico, se comprende la necesidad de emplear formas más amplias de planificación tendientes a racionalizar y coordinar la política de desarrollo mediante el uso de instrumentos perfeccionados. Desde un enfoque de tipo global se observan las cuestiones relacionadas con el desarrollo económico y social.

El rol del sector Público adquiere importancia creciente y la planificación se concibe como herramienta fundamental para lograr el desarrollo de los países Latinoamericanos.

Se genera una corriente que replantea la problemática del desarrollo desde una perspectiva de la satisfacción de las necesidades y no desde el objetivo de la acumulación del capital.

A mediados de los años 60 principios de los años 70 aparece el término Estilo de Desarrollo, vinculado al cientista Oscar Varsavsky quien define el siguiente Estilo de Desarrollo: ***“establecer para cada grupo social y a lo largo del horizonte elegido, el grado en que la sociedad se propone satisfacer cada una de las necesidades materiales o no de los miembros de un grupo”***. (1)

Comienza a revelarse que los problemas sociales no son solo producto de los problemas economicos sino que tienen una entidad propia, multicondicionada por procesos economicos y extraeconomicos. Por ello el diseño de las politicas sociales empezo a reconocerse con autonomia y especificidad.

La década del 80 encuentra un cuadro de significativas desigualdades en la distribución del ingreso y de la riqueza. Cae el crecimiento del producto, la producción aumentando la inflación y el desempleo. Como respuesta a dicha crisis se comienza a implementar la denominada Política de Ajuste y a dismantelar el llamado Estado de Bienestar y junto con el las grandes redes sociales de apoyo (gran empresa, gran sindicato, empleo estable, seguridad social colectiva).

Se cita al autor E.Grassi quien expresa: ***“no es posible independizar la expansión y crisis del Estado de Bienestar, de la expansión y crisis de un Modelo de Acumulación (modelo de sustitución de importaciones), cuya legitimidad se sostiene en la expansión de la seguridad social y los derechos sociales como derecho de la ciudadanía...”*** (2)

El Estado de Bienestar opera en el campo de la inversión y la redistribución secundaria, que permite el acceso de amplios sectores de la población al consumo de bienes y servicios. El nuevo modelo Neoliberal facilita el desmoronamiento del Estado de Bienestar, siendo el nuevo rol fundamental del estado el Fiscal y relacionado a la promoción de los equilibrios macroeconomicos, de la apertura y competitividad general de la economía.

El doble proceso de globalización y fragmentación, resultado del crack del modelo encuentra a A.L. ante un dilema: por un lado, el desarrollo socio-económico depende de una inserción competitiva en el mercado mundial, adaptando las pautas que el nuevo sistema impone: internalización de los mercados y circuitos productivos, financieros y tecnológicos, globalización de pautas y expectativas de consumo, etc, por otra parte, las drásticas desigualdades ya existentes en nuestras sociedades, segmentando más a los sectores sociales según el grado diferencial de inserción de cada uno de ellos.

Dentro de dicho contexto es fundamental la formulación y aplicación de las políticas sociales, que en la actualidad se manifiestan en la descentralización y focalización de los grupos más vulnerables de la población. De esta forma se recargan los servicios sociales de las instituciones públicas, disminuyendo la calidad de la prestación de los servicios.

Si bien estos servicios sociales se encuentran recargados en su capacidad de prestación, actualmente, junto al trabajo interdisciplinario se va configurando una mayor necesidad de especialización en las diferentes enfermedades y un avance, especialmente desde la investigación médica.

La insuficiencia renal crónica, como tema a tratar en el presente trabajo, al igual que las enfermedades crónicas y terminales, en los últimos años están cobrando importancia, ya sea desde el tratamiento médico como parte de la población a partir de su reconocimiento, aceptación y creación de estrategias para enfrentarlas.

1.2-SALUD Y ENFERMEDAD

El crecimiento económico y el desarrollo de un país no son atribuibles a la mayor cantidad de inversión sino a la calidad de la fuerza de trabajo y al desarrollo tecnológico vinculados a los procesos productivos utilizados. Así la inversión y el gasto en educación, salud, ciencia, son pilares fundamentales para sustentar el desarrollo de un país.

En los últimos 25 años se han desarrollado los conceptos sociales de la enfermedad. Se inician desde las Ciencias sociales en A.L. investigaciones con respecto a la clase social y el proceso de trabajo. Se une el concepto de enfermedad al de transformación capitalista del campo, de industrialización, las condiciones ambientales, las migraciones internas, el tipo de trabajo, stress, etc. Se puede comprobar la influencia de estos factores, evaluables en dichos casos cualitativamente, en la producción de la enfermedad.

Aparecen nuevos conceptos dirigidos al cuidado y a la prevención: el concepto de clase social, el concepto de riesgo, el concepto de oportunidades de vida, el concepto de equidad en salud, el concepto de riesgo relacionado a los factores de riesgo y protectores desde el punto de vista social y el concepto de resiliencia.

Se define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS).

En este sentido, salud-enfermedad, es un fenómeno social que trasciende lo meramente individual y biológico, abarca la comunidad como conjunto aunque se exprese en individuos concretos. Así surge la salud pública como disciplina que, apoyada en el conocimiento médico y en el aporte de otras disciplinas para el estudio de la realidad social, se define como el conjunto de actividades

interdisciplinarias que competen al Estado y a todos los habitantes de un país, para promover, preveer y rehabilitar la salud en una sociedad.

Con respecto a la enfermedad esta se define como el conjunto de trastornos psíquicos y/o físicos que alteran el bienestar de un individuo.

El paciente no tiene la concepción de la enfermedad sino la sensación del dolor y el sufrimiento. El concepto de enfermedad es un concepto médico y ha sido establecido para clasificar las diversas alteraciones físicas y psicológicas, es simple taxonomía.

Más profundo que el concepto de enfermedad es el de dolor que está presente en todo el proceso de enfermar.

Dentro de las enfermedades no transmisibles, el grupo de enfermedades de mayor importancia lo integran las llamadas enfermedades crónicas que dejan incapacidad residual, causadas por alteraciones patológicas irreversibles y producen una tasa de mortalidad de casi el 40% en Argentina y Uruguay.

Como son permanentes su prevalencia es de gran interés desde el punto de vista de la atención médica. Pero también lo es la incidencia ya que se requiere saber porque individuos sanos enferman, en qué grupos y con qué frecuencia aparecen las mismas, con el fin de penetrar en el conocimiento de su etiología.

La prevención tiende a impedir la ocurrencia de la enfermedad o a detener su avance y evitar secuelas. A diferencia de las enfermedades transmisibles, donde el avance de la microbiología y de la inmunología ha permitido controlar y/o erradicar la enfermedad, en las enfermedades crónicas, cuyo complejo etiológico no es fácilmente detectable, no se ha logrado un avance tan rápido. De ahí que el énfasis del control se centre en la prevención secundaria.

Dentro de la prevención existen diferentes niveles relacionados con la situación de la enfermedad, ellos son:

-Prevención primaria El objeto de la misma es evitar la aparición del proceso o problema. Estas acciones se dirigen a los padres, personal docente, responsables de movimientos juveniles, etc.

-Prevención secundaria: Tiene como objeto descubrir y acabar con un trastorno, proceso o problema lo antes posible, o remediarlo parcialmente. Intenta la detección precóz y la atención de sus implicancias. Va dirigida especialmente a los individuos implicados con necesidades específicas.

-Prevención terciaria: Pretende detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y se sus consecuencias, aunque persista la dolencia básica. Se dirige a los individuos que ya dependen de un trastorno, proceso o problema.

1.3-SERVICIO SOCIAL Y SALUD

Cabe destacar, que en la evolución y formación del Trabajo Social, el modelo médico ha marcado una influencia decisiva.

Durante los últimos cincuenta años, el modelo médico comienza a incorporar no solo la atención al tratamiento de enfermedades físicas, sino que considera la incidencia de factores sociales, la influencia del ambiente y de emociones sobre la enfermedad.

El enfoque de Salud se fue modificando, haciendo del mismo el núcleo del desarrollo. Se han impulsado estrategias que hacen incapié en la planificación de la familia, nutrición, educación, etc.

Considerando lo escrito anteriormente, la intervención en salud debe orientarse hacia el logro de una mejor calidad de vida y no solo a la ausencia de enfermedad.

La atención Primaria de la Salud ha contribuido de forma considerable al mejoramiento del estado del salud de la población. A pesar de que se pretende reorientar los recursos humanos y financieros hacia la atención primaria de la salud, las decisiones que se adoptan en el sector de la salud todavía favorece la medicina clínica de caracter curativo y no el fomento de la salud pública de caracter preventivo.

Los servicios sociales en el área de salud siempre tuvieron, y en muchas instituciones tienen en la actualidad, un papel secundario dentro de las mismas.

Se considera el mismo un complemento del accionar médico, sin capacidad de decisión propia y atendiendo a los planteamientos propios del ámbito institucional.

El Servicio Social en Salud debe comprender y actuar a partir de ciertas líneas de acción profesionales que le permitan desenvolverse con autonomía y que a su vez con el trabajo en equipo se complemente y arme toda una estructura donde el objetivo sea la mejor atención y calidad de la misma para la persona que requiera un servicio de salud.

El Trabajo Social, sin ser médico ni psiquiatra, pero unido a los conocimientos de ambas profesiones para comprender la situación del paciente, debe conocer, indagar, investigar, quien es el paciente, que percepción tiene de sí mismo, de su enfermedad, que percepción posee la familia, que factores han contribuido a ese desarrollo de la enfermedad, que capacidad muestra el paciente

para asumir lo que le esta sucediendo, que grado de aceptación o rechazo tiene, que espera del Trabajador Social y de la institución.

El Trabajo Social, generalmente comienza por el conocimiento del diagnóstico médico del paciente, pero su atención se focaliza en los factores personales y sociales que inciden en la situación del paciente, particularmente aquellos que gravitan en forma negativa sobre la enfermedad y el tratamiento.

El Trabajo Interdisciplinario, coordinación e integración de diferentes disciplinas, ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar el proceso de tratamiento y rehabilitación del paciente. El tratamiento debe enfocarse desde una visión integral y no parcial utilizando unicamente la visión de una disciplina.

1.4-ENFERMEDADES CRONICAS Y TERMINALES

Las enfermedades generan en una persona estados variables tanto fisicos como psicicos que necesitan ser expresados y comprendidos por el entorno social donde la persona desarrollaba sus actividades. Cuando la enfermedad se encuadra dentro de las cronicas este aspecto se torna más complejo ya que la población desconoce la realidad de la enfermedad.

Si bien los términos crónico y terminal son usados como sinonimos para definir el último estadio de una determinado afección, hay que hacer una diferencia entre ambos.

Las enfermedades crónicas son aquellas que tienen persistencia en el tiempo, lográndose mejoras o controles con un tratamiento médico pero sin la cura definitiva.

El paciente con I.R.C en este estadio se debe cuidar con su dieta, tener una medicación adecuada, no excederse en las actividades que realiza y otros, pero no requiere el tratamiento de diálisis.

En tanto las enfermedades terminales son el último estadio de una enfermedad crónica, donde es inminente la muerte del paciente a causa de la enfermedad. La I.R.C. Terminal como enfermedad crónica produce la muerte del paciente si no es aplicado el tratamiento sustitutivo diálitico (hemodiálisis o diálisis peritoneal continua ambulatoria) donde la salud del paciente se ve en gran magnitud, se incrementa los problemas óseos que comienzan a impedir la deambulación normal y las descompensaciones generales del organismo se tornan más frecuentes.

(El paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal tiene una ventaja en comparación con otros pacientes que se encuentran en la fase terminal de una determinada enfermedad ya que puede ser revertido dicho proceso con un trasplante renal.)

La insuficiencia renal se inscribe en las enfermedades crónicas considerándose en estadio terminal la última fase de la evolución, donde se inicia un tratamiento sustitutivo de la función renal excretora con diálisis y un tratamiento curativo que es el trasplante renal

CAPITULO II

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA:
CONSIDERACIONES MEDICAS

2.1-ESTRUCTURA Y FUNCION DE LOS RIÑONES

Los riñones son órganos retroperitoneales situados a ambos lados de la columna vertebral.

En la persona adulta cada riñón mide alrededor de 12 cm. por 6 cm. de ancho y 3 cm. de grosor su peso es de 150 grs. en el varón y 135 grs. en la mujer.

Cada riñón es un órgano compacto que contiene alrededor de 12.000.000 nefronas a cargo de la eliminación de los desechos del organismo.

Los riñones son órganos muy vascularizados y relacionados directamente con la regulación del volumen y la composición del líquido extracelular y con la eliminación del producto de desecho.

Estas funciones son cumplidas por cada una de las nefronas a través de dos procesos consecutivos, la filtración glomerular y la reabsorción y excreción, los cuales dan origen a la formación de la orina.

Cumplen también otras funciones como ayudar a equilibrar los líquidos del organismo y los niveles químicos de la sangre, conservar sustancias que el organismo necesita, liberar hormonas que ayudan a regular la tensión arterial, estimular la producción de glóbulos rojos, mantener el sistema óseo intacto al igual que otras funciones corporales, regular el equilibrio de sodio, agua, hidrógeno y potasio.

El riñón de los mamíferos actúa como el principal regulador del medio interno y de sus funciones orgánicas. Es por esto necesario realizar un diagnóstico precoz del problema renal cuando existen quistes o nefropatías hereditarias. Controlar la presión arterial y el nivel de glucemia en el organismo puede, si no ya

evitar, la destrucción total de las nefronas dañadas y resguardar las que todavía no se encuentran afectadas.

2.2-INSUFICIENCIA RENAL

La insuficiencia Renal se relaciona con la disminución de la capacidad y las funciones renales. Es el primer estadio de una enfermedad que avanza hacia otros estadios posteriores de mayor complejidad.

En este estadio se torna de vital importancia los cuidados que el paciente debe tomar junto a un estricto control médico que si bien en muchos casos no impida la enfermedad la retrase. La dieta, la disminución de ingesta de proteínas y la medicación adecuada previenen la agravación de la enfermedad.

La insuficiencia renal tiene dos modalidades, la Insuficiencia Renal Aguda y la Insuficiencia Renal Crónica.

2.2.1-INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

La misma se caracteriza por la destrucción brusca de las nefronas. Puede definirse como una reducción o cese brusco de la función renal excretora.

Debido a la importancia del riñón en el mantenimiento del medio extracelular, la disminución de la función renal afecta a la mayoría de los sistemas orgánicos.

“La Insuficiencia Renal (IRA) puede aparecer en diferentes situaciones clínicas:

-IRA Prerenal: La perfusión renal esta reducida por debajo de su nivel crítico que compromete la filtración glomerular. Se produce en situaciones de bajo

gasto cardíaco (arritmias, insuficiencia cardíaca), reducción del volumen (hemorragias, pérdidas digestivas), redistribución del líquido extracelular (traumatismos, quemaduras) y vasodilatación periférica.

-IRA posrenal: se produce cuando existe un obstáculo que impide la salida al exterior de la orina formada por los riñones. Las causas más frecuentes son lesiones ureterales (cuagulos, tumores próximos), lesiones de vejiga y lesiones de uretra.

- *IRA Renal: surge como consecuencia de lesiones intrínsecas del propio parénquima renal o de sus vasos. Dentro de la misma se distinguen lesiones vasculares, lesiones glomerulares, tubointersticiales y necrosis tubular aguda o nefropatía vasomotora".(3)*

El tratamiento de la IRA comprende medidas conservadoras como el mantenimiento de un balance de líquidos equilibrados, reduciendo los aportes y compensando el mismo con la medicación adecuada y la reducción proteica de la dieta.

La aplicación temprana de la diálisis permite disminuir las cifras de la urea y creatinina y efectuar una adecuada corrección de la acidosis, la hiperpotasemia y la retención de agua y sal. La dieta y el aporte de líquidos puede ser menos estricto con el cual se logra una mayor nutrición del paciente y, posiblemente, una menor incidencia de complicaciones. En algunos casos se torna necesaria la diálisis (depuración de la sangre de las toxinas).

2.2.2-INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Cuando, por distintas causas, los riñones se enferman con afecciones no curables comienza un lento pero progresivo proceso de pérdida de sus funciones, situación a la que llamamos Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y cuando el deterioro de las funciones no permite continuar viviendo dignamente se le agrega el adjetivo terminal. *“Es el deterioro persistente (mas de tres meses) de la tasa de filtrado glomerular, o sea, la disminución de la tasa de aclaramiento de creatinina, con la consiguiente elevación de la creatinina plasmática” (4).*

Las características clínicas comunes se relacionan con la disminución del número de nefronas que funcionan en forma relativamente normal y las restantes que permanecen indemnes o menos lesionadas evolucionan a la hipertrofia compensadora debido al incremento de su función.

El síndrome urémico es el estadio final de la evolución de la IRC y se manifiesta por una afección pluri sistémica debido a la retención de sustancias (toxinas urémicas), alteraciones hormonales, cambios metabólicos y trastornos hídrico electrolíticos.

La progresión de la Insuficiencia Renal conduce al síndrome urémico que es una entidad premonitoria de muerte a corto plazo si no se suple la función renal excretora y se acompaña con la medicación que supla las otras funciones.

CAUSAS

La evolución de la IRC es más o menos rápida según el caso, la celeridad de la evolución depende sobre todo de la enfermedad causal.

Las causas que provocan la IRC son numerosas. Según un estudio realizado en España a 3716 pacientes entre el año 1986 y 1987 con Enfermos Renales que recibieron algún tipo de tratamiento sustitutivo renal las causas que provocan dicha enfermedad son en porcentajes las siguientes:

- IRC de etiología incierta: 19,8%
- Glomerulonefritis: 19,4%
- Pielonefritis: 17%
- Diabetes 11,9 %
- Nefropatías de origen vascular 11,2%
- Enfermedades quísticas 10,4%
- Enfermedades sistémicas 4,5%
- Otras no especificadas 3,4%
- Nefropatías hereditarias 1,8%
- Nefropatías por fármacos 0,6

Cabe destacar que un porcentaje apreciable de pacientes que llegan a la fase terminal de la enfermedad no poseen diagnóstico etiológico. Esto dificulta una posible detección de la IR en otros pacientes, considerándose un diagnóstico precóz en esa determinada enfermedad.

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento del paciente con IRC han ido evolucionando con el tiempo, los métodos de suplencia hoy en día son aplicables a la mayoría de los enfermos y tiene un doble objetivo:

“1- Intentar detener el proceso de evolución de la enfermedad, detener la destrucción brusca de las nefornas y proteger a las que aún no se encuentran dañadas.

2- Intentar prevenir las complicaciones de la IR, comenzar el tratamiento de diálisis cuando todavía no existen afecciones óseas, neurológicas, cuando el paciente tiene todavía un buen estado nutricional. Se debe prestar todo el cuidado posible para que no tengan afecciones vasculares”.(5)

Se suma a esto la información y preparación psicológica del paciente y su grupo familiar con el objetivo de enfrentar de la mejor manera posible el tratamiento.

Dentro de los tratamientos que posee esta enfermedad tenemos aquellos con carácter sustitutivo: la Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal y el tratamiento curativo: El Trasplante Renal.

-Hemodiálisis: Consiste en un tratamiento sustitutivo de la función renal excretora, en la depuración de la sangre de las toxinas, de los desechos líquidos cuando el organismo no funciona de la manera adecuada.

Dicho proceso se realiza a través de una membrana semipermeable, filtradora y artificial por donde pasa la sangre que sale del cuerpo.

Requiere una máquina con conexiones especiales para su realización ubicada en una Unidad Renal que funciona dentro de un Organismo de Salud. Al ser un

tratamiento sustitutivo de una función orgánica única que realiza el cuerpo, posee imperfecciones, depende de la complejidad de la maquinaria utilizada y no supe la función completamente.

Dicho proceso se realiza atendiendo a las características físicas y psicológicas de los pacientes, aproximadamente tres veces por semana con una duración de entre tres y cinco horas cada sesión.

-Diálisis Peritoneal: Es otra de las formas de tratamiento sustitutivo de la función renal excretora que permite extraer los desechos en forma continua, permitiendo eliminar los mismos; el filtrado se realiza a través de una membrana semipermeable.

Existen dos sistemas para realizar la diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD):

1- Sistema Standar: El paciente coloca la bolsa con el líquido dianeal y permanece con la misma todo el tiempo y en todas las actividades que realiza.

2- Sistema de desconexión: con este sistema el paciente no permanece con la bolsa todo el tiempo, sino que realiza varios cortes entre el día para los cambios de la bolsa y drenaje.

“La Diálisis Peritoneal consiste en introducir una solución esteril (dianeal) por medio de un cateter a la cavidad peritoneal para que se ponga en contacto con la sangre a través de la membrana peritoneal, donde se filtran y eliminan algunos desechos y líquidos del organismo”.(6)

La misma consta de tres etapas:

1-Llenado: en la cual el paciente conecta la bolsa con la solución esteril al cateter durante 5 a 10 minutos.

2-Permanencia: el paciente realiza todas sus actividades diarias. Esta etapa se desarrolla entre cuatro a ocho horas.

3-Drenaje: el paciente conecta la bolsa de drenaje al cateter. Este proceso dura de 15 a 20 minutos.

El tratamiento lo realiza cada persona en su casa o sitio de trabajo y no requiere hospitalización. Se genera un estado de mayor independencia del paciente respecto a la hemodiálisis y la no acumulación de líquido permite al paciente continuar con las actividades diarias que realizaba hasta ese momento.

-Trasplante Renal: Proporciona el unico medio de cura de la IRC, “es la colocación en el órgano de un paciente con IRC de un riñon sano obtenido de un donante vivo o cadavérico” (7). El objetivo es reemplazar la función de los riñones dañados, ya que con uno solo se pueden realizar perfectamente las funciones renales.

Todos los pacientes que se encuentran en tratamiento de Hemodiálisis o diálisis peritoneal pueden ser potenciales receptores de órganos, excepto que se encuentren en situaciones físicas o psicológicas que impidan soportar una intervención quirúrgica.

Dentro de ellos encontramos las enfermedades hepáticas, cardiovasculares o infecciosas que no se encuentran controladas, situaciones de severo déficit nutricional, uso de diversos tipos de drogas, personas con conductas autodestructivas, con dificultad para cuidar de si mismas o con falta de apoyo familiar que le impidan cumplir con el tratamiento.

Existen dos tipos de Trasplante renales:

-Con donante Vivo: el trasplante se realiza con un riñón donado por una persona viva. Puede ser un donante vivo relacionado hasta la cuarta generación: padres, hijos, hermanos, abuelos, tios, primos y con donante vivo no relacionado: conyuges, concubinos y de padres a hijos adoptivos entre ellos. Estas personas se deben encontrar en condiciones físicas y psíquicas adecuadas para someterse a una intervención quirúrgica.

Al paciente y al potencial donante se les realizan los estudios de Histocompatibilidad y Cross-Match y si la semejanza es similar se realiza el Trasplante.

-Con donante cadavérico: es el trasplante de un riñón sano obtenido de una persona que ha fallecido, pero cuya circulación y respiración son mantenidos artificialmente. Para recibir un riñón de un donante cadaverico los pacientes en diálisis

deben estar inscriptos en la lista de espera que confecciona el INCUCAI con diversos datos que envia el médico nefrólogo y los estudios que se realizan al paciente. El promedio de espera en Argentina es entre tres y cuatro años para acceder a un trasplante de este tipo.

La cirugía se realiza según los controles estipulados y una vez realizado el trasplante el paciente es colocado en aislamiento y controlado cada cada hora.

Posteriormente se puede generar rechazo del órgano trasplantado que puede levar en casos extremos al rechazo.

“Existen tres tipos de rechazo:

-Hiperagudo: se produce en el momento del implante o a las pocas horas, es muy severo y generalmente termina con la pérdida.

-Agudo: es común su surgimiento en todas las personas trasplantadas en las semanas o incluso años posteriores al trasplante. Generalmente se tratan con corticoides o suero antilinfocítico.

-Crónico: es un lento proceso que consiste en la inflamación del tejido del riñon trasplantado y su reemplazo por tejido fibroso cicatrizal. Es la causa principal de la pérdida del riñon y el regreso a hemodiálisis despues de muchos años".(8

Compensando esta forma de tratamientos se encuentra el cumplimiento de una dieta restringida en proteínas. El no cumplimentar con la dieta influye en el estado general del paciente durante las sesiones de diálisis y en un futuro trasplante renal. No cumplir con la dieta indicada o no tomar los medicamentos prescritos mantiene cifras altas de fosforo en sangre lo que puede conducir a serios problemas en el sistema óseo, sanguíneo y otros. Similar complicaciones se pueden manifestar en el paciente que no controla su ingesta de líquido y sal y que se encuentra excedido en peso entre las diálisis lo que desencadena cifras altas de tensión arterial, al igual que los que no han suprimido el tabaco.

2.3-CONSECUENCIAS

Dentro del avance de esta enfermedad se van produciendo en el paciente ciertos condicionamientos que afectan el estado de salud general.

Se convierten en mas frecuentes las enfermedades infecciosas urinarias y la obstrucción de la misma, el funcionamiento estomacal tambien se altera. Las descompensaciones, calambres, mareos, nauseas asociadas al estado de salud general del paciente se producen con continuidad y, en muchas ocasiones, durante o inmediatamente despues de las sesiones de diálisis.

Otra consecuencia a citar es la imposibilidad de consumir ciertos alimentos y líquidos en el momento deseado y de la manera deseada. Esto lleva a seguir una dieta rigurosa basada en la prohibición, en la mayoría de los pacientes, de consumir sal y el control estricto de la cantidad de líquido ingerido. Esto influye mucho en los adolescentes y personas jóvenes, ya que no se sienten libres para compartir salidas a cenar o almorzar con sus familiares y amigos.

También se deben suministrar ciertos medicamentos para compensar aquellas vitaminas, minerales, hormonas que el riñón no produce y que no se incorporan a partir de los alimentos, más la medicación específica de la enfermedad.

Dentro de las consecuencias encontramos también toda una serie de modificaciones que se producen en el entorno social del paciente a partir de diagnosticada la enfermedad. Cambios en los roles de la pareja, con los hijos, una nueva distribución de las tareas domésticas. En el ámbito laboral se contemplan los cambios o disminución de la capacidad laboral como así de la esposa o del hijo mayor que deben salir a trabajar.

Desde lo psicológico/personal el paciente debe pasar por todo un proceso de adaptación a la enfermedad y al tratamiento dialítico.

CAPITULO III

PROBLEMATICA SOCIAL DE LOS PACIENTES EN DIALISIS

3.1-ABORDAJE DEL TRABAJO SOCIAL

Todo paciente que ingresa a diálisis sufre una serie de cambios ocasionados por el tratamiento que lo limitan en el desarrollo de muchas actividades frecuentes que realizaba. Esto en varias ocasiones, obstaculiza la evolución del tratamiento y sus mejorías.

La enfermedad *“altera el desarrollo de los distintos aspectos de la vida cotidiana limitándolo a nivel personal, familiar, laboral, educacional viéndose condicionada la posibilidad de inserción laboral a pesar de los avances desde el punto de vista científico...”* (9)

Es importante desarrollar la entrevista en profundidad teniendo en cuenta la calidad del vínculo, a partir del cual se aborda la historia familiar, la vida del paciente, haciendo incapié en los sentimientos que se generan en relación a la situación del paciente.

Se intenta crear un espacio de confianza mediante una actitud comprensiva, donde el paciente pueda manifestar y explicitar sus necesidades, sentimientos, motivaciones y canalizar sus dudas. De esta manera se podrán detectar los factores negativos que obstaculizan el desarrollo y la evolución del paciente.

Es por ello que el Servicio Social orienta su trabajo a atenuar los factores de riesgo, intentando evitar las conductas y comportamientos de riesgos, que contribuyan a agudizar la situación de crisis familiar, a través del fortalecimiento de los vínculos familiares que puedan ayudar al sostenimiento afectivo y material.

El Trabajo Social debe investigar, indagar no solo los factores internos del sujeto, sino el contexto social en el que esta inmerso.

Es por esto que se torna de suma importancia un trabajo interdisciplinario, donde todos los miembros del equipo convergan en un mismo objetivo, la rehabilitación física psíquica y social del paciente. El actuar sobre el estado psicosocial del paciente manifiesta la integración de la persona como un complejo, un todo, el problema como unidad del paciente con enfermedad crónica.

Es importante la contención facilitando la integración de la persona a su entorno, a su red vincular intra y extra hospitalaria generando espacios que favorezcan la comunicación, cooperación, participación y el respeto por el otro.

El impacto que el diagnóstico genera en cada familiar debe ser tomado en forma individual ya que incide de manera distinta en cada miembro familiar y afecta de distinto modo en los ámbitos económicos, sociales y culturales.

Dicho impacto involucra a toda la red vincular del paciente. Es por esto que se debe incluir la participación activa en el tratamiento de la misma promoviendo conductas, hábitos que favorezcan la atención y el cuidado del paciente funcionando, la red vincular, como sostén en el plano afectivo-material.

No resulta fácil para la organización familiar asimilar los cambios que se dan en la vida cotidiana, las nuevas responsabilidades, obligaciones y compromisos. Se torna importante la contención y orientación que se brinde en cuanto a la redefinición del rol en la familia, los temores al tratamiento, uso del tiempo libre, cambios de hábitos y otros.

El trabajo con el grupo familiar tiene igual importancia que el trabajo con paciente, ya que se debe rescatar que son quienes deben atenderlo en todos sus requerimientos e inquietudes. Trabajar con la familia para lograr una mayor integración y aceptación de la enfermedad y del tratamiento posibilita al paciente un ambiente donde pueda expresarse, ser escuchado. La familia se torna fuerte para

soportar los cambios que trae aparejada una enfermedad crónica, de manera que esta no se constituya en un estigma que dificulte la socialización del paciente.

Paralelamente el Servicio Social debe tender a cubrir las necesidades materiales que presente el grupo familiar del mismo, como por ejemplo: orientar en el inicio del Retiro por Invalidez o Pensión Graciable, trabajos que pueden realizar, materiales para mejorar su vivienda, gestionar la medicación y otros. La articulación institucional es un recurso que todos los Trabajadores Sociales deben tener presente para una mejor y mayor distribución de los recursos al igual que capacitar al paciente y su familia a utilizar los recursos comunitarios existentes.

Como se menciona anteriormente se debe generar acciones tendientes al tratamiento integral del paciente con enfermedad crónica, preservando los derechos propios, del entorno y optimizando los recursos familiares y comunitarios.

La posibilidad de mejorar la calidad y el estilo de vida de las personas no depende de la curación del sujeto que manifiesta la enfermedad, sino de las condiciones socio-ambientales que rodean al paciente y a su grupo familiar.

Por ello se cree conveniente el abordaje en Red como unidad de trabajo para la comprensión y la resolución de problemas.

Las Redes Sociales son entidades relacionales complejas de carácter colectivo que tienen atributos morfológicos e interactivos que le son propios y como fin, la satisfacción de las necesidades afectivas, informales y materiales de los miembros que los integran.

Las necesidades del paciente son complejas y requieren diversos tipos de ayuda. Dicha ayuda depende de un número de factores personales y sociales en la situación del paciente, el ambiente social del que forma parte, los recursos de que dispone, etc.

La atención del Trabajo Social debe orientarse en aquellos factores que obstaculizan el desarrollo del tratamiento. Favorecer una actitud de diálogo, capacitando al paciente, estimulando y movilizándolo sus recursos.

El seguimiento del paciente y su familia es fundamental como parte del proceso de intervención desde el Trabajo Social. El seguimiento permite abordar, desde una comprensión más acabada de la situación las dificultades que se presentan, ya que el mayor reto que la familia debe vivir junto al paciente es el de sostener el tratamiento de una enfermedad crónica. De esta manera se pretende evitar y/o prevenir el abandono o deserción y facilitar el tratamiento.

Desde el Trabajo Social en Servicios de Salud con pacientes terminales no se encuentra muy difundido y, en muchas ocasiones, es tomado como una pérdida de tiempo.

Esto ha llevado a la desvalorización de la tarea lo que se refleja en la escasa bibliografía, ya que es un trabajo en el cual el tiempo corre en contra de la tarea, y en algunas ocasiones, no se llegan a ver los resultados.

3.2-ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES

3.2.1-Consideraciones generales

“Toda persona vive, enferma y muere como etapas de un ciclo vital y como una totalidad. Esta totalidad abarca las áreas bio-psico-socio-cultural y espiritual, reviviendo los aspectos de su historia personal y vincular”.(10)

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) al conocer el diagnóstico médico debe realizar un proceso de interiorización, concientización, y aceptación de una enfermedad encuadrada dentro de las enfermedades crónicas. El

mismo se encuentra encerrado en un doble proceso, por un lado una muerte segura debido al avance de la enfermedad o una vida dependiente de una maquina para mantenerse vivo.

Cada enfermo con diagnostico de I.R.C. Terminal tiene una vivencia singular de su enfermedad que depende de su historia de vida, sus características personales, su contexto familiar y social y de una forma especial de resolver e incorporar las tensiones y conflictos que le ha puesto la vida.

Los cuidados no solo deben enfocar al ámbito de lo físico, sino a lograr que el paciente y su familia desarrollen un proyecto particular para mejorar la calidad de vida.

“La calidad de vida no solo se mide por la ausencia de enfermedad, sino también por la posibilidad de enfrentar situaciones de cambios y conflicto” (11).

Esto permite a su vez, junto al proceso de adaptación psicológica y a su red interpersonal, *“adaptar los recursos existentes en ese momento a una nueva situación, de manera que permita su reubicación, ambientación y adaptación al mundo circundante y cree un nivel de satisfacción propio y ajeno”.*(12)

Desde el punto de vista psicológico es de fundamental importancia conocer el significado que posee la enfermedad para cada paciente, su grupo familiar al igual que las dudas, inquietudes, esperanzas, sueños y consecuencias que genera la enfermedad.

Conociendo las mismas se puede evitar que se conviertan en obstáculos insalvables de conflictos internos que queden sin resolver y que dificulten la aceptación de la enfermedad.

3.2.2-Adaptación

Hay que distinguir dos procesos de adaptación:

A la enfermedad: la adaptación del paciente a su enfermedad depende de quien es él, de su personalidad, de su nivel educacional, de su edad, su sexo, su contexto social y familiar. ***“Existen tres aspectos para anticipar la capacidad de una persona para enfrentar un óptimo proceso de adaptación, ello son:***

1 la forma de enfrentar en el pasado las crisis importantes de su vida.

2-la madurez interna y el grado de integración de su persona.

3-los recursos que dispone para hacer frente a esta situación”.(13)

El paciente puede manifestar diversas reacciones frente a la enfermedad, desde el castigo ante una culpa hasta el ser víctima de una injusticia, ver a la enfermedad como una debilidad a superar o verla como un acontecimiento existencial crucial para su vida.

Es de importancia el apoyo que se brinde al paciente, sobre todo en la escucha, para que el pueda expresar sus temores; miedos, especialmente a la muerte y al dolor, percepciones de impotencia y dependencia, sin restricciones con el objetivo de ir adaptándose a esa nueva situación.

Los pacientes reaccionan de diferentes maneras frente al diagnóstico, algunos lo hacen con extrema ansiedad queriendo saber todo en el momento, manifestando una dependencia incondicional del médico o de algún miembro de la familia (a la manera del niño supeditado al apoyo y ayuda de sus padres para sobrevivir) que asuma las tareas, decisiones y cuidados hacia él.

Otra reacción es la ira y la hostilidad combinada con sentimientos de un diagnóstico no correcto o considerarla a la enfermedad una injusticia, un castigo que les influye el medio en el que se encuentran ¿por qué me tuvo que tocar a mi?.Es importante que estos sentimientos puedan expresarse para evitar altos niveles de angustia y frustración o proyección en otros miembros de la familia.

La situación más difícil de abordar es la depresión, la desesperanza, la tristeza y el peligro de suicidio que trae aparejada esta situación. El incumplimiento se torna otra reacción frecuente y asociada con el suicidio encubierto, dentro de la misma se encuentra el no cumplir con la dieta y la medicación o excederse con la ingesta de líquidos.

Otros pacientes presentan sentimientos de negación manifestando desconocer la gravedad de su enfermedad y actuando como si esta no existiera.

-A la hemodialisis: *“el proceso de adaptación psicológica, que se define como la adaptación sin depresión y angustia extrema y de las nuevas posibilidades ante esta situación”*.

El mismo se divide en tres etapas:

“1-Al experimentar mejoría física al estar conectado a la máquina y superando un período agudo de enfermedad aparecen sentimientos de confianza y esperanza. Hay un desplazamiento de la atención a lo fisiológico reaccionando con euforia y ansiedad al alivio que experimenta. Este período es conocido como Luna de Miel.

2- Surge la tensión entre tener que reorganizar la vida de manera distinta y los sentimientos de tristeza que generan los cambios de actividad. El paciente se siente atrapado en los deseos de hacer nuevos proyectos para su rehabilitación y las limitaciones implícitas en el tratamiento (dietéticas, laborales, recreativas).

3-Período de adaptación a largo plazo en el cual predominan la aceptación de las limitaciones, de las desventajas, de las complicaciones que surgen con el tratamiento aplicado”. (14)

El paciente en diálisis es frágil e imprevisible, cambiante de semana a semana o de un día a otro ya que no pueden preveer cuando estarán enfermos o descompensados y cuando no.

Comienzan a surgir los síntomas depresivos por la pérdida de la función sexual, los cambios en el aspecto de la piel. La diálisis también crea dependencia hacia la máquina o el personal que lo controla, demandando atención permanente de los mismos.

Hay tensiones por la debilidad y complicación de los restantes sistemas orgánicos, las lesiones o miedo a ellas. Las restricciones a las que esta impuesto también alteran la capacidad para el trabajo, las actividades recreativas, etc.

“Muchas veces el paciente tiene mas miedo a la máquina que a la enfermedad, ya que al desviar sus sentimientos hacia la misma consigue contener su resentimiento y miedo a ese objeto y acepta la imagen de si mismo” (15).

El paciente sometido a un tratamiento de una enfermedad en constante adaptación crea stress y sufre limitaciones impuestas por la naturaleza de la enfermedad misma. A esto se suma la constante presión del entorno para que acepte su enfermedad y siga llevando adelante su vida.

3.2.3-Problemas sociales y psicológicos

Los problemas generados ante una determinada enfermedad se incrementan y potencian cuando se habla de una enfermedad crónica.

En la IRC podemos dividir los problemas que surgen en tres momentos:

“1-Pre-diálisis: encontramos problemas tales como miedo a lo desconocido, inseguridad sobre el futuro y su planeamiento, miedo a la muerte, falta de comprensión de la enfermedad y/o negación de la misma” (16).

Los datos que indican estos problemas son: incumplimiento del tratamiento, desanimo absoluto, disminuci3n del inter3s, indecisi3n, confianza en cura milagrosas, dificultades de relaci3n con la familia, o en su defecto exceso de optimismo en el tratamiento.

“2-Di3lisis: Se manifiestan problemas en las relaciones conyugales por la irrupci3n de una enfermedad cr3nica, exceso de responsabilidad ante el cumplimiento de la di3lisis, cambios de rol en el que la esposa debe salir a trabajar o el esposos encargarse de las tareas dom3sticas, disfunciones sexuales e inactividad laboral”(16).

Son s3ntomas de estas problem3ticas el aumento de la dependencia del compa1ero de di3lisis o del personal inculc3ndoles sus responsabilidades, cambios en el bienestar f3sico del paciente y su familia, problemas evolutivos o sociales de otros miembros de la familia, discordia y tensi3n permanente, irritabilidad hacia el personal de nefrologia.

“3-Trasplante: se manifiestan problemas como falta de seguridad en el trasplante y en el futuro, expectativas ante el cambio de rol de persona enferma a que puede asumir una vida normal” (16).

Indicadores de estos problemas son: temores irreales y regresi3n, incapacidad para reconocer episodios de rechazo, excesivo inter3s en la imagen corporal, sobreidentificaci3n con el donante.

Solamente el conocimiento en profundidad de las ansiedades, miedos, problemas del paciente puede llevar a un equipo a contener y colaborar con las diferentes etapas por las que transita ese paciente. Potenciando sus posibilidades y las de su entorno, no negando los sentimientos relacionados con la muerte y el dolor, pero haciendo conciente la enfermedad, sus posibilidades y consecuencias.

3.3-EL PACIENTE Y SU GRUPO FAMILIAR

3.3.1-Consideraciones generales

La familia como grupo social, irreductible a los otros grupos, varía con el tiempo, el espacio, la relación con los sistemas de sociedad, forma de civilización. Su formación, estructura, relaciones entre los miembros y con el conjunto social, funciones también se van modificando. La familia forma un determinado tipo de sociedad y esta tiende a formar un determinado tipo de familia.

Es un grupo social primario que se caracteriza por las relaciones entre sus miembros, estas pueden remitirse a un grupo biológico o a un grupo con miembros de los llamados sociales. Esta forma de asociación entre personas mediante el mecanismo de adaptación, ha demostrado su capacidad para responder a los objetivos de protección de sus miembros y transmisión de la cultura.

En la estructura de los grupos familiares se distinguen dos tipos de relaciones, las de descendencia común o consanguinidad y las de unión, alianza o afinidad. En las diversas clasificaciones se suele considerar como tipo a la familia nuclear formada por dos adultos de distinto sexo y sus hijos. Dentro de la familia compuesta se encuentran las que consisten en la pluralidad de relaciones matrimoniales sobre uno de sus miembros (poligamia) y las que se componen de varios niveles de descendencia (patrilineales, matrilineales o bilaterales). Hoy en día se asiste a conformaciones familiares nuevas, asociadas a los cambios en las sociedades y el pensamiento donde se han producido reacomodamientos, encontramos las familias ensambladas compuestas por un hombre, una mujer separados con los hijos de ambos y los comunes. También se ha vuelto a la familia extensa, conviviendo padres, hijos, abuelos, primos, tíos.

Encontramos también aquellas familias conformadas por otras personas que no poseen lazos de consanguinidad entre sí, sino afectivos o familias de un solo padre con los hijos.

La familia desempeña un conjunto de funciones sociales que se dan en interacción e interdependencia con las estructuras de la sociedad. Básicamente se las puede dividir en: funciones físicas (reproducción, económica, protección) funciones culturales, afectivas y sociales (formación del individuo, instrucción, educación, socialización, desarrollo y bienestar de cada miembro).

Se caracteriza por una comunicación directa, cara a cara, entre los miembros, conciencia de pertenencia a ese grupo familiar, objetivos comunes y compartidos y por la existencia de afectos.

Cada familia es portadora de valores y creencias propias del contexto en el que se encuentra. En relación a estos valores organiza códigos propios alrededor de los cuales se establecen las relaciones interpersonales de cada miembro de la familia. Estos grupos tienen una intensa incidencia sobre la formación de la persona a lo largo de su vida.

Toda familia establece reglas de funcionamiento, que pueden variar según el momento histórico. Estas normas al ser trasgredidas o modificadas obligan a redefinir las relaciones entre los miembros ya que estas rigen la organización y funcionamiento global.

“Cuando hay una persona enferma esta estructura, organización se altera y produce una crisis que debe dar origen a una reestructuración para compensar esos cambios producidos, acentuándose el mismo en el transcurso de una enfermedad crónica” (17).

3.2.2-La familia del paciente con I.R.C.

La familia es la unidad básica de interacción, en ella la persona se conforma, construye su identidad, aprende su función dentro de la red interaccional de la sociedad. Cuando esta familia no puede actuar como mediadora con el contexto social, se alteran las funciones y surge una crisis que demanda una reestructuración.

“El grupo familiar se estremece y acentúa su particularidades frente al hecho de la enfermedad de uno de sus miembros. Se manifiestan las verdaderas posiciones ocupadas por cada uno a lo largo de la vida, lo que demanda reacomodar los lugares en el entramado vincular a partir de ese acontecimiento” (18).

Al ingresar a diálisis el paciente entra en una red de relaciones sociales distinta a la que tenía hasta ese momento. Esto desencadena cambios con sus familiares y amigos, a la vez que lo obliga a entablar nuevos vínculos con el personal de la unidad renal encargado de su cuidado y sus compañeros. La sala se convierte en una extensión de la familia y un nuevo lugar de pertenencia, una nueva red de relaciones que se anexa o reemplaza a la anterior, sobre todo cuando el grupo familiar no contiene o está ausente.

Un adecuado apoyo familiar en los momentos de tensión, en colaboración con el equipo que atiende al paciente, es un indicador de suma importancia en el proceso de adaptación a la enfermedad y al tratamiento.

“La familia del paciente pasa por dos etapas claramente diferenciadas:

1- En un primer momento suele haber colaboración, acompañamiento, apoyo de los familiares en respuesta a las necesidades del paciente.

2- En un segundo momento cuando el tiempo transcurre y el proceso de la enfermedad crónica se acentúa, las situaciones de conflictos que existían antes del cuadro renal se agudiza y surgen otras nuevas. La familia se cansa, se agota y se comienza a retirar de la escena poco a poco y el distanciamiento se hace cada vez mayor”(19).

Es usual que ante la necesidad de dependencia del enfermo, uno de los miembros de la familia asuma esa responsabilidad en forma activa e incluso sobreprotectora.

“El parentesco y el vínculo que posea ese familiar con el enfermo determina como va responder a las necesidades que plantea el paciente. Dentro de esto podemos encontrar actitudes como sobreprotección autoritaria, ambivalencia, complicidad a las transgresiones al tratamiento, o menos frecuentes, conductas de abandono”(20).

El equilibrio que existía previo a la enfermedad se pierde y la familia debe poner en juego recursos que le permitan recuperar la homeostasis perdida. Surgen diversos mecanismos de defensa que se van modificando a medida que se van viendo los resultados, encontramos, por ejemplo, la negación diciéndole que se va a curar; proyección de la culpa: el médico no sabe diagnosticar.

Las consecuencias sociales, económicas y sexuales que tiene la enfermedad para el cónyuge hace que este busque ayuda a su angustia o depresión en el equipo de Nefrología.

“Se acrecienta cada vez más a medida que la enfermedad avanza el deterioro de la vida familiar por el tiempo invertido en la unidad de diálisis. Esto genera conflictos entre el hospital y la familia de origen, ya que la atención ofrecida por el personal puede ser vivida como una amenaza a la importancia y la estabilidad familiar”(21). Esto se debe a que cuanto menos la familia se implica

en el tratamiento es mayor el papel que asume el personal de Nefrología en las relaciones básicas del paciente. Cuando el paciente no es escuchado, atendido en su casa más fuerte es el sentimiento de seguridad ofrecido por el personal de la unidad renal.

Surgen tensiones en las relaciones conyugales, la irrupción de esta enfermedad crea un stress superior al que puede contenerse. Base de esto es el deterioro de la capacidad sexual ya que disminuye el deseo y la frecuencia en las relaciones, por lo que es comun el cambio de roles en la pareja, asumiendo el esposo o esposa la función paterna o materna hacia el paciente.

“Se producen también cambios de rol en la familia, ya que las expectativas de marido o esposa se ven alteradas. Un ejemplo es el del hombre que trabajaba y mantenía económicamente a su familia y ahora no puede continuar cumpliendo ese rol. A la inversa, si la enferma es la esposa el marido debe asumir las responsabilidades de educación de los niños, y en muchos casos, las tareas domesticas” (22).

Se debe considerar como una de las necesidades más apremiantes para el paciente la comunicación.

Es por esto que los responsables de su cuidado, especialmente la familia quien comparte toda una historia con el paciente, tiene que hacerle saber que estan dispuestos a compartir todas sus preocupaciones y sentimientos. Con una familia que contiene, escucha, apoya, el riesgo de suicidio o suicidio encubierto disminuye y la depresión se torna menos marcada.

3.4-ENCUADRE SOCIOECONOMICO

Como se observa en la actualidad, por los cambios producidos, hablar de un trabajo estable, en blanco, para muchas personas se torna raro y a veces inalcanzable.

El trabajo es un bien preciado, del cual la persona extrae sus recursos económicos para vivir y desarrolla sus potencialidades. Hoy en día, esto se transforma en una búsqueda desesperada de miles de desocupados por lograr un puesto de trabajo.

Las dificultades para acceder a un empleo se potencian cuando es una persona enferma la que lo solicita. Nadie quiere contratar enfermos que no puedan cumplir con un horario determinado, muchas veces, más de ocho horas de trabajo.

El paciente con I.R. al tener que pasar entre doce y dieciseis horas por semana en una unidad renal conectado a una maquina, no puede cumplir con un horario determinado e inclusive, por la naturaleza de su enfermedad, tiene otros condicionamientos como no hacer fuerza, no tomar frío, no estar mucho tiempo parado y otros. Estos condicionamientos hace que el paciente no pueda cumplir con los compromisos que le exige un trabajo en relación de dependencia, pudiendo desempeñarse en diversas tareas o trabajos independientes de un patron, donde ellos diagramen sus horarios, forma de trabajo, cantidad de horas.

“El tiempo invertido en diálisis interfiere en el empleo del paciente produciendo una disminución de la capacidad de empleo, tanto física como social”(23). Si el paciente se encontraba trabajando, antes de ingresar al tratamiento, al disminuir su trabajo o tener que renunciar al mismo el nivel de vida de la familia se resiente y comienzan a tener que desplazar ese rol a otro integrante de la misma. Generalmente si es el esposo el que trabajaba, debe salir a buscar

empleo la esposa o algún hijo mayor quien, en algunos casos, debe dejar de estudiar para colaborar económicamente en el sostenimiento familiar.

El paciente al alejarse de su actividad laboral disminuye su autoestima al sentirse que ya no puede ser útil a la familia y comienza a perder sus relaciones sociales en torno a dicha actividad. Es por esto que su círculo de contención y ayuda comienza a decaer y se hace cada vez más reducido.

La merma de los recursos económicos conlleva a dificultades para el cumplimiento de la dieta prescrita y la medicación adecuada, para el traslado del centro de diálisis, para mandar a sus hijos a la escuela, para que su familia realice actividades de esparcimiento y otros. Esto genera sentimientos de frustración, resentimientos contra él mismo e inseguridad en el futuro.

La temática laboral se torna en uno de los mayores inconvenientes para la reestructuración familiar, ya que el económico, si bien no es la base familiar, colabora con las necesidades de la misma y da al paciente la seguridad de que sus allegados no van a necesitar pedir ayuda externa al ámbito familiar.

3.5-COBERTURA PREVISIONAL

A partir del 15/7/94 fecha en la cual entra en vigencia la Ley 24.241, el régimen previsional anterior regido por las leyes 18.038 pierde su vigencia. Este sistema cubre las contingencias de vejez, invalidez y muerte.

Dentro de las contingencias de invalidez se considera la cobertura de los enfermos terminales.

Tendrán derecho a la mencionada prestación quien se incapacite física o intelectualmente en forma total y que le genere una incapacidad laborativa del 66% o más, que no haya alcanzado la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria y que contemple la condición de aportante regular (por lo menos 30 aportes efectuados en término dentro de los 36 meses anteriores al pedido) o aportante irregular con derecho (por lo menos 18 aportes efectuados en término dentro de los 36 meses anteriores al pedido).

Los trabajadores autónomos deben cumplir con los requisitos anteriores y se agrega que la invalidez del afiliado debe durar más de un año.

Para solicitar un Retiro Transitorio por Invalidez el afiliado deberá presentarse en la Administradora en la que se encuentra o en el Anses y presentar DNI, certificado de domicilio, certificado médico, certificado de educación formal alcanzado y solicitud de prestaciones previsionales. Una vez ingresado el pedido se deberá remitir el mismo a la Comisión Médica con jurisdicción en el domicilio real del afiliado.

Esta Comisión Médica analizará la documentación y citará al afiliado a revisión dentro de los 15 días corridos. Se realizará un psicodiagnóstico a partir del cual se darán las conclusiones y se asignará un porcentaje de incapacidad.

Luego de efectuado el dictamen las partes tienen cinco días hábiles para apelar ante la Comisión Médica que dictaminó. La misma eleva el pedido ante la Comisión Médica Central con sede en Buenos Aires, quien procede a citar al afiliado.

De no estar de acuerdo con el dictamen de la misma puede apelar ante la Cámara Nacional de la Seguridad Social. Los gastos ocasionados por el viaje y estadía deben ser cubiertos por el afiliado.

En primera instancia se dictaminará el Retiro Transitorio por Invalidez por el término de tres años, al cabo del mismo se realizará una nueva junta médica quien dictaminará el retiro definitivo por invalidez o la transitoriedad por dos años más.

El ingreso a percibir será del 70% del ingreso base si es aportante regular y del 50% si es aportante irregular con derecho. El ingreso base de la prestación se calcula dividiendo por 60 la suma de las remuneraciones y/o rentas que hubieran sido percibidos durante meses en los que hubo obligación de aportar anteriores a la solicitud del RTI.

En la actualidad un alto porcentaje de pacientes que cumplen con los requisitos anteriores y que poseen un diagnóstico de IRCT, el porcentaje de incapacidad es favorable (mas del 66%) y acceden a un Retiro por Invalidez. Si bien cabe aclarar que la situación actual donde el trabajo escasea o se encuentra encubierto, donde las changas son un medio importante de subsistencia, no todas las personas pueden cumplir con estos requisitos y como la Ley no prevee la contemplación de los años aportados anteriores a los últimos 36 meses, muchas personas no pueden acceder a este beneficio.

Como muchos tampoco pueden continuar trabajando no van a poder acceder a una jubilación, por lo que en el tema previsional van a quedar sin ninguna cobertura para su futuro ni para el de su familia.

Cuando los pacientes no pueden acceder a un Retiro por Invalidez ya que no cumplen con los requisitos de la Ley se puede solicitar una pensión graciable.

Las mismas no requieren años de aporte, sino un informe social donde se manifiesten las condiciones presentes (físicas, sociales, psicológicas) del solicitante y cierta documentación personal, como por ejemplo, fotocopia del DNI.

Tanto con un Retiro por Invalidez como con una pensión graciable (aprox. \$ 100 por mes) la persona tiene que esperar hasta dos años para tener una resolución favorable, cobrar y poder acceder a la Cobertura Social del PAMI.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) SUNKEL O. Y GLIGO N. "Los estilos de Desarrollo y Medio Ambiente en América Latina. Pág. 9. Fondo de Cultura Económica. Mexico, 1980.
- (2) GRASSI E, HINTZE S. y NEUFELD M.R. "Políticas Sociales: Crisis y Ajuste Estructural". Pág. 10. Editorial Espacio. Buenos Aires, 1994.
- (3) "NEFROLOGIA". L. Sanchez. Sicilia. Insuficiencia Renal Aguda. Pág. 882.
- (4) IDEM (3) Pág. 886.
- (5) GRUNFEID, J.P. "Insuficiencia Renal Crónica". Consideraciones Prácticas. Pág. 335.
- (6) "MANUAL EDUCATIVO PARA PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL". Pag. 6. Baxter.
- (7) NEIRA, GROSSO y MASSARI. "El Transplante Renal". Pág. 21. Centro Médico de Córdoba.
- (8) IDEM (7) Pág. 49.
- (9) SERVICIO SOCIAL HOSPITAL DE PEDIATRIA "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN". "Trabajo Social Hospitalario". Pág. 110. Editorial Espacio, 1996."
- (10) REVISTA "PAMI CIENTIFICO" Nro. 7. Equipo Interdisciplinario (INSSPJ). Atención Integral del Paciente con Enfermedad Terminal. Pág. 22, 1993.
- (11) IDEM (10). Pág. 23.
- (12) IDEM (10). Pág. 23.
- (13) BANNSON, CLAUS B. "Terapia de Apoyo". Cuestiones Psicológicas y Emocionales en Cancer. Asistencia Psicoterapéutica del Paciente Canceroso. Pág. 16.
- (14) AVENDAÑO, LUIS H. "Nefrología Clínica". Pág. 649. Editorial Mexico-Panamericana. Madrid, España 1997.
- (15) IDEM (13). Pág. 23.
- (16) ANDRES, JOAN y FORTUNY, CORME. "Cuidados de la Enfermería en la Insuficiencia Renal". Pág. 28 a 31.
- (17) IDEM (16), pág. 28.
- (18) "Claves en Psicoanálisis y Medicina". Nro. 4, "La Clínica Situacional en Pacientes Terminales". Pág. 45. Ed. Catálogos, 1993.
- (19) IDEM (14), pág. 650.
- (20) IDEM (14), pág. 651.
- (21) IDEM (14), PÁG. 651.
- (22) IDEM (16), pág. 30.
- (23) IDEM (16), pág. 29.

INVESTIGACIÓN
SOCIAL

METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

a) Metodología de la Investigación:

Se lleva a cabo una investigación de tipo Cualitativo ya que se pretende describir y comprender el hecho social, considerando la percepción del propio actor y su conducta.

“La frase metodológica cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable”.¹

La metodología cualitativa se caracteriza por un enfoque Holístico, las personas, los escenarios y los grupos son considerados como un todo. En este análisis se realiza un estudio comparativo de las perspectivas de los diferentes actores.

Se caracteriza por la constante interrelación de conocimientos teóricos, con datos recabados en el campo, en un proceso dinámico y continuo de incorporación y construcción de conceptos.

La presente investigación se realiza a partir de la percepción e interpretación que realizan los profesionales del servicio de Nefrología y pacientes que se encuentran en tratamiento de diálisis en el servicio de Nefrología del Hospital Interzonal General de Agudos.

b) Unidad de Análisis:

Pacientes en tratamiento de Diálisis y Plantel Profesional del servicio de Nefrología de Hospitales de la ciudad de Mar del Plata (Estatal y Privado).

c) Delimitación de la muestra:

Se llevan a cabo entrevistas Semi-estructuradas a los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, que realizan tratamiento de Diálisis en el Hospital Interzonal de Agudos “Dr. Oscar Allende”.

También se realizan entrevistas Semi-estructuradas a los profesionales integrantes del servicio de Nefrología de los Hospitales.

-Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Allende”.

-Hospital Privado de Comunidad.

c) Criterio de Selección de la Muestra:

Se tomaron entrevistas a la totalidad de los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica (trece pacientes) que realizaban tratamiento de Diálisis en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Allende” durante el período de Enero a Marzo de 1999.

Paralelamente se realizan entrevistas a los profesionales integrantes del servicio de Nefrología de los Hospitales: Hospital Interzonal General de Agudos y Hospital Privado de Comunidad. El número de entrevistados asciende a 11 profesionales, a saber:

▪ Hospital General de Agudos

-1 Lic. en Servicio Social

-1 Lic. en Psicología

-1 Médico Nefrologo

-1 Lic. en Terapia Ocupacional

-1 Nutricionista

¹ TAYLOR, S.G. y BOGDAN, R. “Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación”. Pág.

-1 Enfermera

- Hospital Privado de Comunidad

-1 Lic. en Servicio Social

-1 Lic. en Psicología

-1 Médico Nefrologo

-1 Nutricionista

-1 Enfermera

d) Diseño del Instrumento de Recolección de Datos:

Con el objetivo de análisis del material teórico, se realizan los cuestionarios que se detallan en los Anexos 1, 2, 3.

e) Modalidad Operativa:

Las entrevistas fueron realizadas por las autoras del presente trabajo en forma oral, a los profesionales integrantes del servicio de Nefrología y pacientes del Hospital Interzonal General de Agudos.

Se efectúa un estudio compensatorio, de los profesionales integrantes del servicio de Nefrología del Hospital Privado de Comunidad, con el objetivo de profundizar el tema de la investigación: inserción laboral y relaciones familiares.

Previamente se llevó a cabo la realización de la prueba piloto, interrogando a: 2 pacientes, 2 Trabajadoras Sociales, 1 médico y 1 enfermera.

A partir de dicha prueba se unieron los items 2.6, 3.5 y 4.1 de las entrevistas a los pacientes. En las entrevistas realizadas a los Trabajadores Sociales, Médico y Enfermera no se llevaron a cabo modificaciones.

Los datos que se obtuvieron, en la mencionada prueba piloto, fueron incluidos en el análisis de los datos, por considerarse relevante la información obtenida.

Las entrevistas fueron grabadas con el fin de no perder detalles, aspectos de los temas tratados.

g) Análisis de Datos:

Para el análisis de datos se toma en cuenta las siguientes variables y sus correspondientes categorías de análisis.

1-Paciente

- 1.1 Caracterización de la población
- 1.2 Cambios en la dinámica familiar, luego del diagnosticada la enfermedad.
- 1.3 Grado de conocimiento de la enfermedad. Implicancias psicológicas.
- 1.4 Modificaciones en las actividades laborales.

2-Trabajador Social

- 2.1 Función desempeñada en el servicio de Nefrología
- 2.2 Formas de abordaje
- 2.3 Consecuencias evidenciadas desde el Trabajo Social generadas a partir del tratamiento.

3-Profesionales integrantes del servicio de Nefrología

- 3.1 Causas generales de la enfermedad
- 3.2 Tratamiento y adhesión al mismo.
- 3.3 Consecuencias generadas a partir del tratamiento médico.
- 3.4 Visión de la función del Servicio Social.

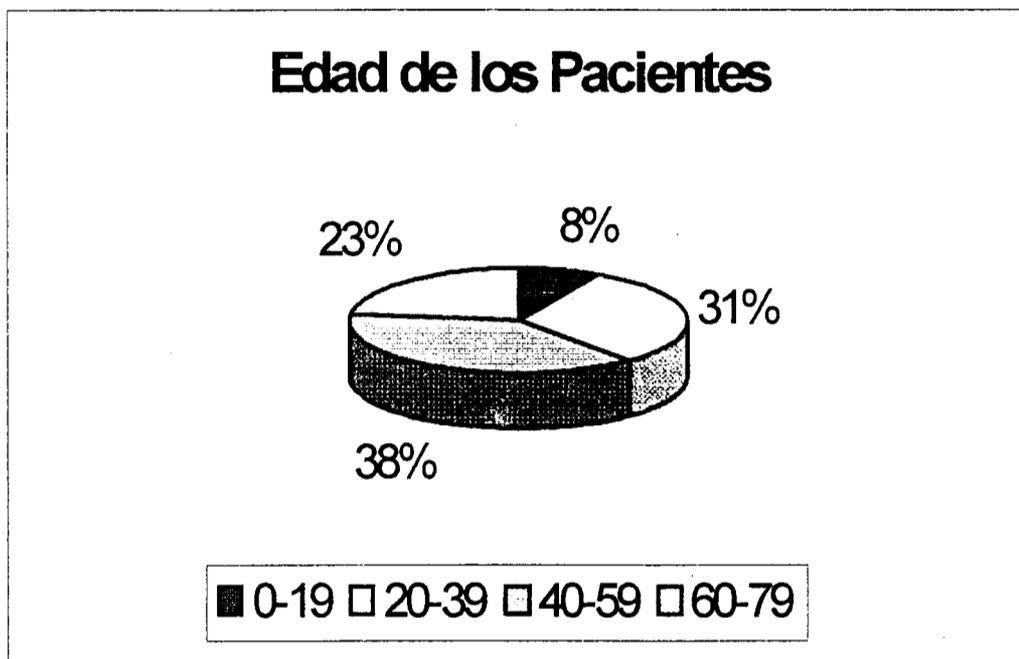
ANÁLISIS DE
DATOS

1-PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

1.1 Características de la población

Dentro de las características de la población se consideran la edad de los pacientes, nacionalidad, estado civil, localidad, el nivel educacional y sexo.

En cuanto a la edad, oscilan entre 16 y 77 años, destacándose mayoritariamente el rango 40-59 años.

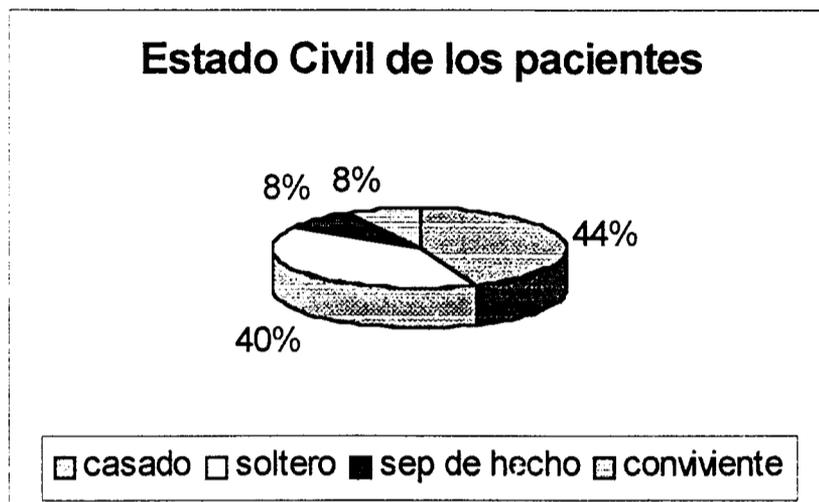


Tomando la nacionalidad, el 92 % de los pacientes son de nacionalidad Argentina, siendo esto coherente, ya que si bien es un país que posee un alto grado de inmigración, no supera la población nativa.

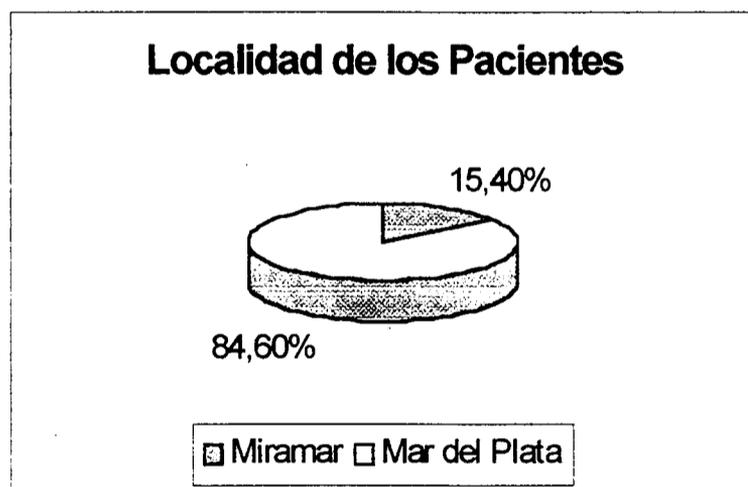


Considerando la variable sexo, se observa que no existen diferencias significativas entre los pacientes de sexo femenino y pacientes de sexo masculino.

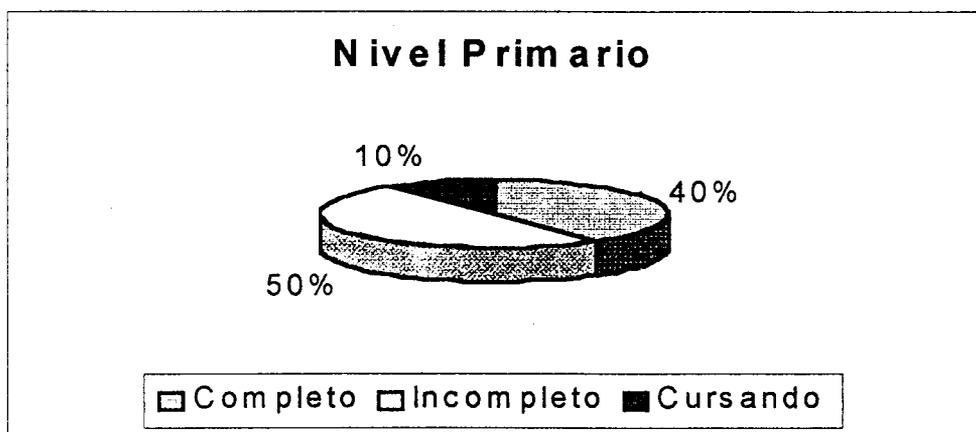
Teniendo en cuenta el estado civil de los entrevistados, se evidencia igual prevalencia de personas casadas que personas solteras.



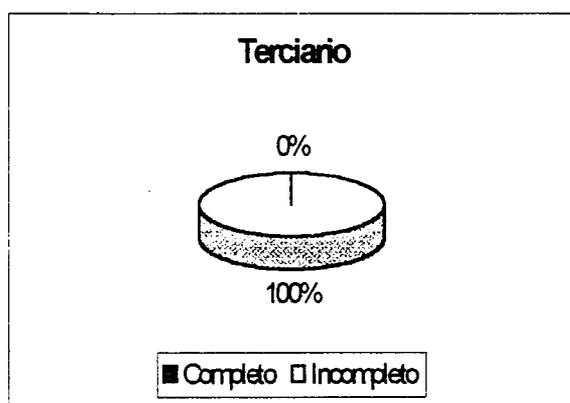
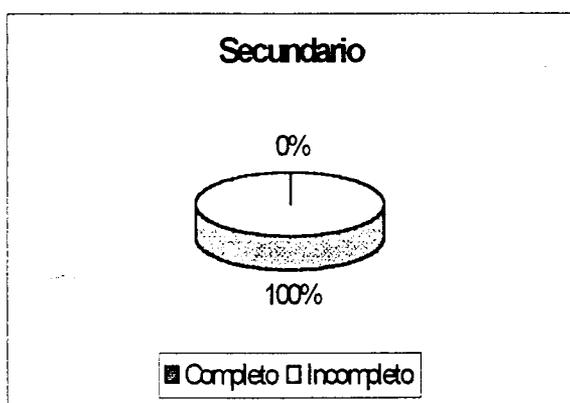
Con respecto a la localidad, el 84,6 % pertenece a la ciudad de Mar del Plata y el 15,4 % a la ciudad de Miramar. Los pacientes de la ciudad de Miramar son atendidos en el Hospital Interzonal General de Agudos, siendo la misma la unidad renal más cercana, correspondiendo al área de atención del mencionado Hospital.



En cuanto al nivel educacional primario se evidencia la preponderancia del mismo en relación a los otros niveles de educación (76,9%). Se observa que no existen diferencias significativas entre los que han completado (40 %) y los que han abandonado dicho nivel educacional (50 %). Si se observan diferencias en relación a los que están cursando actualmente (10 %).



Con respecto al nivel secundario y terciario es mínimo el porcentaje de los que lo han iniciado (15,4 % y 7,7% respectivamente) siendo significativo que ningún entrevistado haya podido concluirlo.



De lo expuesto, se deduce que la población entrevistada constituye un grupo heterogéneo. En la misma se revela que la IRCT no se relaciona con las variables de edad y sexo, teniendo decidida preponderancia el nivel educacional de los pacientes.

1.2 Cambios de la Dinámica Familiar luego de diagnosticada la enfermedad.

Se observa que en aquellas familias en las cuales el paciente era el sostén económico, al tener que dejar de trabajar se recientan los ingresos del núcleo conviviente, debiendo ser asumido el mismo por algún/os miembro/s del grupo familiar conviviente o extenso, dentro de los que se puede citar esposo-esposa, hijos-padres.

En el caso de que el paciente sea una mujer ocurre una similitud con lo enunciado. La mujer que no cumplía el rol de sostén económico, sino el de encargado de las Tareas Domésticas y Cuidado de la Atención de los hijos, al disminuir el mismo se produce una reorganización familiar, asumiendo dicho rol algún/os miembro/os del grupo familiar conviviente.

“Puede que las expectativas habituales de rol de marido o esposa se vean alteradas a la fuerza por interferencia de la enfermedad crónica y su tratamiento. Por ejemplo el marido que mantiene a la familia quizás no pueda seguir manteniendo este rol en la misma medida al convertirse en enfermo crónico y tener que someterse a diálisis... A la inversa si la enferma es la esposa, el marido puede verse asumiendo responsabilidades no solo financieras sino domésticas y de educación de los niños”.⁽¹⁾

Los entrevistados manifiestan:

“El cambio más grande fué el no poder dedicarme al cuidado de mis hijos, el menor al igual que los otros, ya que cuando tenía un mes yo me enfermé y mi hija más grande tuvo que cuidarlo y criarlo”. (E1)

“El cambio más grande es a nivel económico, mi esposa tuvo que salir a trabajar por \$ 300 en negro, sin obra social. Este escaso ingreso nos dificultó mantener el nivel de vida que teníamos, mis hijos están becados en la escuela que asisten” (E2)

“No quiero que mi hija trabaje... ahora que puede ayudarme a hacer las cosas de la casa”. (E 4)

“El cambio más grande fué tener que dejar de trabajar, ya que no puedo limpiar más” (E 7)

“Atendía la casa y a mi marido, cocinaba, limpiaba, ahora ya no puedo limpiar más mi casa”. (E 8)

“El cambio lo noté en lo monetario, al enfermarme, aunque siempre tuve una insuficiencia cardíaca, trabajaba y eso sumaba otro ingreso”. (E 10)

La disminución del ingreso y la alteración de las tareas domésticas dificulta el cumplimiento de la dieta preescrita y en la adquisición de la medicación

correspondiente. Paralelamente se debe tener en cuenta la etapa de adaptación por la que atraviesa el paciente con respecto al tratamiento.

A partir de la enfermedad de un miembro de la familia se genera una desestructuración y alteración de roles, produciéndose posteriormente un reacomodamiento vincular de los mismos.

De los datos extraídos se deduce que las familias de los pacientes entrevistados han podido realizar este proceso en forma gradual y positiva, a partir de una nueva reestructuración de la dinámica familiar (roles, pautas de conducta, hábitos y otros).

Esta nueva distribución de roles produce una sobrecarga de responsabilidades, actividades en otros familiares, quienes deben anexar esta función a la que ya poseían en el núcleo familiar.

Los entrevistados manifiestan:

“Mi mamá se tuvo que dedicar a cuidarme, prepararnos la comida, acompañarnos a todos lados, hacernos acordar de tomar la medicación”.

(E5)

“En cuanto al cuidado de mis hijos me ayuda mi mamá y mis hijos mayores, que se encargan de la casa y el cuidado de los hermanos menores, como también de colaborar con el padre en el reparto de soda”.(E 1)

Cabe destacar que en las tres entrevistas realizadas a pacientes, cuyas edades oscilan entre 16 a 21 años, manifiestan un aumento en las relaciones familiares

externas y una disminución en el grupo de amigos y en la realización de actividades culturales y recreativas. Tal como se expone a continuación:

“Si, mantengo relaciones con toda mi familia... después que me enfermé me apoyaron y me ayudaron más”. (E 3)

“En cuanto a mis amigos me sigo viendo con algunos, muchos se perdieron y ahora no he sabido de ellos...” (E 3)

“Mis amigos me brindan mucho afecto, me quedan pocos... los que se van es porque nunca fueron amigos.” (E 5)

“Antes de enfermarme iba al colegio como cualquiera, salía, hacía un montón de cosas, no tenía problemas de horarios, rutinas, entender que nada era como antes”. (E 5)

1.3 Grado de conocimiento de la enfermedad. Implicancias Psicológicas.

Dentro de las implicancias psicológicas, se considera que el nivel de conciencia que poseen los pacientes entrevistados es alto, debido a que conocen la enfermedad y las formas de tratamiento. El 54,8 % de los pacientes conoce la enfermedad y el 23,1 % no conoce el nombre de la enfermedad, pero sí la parte del organismo que está afectada. El 23,1 % desconoce la enfermedad, coincidiendo el mismo con los pacientes que recientemente fue diagnosticada la enfermedad (menos de dos meses) e ingresan a diálisis.

En cuanto a la forma de tratamiento médico la totalidad de los pacientes conoce el tratamiento diálitico, algunos pacientes de los entrevistados nombran el Trasplante Renal como una posibilidad a largo plazo. Asocian al anterior el Plan Alimentario y farmacológico.

Lo mencionado se manifiesta en las siguientes entrevistas:

“Si, tengo poliquistosis renal”. (E 4)

“Si, tengo poliquistosis renal, que deriva de una insuficiencia renal”. (E 2)

“Me han hablado, pero no me acuerdo bien el nombre de la enfermedad, solo que tiene algo que ver con los riñones”. (E 6)

“Tengo un problema renal no se de que tipo, solo que es una enfermedad renal”. (E 9)

“La verdad es que no se como se llama la enfermedad, hace poquito que empecé”. (E 10)

En cuanto a las formas de tratamiento:

“Si, vengo a diálisis tres veces por semana, cuatro horas. También tomo medicación y tengo que hacer una dieta estricta”. (E 1)

“Esta enfermedad no tiene cura ya que es genética... ahora

me encuentro en diálisis, tres veces por semana lo que me ayuda a mantenerme". (E 2)

"Se que la diálisis es lo inmediato, lo que puedo hacer ahora y estoy anotada en la lista de trasplante del CUCAIBA". (E 4)

"Si, lo único que puedo hacer es diálisis para sacarme el líquido". (E 10)

Los pacientes manifiestan que una vez diagnosticada la enfermedad tuvieron que realizar diferentes cambios, siendo dificultosa la adaptación y cumplimiento de los mismos, en algunos persistiendo hasta la actualidad.

Los pacientes expresan que el cambio más grande que realizaron es en cuanto a la dieta. En la actualidad el cumplimiento de la misma se torna esporádico o no se puede dar cumplimiento, manifestando el motivo del mismo la falta de recursos económicos y la organización de las tareas domésticas.

Si bien otro cambio importante que debieron realizar, la asistencia a las sesiones de diálisis, la totalidad de los pacientes cumplen con la misma ya que produce una mejoría en el estado de salud.

"En cuanto a los cambios el más importante fué acostumbrarme a una dieta estricta que me cuesta mucho cumplir... otro fué el tener que venir a diálisis, al principio no quería saber nada, pero ahora vengo". (E 5)

“El cambio más grande fué acostumbrarme a cumplir con la dieta que es muy estricta pero solamente vengo a diálisis, la dieta me cuesta porque no tengo plata”. (E 7)

“El cambio fué tener que hacer una dieta, pero esto cuesta porque es costosa...a diálisis sin embargo vengo siempre ya que me hace sentir mejor”.(E 10)

“En lo que se me complica es en la dieta, ya que como vengo a diálisis no tengo mucho tiempo y termino cocinando lo que puedo...” (E 3)

Cabe destacar que ninguno de los pacientes entrevistados manifiestan los sentimientos y emociones que poseen frente a la enfermedad. Solamente dos pacientes expresan sus vivencias en cuanto a los cambios generados en la adaptación a la enfermedad, IRC, y al tratamiento.

“Siempre viví solo en el campo donde trabajaba hasta la enfermedad ... no tenía contacto con mi familia, no me importaba saber de ellos, era muy renegado... a partir de que me enfermé comencé a acercarme a mi familia ya que necesitaba cada vez más de ellos, entendí que necesitaba el apoyo de los míos que no podía salir solo de esto”. (E 4)

“No siempre fué así, no siempre tomaba los remedios, cumplía con la dieta, al principio no quería saber nada y no cumplía con el tratamiento, me costó darme cuenta de que era para mi bien y me hacía sentir bien” (E 4)

“En el primer tiempo no aceptaba la enfermedad, no cumplía con nada, ni con la dieta. Todo me costaba y por todo hacía una tragedia. Ahora entendí que es por mi bien, que todo lo que hago me hace sentir mejor, ya no tengo miedo y todo pregunto”.(E)

1.4 Modificaciones en las Actividades Laborales.

Tomando la actividad laboral de los pacientes anterior a la enfermedad la mayoría trabajaba en una actividad predominantemente de oficio y empleados con un ingreso promedio entre \$ 300 y \$ 500. Cabe destacar que los pacientes que no trabajaban eran mujeres que se dedicaban a las tareas domésticas y una adolescente que estudiaba.

Posteriormente al diagnóstico y luego del inicio del tratamiento, se observa que la mayoría de los pacientes que trabajaban, tuvieron que dejar de trabajar. Dos pacientes que desempeñaban laboralmente en actividades independientes, y distintas a las que realizaban anteriormente a la enfermedad, produciendo una disminución del ingreso, percibiendo en la actualidad \$ 100-300 por sus actividades. Dichas actividades son: comercio, frutería y verdulería, y dibujo publicitario, que no demandan estrictos horarios ni excesivo esfuerzo.

Como lo enuncia el autor:

“A pesar de los avances médicos en la adecuación de la diálisis, el porcentaje de los pacientes sin actividad laboral oscilan entre el 45 % y 75 % y es más elevado en la mujer que en el hombre. El estado físico, la compatibilidad del tratamiento hemodialítico con su empleo previo, el nivel de educación y la actitud del

paciente frente a sus limitaciones son las variables que más afectan la conducta laboral". (2)

"Disminución de la capacidad de empleo, el tiempo invertido en la diálisis puede interferir seriamente en el empleo del paciente. A menudo las oficinas de empleo y las exigencias de seguro impiden el trabajo de enfermos sometidos a diálisis de mantenimiento".(3)

Lo enunciado expresa en las siguientes afirmaciones:

"Si trabajaba, era plomero y trabajaba con un amigo, ganaba aproximadamente \$ 300. Ahora no estoy trabajando porque hay que hacer mucho esfuerzo y no puedo estar agachándome o golpeándome". (E 6)

"Si, era personal de limpieza de una empresa, el ingreso era de \$ 360 mensual. Ahora no puedo trabajar porque no puedo hacer mucho esfuerzo ni mover los brazos".(E 10)

"Antes trabajaba bien era albanil, cocinero ganaba también bien más de \$ 900, en la actualidad tengo una verdulería y los ingresos son muy inestables, hay días de \$ 6, \$12 y \$30 con lo que apenas cubro la comida". (E 11)

"Si, trabajaba en la pesca ganaba \$2500 en tres meses, aproximadamente

...ahora trabajo en casa en Dibujo Publicitario...hago pequeños trabajos".(E2)

"No trabajé nunca, más que ayudar a mi esposo... " (E 1)

Considerando la disminución de la capacidad laboral del paciente se vislumbra que afecta en forma constante y preponderante al núcleo familiar conviviente. En el caso de que el hombre era el sostén económico, la mujer ha tenido que buscar un empleo, a partir del cual poder satisfacer las necesidades básicas de la familia. Cuando la persona enferma es la mujer y no trabajaba con anterioridad, desde lo económico el grupo familiar no es afectado fuertemente y si la misma trabajaba se denota una disminución del ingreso familiar afectando la calidad de vida.

En cuanto a los pacientes cuyas edades oscilan entre 16 y 21 años, si bien algunos han debido dejar de trabajar, esta modificación no reciente los ingresos familiares ya que los padres y hermanos continúan con sus respectivas actividades laborales.

En las siguientes entrevistas se expone lo enunciado con anterioridad:

"El cambio más grande es a nivel económico, mi esposa tuvo que salir a trabajar por \$ 300, en negro y sin obra social".(E 2)

"Nunca trabajé, siempre estudié... la ayuda económica me la brindan mi padre y mi hermana mayor". (E 5)

“Si, yo era plomero y trabajaba con un amigo... la ayuda económica me la dan mis padres, ellos solos, ya que soy el mayor de los hermanos”. (E 6)

“Hace muchos años que no puedo trabajar porque tuve una hemiplejia, mi esposa tuvo que salir a trabajar fuera de la casa”. (E 8)

“El cambio lo noté en lo monetario, antes de enfermarme trabajaba y eso sumaba otro ingreso”. (E 10)

Cabe destacar que tres pacientes reciben en la actualidad beneficios previsionales, uno se encuentra jubilado antes de diagnosticada la enfermedad, uno recibe un Retiro por Invalidez de \$ 140 y el restante una pensión Graciable recibida recientemente y tramitada hace 6 años, con un monto de \$ 100.

A partir de lo citado se manifiesta que aunque el paciente perciba un beneficio previsional, el escaso monto del mismo, si bien colabora con el ingreso familiar, no alcanza por si solo para cubrir las necesidades del paciente y en menor cantidad las necesidades del grupo conviviente.

Por lo expuesto con anterioridad se considera importante destacar que la cantidad de horas por semana que invierte el paciente en el tratamiento de diálisis influye negativamente en la relación laboral, sumado a esto se encuentran los condicionamientos físicos característicos de la enfermedad. Esto disminuye la capacidad de empleo, tanto física como social, siendo la alternativa viable el trabajo independiente, la cual con el tiempo ha sido implementada por algunos

pacientes.No solo contribuyendo de esta forma al sostenimiento familiar, sino también en el incremento de la autoestima al sentirse útil.

Al disminuir o tener que renunciar al trabajo, el nivel de vida familiar se resiste y el rol económico debe ser asumido por algunos miembros del mencionado grupo, generando esto una reestructuración y un reacomodamiento de roles y funciones.

En relación a la consulta efectuada a los pacientes sobre las actividades que les permitan obtener un ingreso, los mismos no la asocian con una actividad laboral, sino con actividades del uso del tiempo libre.Las mismas tienen como objetivo elevar el autoestima y sentirse útil a la familia.Tal como se expone en los siguientes párrafos de las entrevistas realizadas:

“Me gustaría realizar y aprender todo lo relacionado con la informática...” (E 3)

“Me gustaría hacer algo relacionado con los oficios que es lo que yo conozco, no se, por ejemplo carpintería...” (E 6)

“Me gustaría realizar cualquier actividad, no soy pretencioso...” (E 9)

“Me gustaría realizar cualquier tipo de manualidades, especialmente costura...” (E 10)

2-TRABAJADOR SOCIAL

2.1 Función desempeñada en el Servicio de Nefrología

De las entrevistas realizadas, se evidencia que la función del Trabajador Social se focaliza en la orientación y en la contención del paciente, facilitador de un proceso reflexivo en relación a la toma de conciencia, muchas veces de temas no específicos de la profesión, sino de aspectos médicos.

Como se expone en las siguientes entrevistas:

“La función del Servicio Social fundamentalmente la contención del paciente sobre la toma de conciencia de la enfermedad”. (E 1)

“...contención, tratar de hablar mucho con el paciente, mucho diálogo con el paciente y también la parte afectiva...” (E 1)

Otro entrevistado refuerza lo escrito anteriormente:

“Primero orientar...bajar el nivel de ansiedad y angustia con que ingresa el paciente”. (E 2)

Como se menciona anteriormente, en el área de Salud, el modelo Médico se torna prevaleciente en relación a otras profesiones. Es por esto que el Trabajo Social dentro del servicio de Nefrología, pierde especificidad y autonomía en la tarea.

Como lo afirman los siguientes entrevistados:

“...estamos donde el modelo médico es fundamental, “el médico dijo que me calle”.No ocupamos el mismo lugar que el médico...” (E 2)

“Para el Trabajador Social es encontrar el espacio, trabajar que el modelo médico hegemónico no es lo único existente”.(E 2)

También se observa en las entrevistas efectuadas que el Trabajador Social, dentro de las profesiones que integran el servicio de Nefrología, trabaja en forma frecuente con el Psicólogo, Terapista Ocupacional y Nutricionista, en muchos casos efectuando entrevistas en conjunto. Como a continuación se enuncia:

“...trabajo conjuntamente con la psicóloga en grupo y con la Terapista ocupacional”. (E 1)

“La intervención se centra en el paciente y en su grupo familiar. Por eso se trabaja conjuntamente con la psicóloga, terapeuta ocupacional, haciendo reuniones conjuntas”. (E 1)

La Lic. en Psicología manifiesta:

“El Servicio Social es re importante, trabajamos en equipo con la nutricionista y la terapeuta ocupacional. Hacemos entrevistas familiares juntas... La Asistente Social podría hacerlo sola pero las hacemos juntas, hemos citado familiares juntas, con la dietista para lograr que la adherencia sea mejor”.(E 4)

Paralelamente los entrevistados rescatan la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario, donde todos los miembros del equipo convergen en un mismo objetivo, la rehabilitación físico-psico-social del paciente. Tal como se enuncia en el siguiente párrafo:

“El trabajo interdisciplinario, coordinación e integración de diferentes disciplinas, ha llegado a ser considerado como el mejor enfoque para solucionar el proceso de tratamiento y rehabilitación del paciente. El tratamiento debe enfocarse desde una visión integral y no parcial, utilizando únicamente la visión de una disciplina” (4)

Como exponen los mismos:

“Reuniones grupales más seguidas pero no solamente con la psicóloga y la terapeuta sino con el grupo de los médicos y de los técnicos...” (E 1)

“Hay mucho trabajo, faltarían más profesionales y un trabajo en equipo más en profundidad”. (E 3)

“Creo que Nefrología tiene que ser multidisciplinario”. (E 5)

“...mi propuesta es desde un trabajo interdisciplinario donde se trabaje desde el mismo objetivo, con propuestas...generar un proyecto...ver que a pesar de la limitación se puede construir...” (E 2)

Como cita este último entrevistado y como lo refuerza el autor Hernandez de Vittorioso, Lidia C., se vislumbra que la falta de personal dificulta la calidad en la prestación del servicio.

2.2 Formas de Abordaje

De los datos extraídos se detectan dos formas de abordaje, una de ellas centrada en el paciente y en su grupo familiar y la otra desde una perspectiva de red, que permite visualizar como está conformada su historia de vida.

Se definen a las redes sociales como: ***“entidades relacionales complejas de carácter colectivo que tienen atributos morfológicos e interactivos que le son propios y como fin, la satisfacción de las necesidades afectivas, informales y materiales de los miembros que la integran”***. (5)

Los entrevistados manifiestan:

“La intervención se centra en el paciente y en su grupo familiar”.(E1)

“Los recursos, hay que armar una ingeniería creativa, trabajo mucho con las redes, con los contactos que ellos mismos tienen, a ver como pueden acomodarse para brindar lo que van necesitando...”

Yo trabajo desde el paradigma particular, o sea, tengo una observación fundamentalmente desde las redes, para ver como se fueron modificando sus redes, que tipo de contención tiene al llegar al servicio”. (E 2)

“La intervención es por un lado cuidar al cuidador, el familiar y por otro lado favorecer las técnicas de autocuidado del paciente...” (E 2)

De esta última cita se rescata la importancia del apoyo y contención que se le debe brindar al/los familiar/es más cercanos, aquellos que se encuentran al cuidado del paciente.

El entrevistado citado anteriormente manifiesta en otro apartado:

“El cuidador se enferma, el cuidador se agota, si uno no apuntala al cuidador, si no ve al paciente inmerso en su propia red y trabaja con su propia red no se puede sostener”.(E 2)

(Dentro de las formas de abordaje mencionadas se utiliza preferentemente la entrevista semi-estructurada con el fin de establecer un vínculo cara a cara, con el paciente y su red vincular, recabar datos, brindar información y otros.)

Ambos trabajadores sociales entrevistados coinciden en la utilización de la mencionada técnica, como se detalla a continuación:

“La entrevista está marcando un indicador.La entrevista es importante en la relación Trabajador Social con el paciente”. (E 1)

“Me manejo con entrevistas semi-estructuradas...hago una entrevista en profundidad de como estaba conformada su historia de vida, como fué superando las crisis vitales y después empiezo a indagar que sabe de su enfermedad...” (E 2)

1.3 Consecuencias evidenciadas desde el Trabajo Social generadas a partir del tratamiento

De las entrevistas realizadas se evidencian tres tipos de consecuencias generales: alimentarias, familiares y psicológicas.

Dentro de las consecuencias alimentarias se considera importante mencionar el cumplimiento de una dieta equilibrada, específica para cada paciente, que generalmente contempla la disminución de líquidos, de sal, de proteínas, azúcar, como se manifiesta:

“en muchas oportunidades llegan a un problema renal hereditario pero también por descuido del paciente, el no cuidarse, el no hacer el tratamiento como corresponde, el comer con sal, no hacer una dieta equilibrada”. (E 1)

“...tenés la bolsa de alimentos, pero está llena de harinas, que no es bueno para ellos”.(E 2)

(Se observa que la enfermedad de uno de los miembros del grupo familiar genera una crisis, produciéndose un reacomodamiento de roles, relaciones sociales y otros. Dicho reacomodamiento familiar se da en un proceso gradual, por el cual la familia pasa por diferentes etapas. Se torna indispensable citar al autor S.G. de ALLEMAND y M. I.B. de MARTÍN:

“En un primer momento suele haber colaboración, acompañamiento en respuesta a las necesidades del enfermo. A medida que persiste la enfer-

medad las situaciones de conflicto que existían antes de la aparición del cuadro renal se agudizan y aparecen otras".(6)

Lo mencionado anteriormente se refuerza con las siguientes afirmaciones:

"Al principio la familia tiene un rol protagónico, pero después se va agotando...hay un acompañamiento, todo va a depender de la historia de vida vincular...si fué positiva, sostenida desde el afecto, donde los roles estaban definidos pero existía una flexibilidad, a partir de la enfermedad se va a seguir sosteniendo. Pero si hubo una historia de vida conflictiva va a ser una familia que no va a haber un acompañamiento. (Cuando hay una historia desde lo vincular de mucho amor vas a tener una familia sobreprotectora...no favorece la participación y la organización de roles". (E 2)

"...Se van produciendo reacomodamientos, a veces es sumamente lento, porque en el medio se van produciendo internaciones que vuelven a desacomodar, depende de los casos". (E 2)

"La familia generalmente apoya...se produce un desgaste, depende de la edad. La gente cuando es muy joven hay mayor contención, cuando son mayores el desgaste es mayor, depende de cada pareja, de cada situación..." (E 1)

(Cabe destacar que la edad del paciente influye positiva o negativamente en la reorganización familiar, en los contactos sociales y en la adaptación al tratamiento) Como se refuerza en las siguientes afirmaciones:

“Sus redes personales se achican mucho, el sostenimiento pasa solo por la familia, empieza a perder todo lo que son contactos sociales, en los pacientes mayores. Los más jóvenes tratan de conservar los contactos sociales, aquellos que son con los vínculos más fuertes”. (E 2)

Refiriéndose a las consecuencias familiares, de los datos obtenidos se evidencia la relación existente entre la disminución y/o pérdida del rol laboral, que conlleva a una modificación en la dinámica familiar. Cabe destacar que esta modificación influye en las expectativas habituales del rol, debiendo ser suplidas por algún otro miembro.

Como lo enuncia el autor Jane Anderson y Janis Levine:

“Puede que las expectativas habituales de rol de marido o esposa se vean alterados a la fuerza por interferencia de la enfermedad crónica y su tratamiento. Por ejemplo, el marido que mantiene a la familia quizás no pueda seguir manteniendo este rol en la misma medida al convertirse en enfermo crónico. Esto puede suponer que la esposa asuma el papel de controlador, no solo en lo financiero sino en lo emocional. A la inversa, si la enferma es la esposa el marido puede verse asumiendo responsabilidades, no solo financieras sino también domésticas y la educación de los niños”. (7)

Los entrevistados manifiestan:

“... si, porque a las familias les cuesta la adaptación del paciente en diálisis, no es fácil sacarlas de ese núcleo y que vengan a un servicio de diálisis...es difícil la adaptación de ambas partes, yo hice una estadística, porque hay pacientes que no pueden trabajar porque la mayoría disminuye su actividad laboral...tienen que salir los otros a trabajar por ellos...” (E 1)

“...al haber un problema económico y más en el hombre, es como que se desorganiza el grupo familiar y cuando hay chicos no te digo nada...se produce un desorden a nivel de pareja y a nivel familiar”.(E 1)

“Al entrar en diálisis se observa...una dificultad de encontrar su rol familiar, la pérdida laboral conlleva una pérdida en el status económico”. (E 2)

“La familia tiene que seguir ocupando desde lo laboral el rol de sostenimiento si es un hombre el que mantenía, si es una mujer la que está enferma atender al resto”. (E 2)

(En el caso de los pacientes que desean continuar trabajando, el mercado laboral los excluye de un trabajo en relación de dependencia ya que les exige determinada cantidad de horas o de esfuerzo físico que no pueden realizar)Ante

esto surge la alternativa de trabajo independiente o en negro, siendo esta la posibilidad más factible para estos pacientes.

Se torna necesario citar a Jane Anderson y Janie Levine quienes manifiestan:

“El tiempo invertido en la diálisis puede interferir seriamente con el empleo del paciente. A menudo las oficinas de empleo, las exigencias del seguro impiden el trabajo de enfermos sometidos a diálisis de mantenimiento”. (8)

Los entrevistados expresan:

“Hoy en día nuestra sociedad donde tenés un problema de salud no te toman sea renal o con otra patología...con determinadas tareas pero en negro y trabajo liviano porque tampoco pueden hacer demasiado esfuerzo...” (E 1)

“...el mercado laboral hoy en día está excluyendo cada día más a una persona que tiene un problema de salud, en el sistema actual no tiene lugar, independiente desde lo laboral: changarines, albañiles. No en una relación de dependencia”. (E 2)

“...otro tema que les preocupa muchísimo es la parte sexual, porque en la mayoría de los casos disminuye la frecuencia sexual por la medicación o el problema renal, la mayoría no tiene relaciones, eso es tremendo para ellos. Los bajonea muchísimo, más en el hombre”. (E 2)

Se cita al autor S.G. de Allemand y M.I.B. de Martín:

“En la enfermedad Renal, al igual que en otras enfermedades crónicas, se deteriora la capacidad sexual. Se expresa en la disminución de deseo y frecuencia en las relaciones o en su interrupción, muchas veces definitiva, la disfunción aparece tanto en el hombre como en la mujer y ocurre hasta en un ochenta por ciento de los casos”. (9)

Considerando las entrevistas realizadas se evidencia las consecuencias psicológicas más preponderantes como son la dependencia, la inestabilidad emocional, suicidio encubierto.

(La dependencia se puede centrar en dos aspectos ya sea en la máquina o en un profesional o miembro familiar. Esta situación genera la imposibilidad de establecer un proyecto de vida planteando alternativas frente a la nueva situación y actuando de forma pasiva ante los emergentes de su enfermedad.)

Es común en muchos pacientes, el cambio frecuente en el estado de ánimo pasando de una actitud de independencia a una actitud de demanda permanente, de una etapa de amor exagerado al personal del servicio de Nefrología a un constante reproche a su intervención, de momentos de ganas de realizar grandes proyectos a momentos de no tener iniciativa.

El suicidio encubierto y la negación a la enfermedad, unido al miedo al sufrimiento conlleva a que el paciente no asuma los cuidados necesarios, faltando a las sesiones de diálisis, no tomando la medicación, no cumpliendo con la dieta prescripta.

Lo manifestado se expresa en los siguientes párrafos, por los entrevistados:

“...generalmente el paciente de diálisis es un paciente que tiene una actitud de total dependencia...no hay una alternativa de vida o construcción de un proyecto de vida.Al entrar en diálisis se observa una pérdida del objetivo vital...el paciente está en una actitud de espera, es un paciente demandante y no protagónico...” (E 2)

“Muchas veces se da el suicidio encubierto, hacer todo lo que no puedo, comer todo lo que no puedo comer, no cuidarme, generar situaciones de angustia...tiene dificultades para amigarse con la enfermedad y construir un proyecto a partir de esa limitación que tiene...tienen muchos altibajos”.(E 2)

El mismo entrevistado refuerza en otro apartado:

“El paciente no pregunta, no existe el consentimiento informado, delegan en el profesional y acatan lo que vengan”.(E 2)

En relación a las consecuencias psicológica: se observan tres etapas en el proceso de adaptación a la enfermedad, tal como lo expresa el autor Allemand y M.I.B. de Martín:

“El proceso de adaptación psicológica a la hemodiálisis ha sido descrito como la superación gradual de tres períodos diferentes. En el comienzo, al experimentar mejorías físicas luego de un corto período de enfermedad o prolongado de cronicidad aparecen

sentimientos de confianza y esperanza. Algunos denominan a esto Períodos de Luna de Miel. En un segundo momento surge la tensión entre tener que reorganizar la vida de manera distinta y los sentimientos de tristeza que acompañan a los necesarios cambios de actividad...es el llamado "Período de desencanto y desaliento". Finalmente en el "período de adaptación a largo plazo" predomina la aceptación de las limitaciones, de las desventajas y de las complicaciones de la diálisis".(10)

Un entrevistado refuerza lo citado:

"En cuanto a la enfermedad hay diferentes etapas. Cuando el paciente entra en diálisis generalmente viene una etapa de amor, de tranquilidad cuando ve que la máquina lo beneficia, una etapa de confianza". (E 2)

3-PROFESIONALES INTEGRANTES DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

3.1 Caracterización general de la enfermedad:

Teniendo en cuenta los datos recabados de las entrevistas, se evidencia tres causas preponderantes de la I.R.C. como son: Poliquistosis, Hipertensión Arterial y Diabetes.

Lo mencionado se explicita en las siguientes entrevistas:

"...Llegan por ser hipertensos de larga data, por padecer poliquistosis"(E 4)

"La hipertensión y la diabetes, dos patologías prevenibles y por

lo menos tratables en un contexto económico que lo permita”.(E 5)

“Causas: poliquistosis, algunas enfermedades congénitas, lupus, infecciones repetidas y otras inespecíficas. La mayoría no tiene un patrón definido...”

De la segunda afirmación citada se desprende la importancia del adecuado control de las enfermedades como la Diabetes y la Hipertensión arterial. Paralelamente a lo mencionado, cumple un rol preponderante el cumplimiento del tratamiento médico, especialmente el plan alimentario prescripto para cada paciente.

3.2 Tratamiento y adhesión al mismo

Dentro de las formas de tratamiento se deben especificar las correspondientes a los siguientes profesionales: Médicos, Enfermeras, Nutricionistas, Psicólogos y Terapeuta Ocupacional.

En relación al tratamiento sustitutivo aplicado por el Médico y la Enfermera se encuentra la Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y el tratamiento curativo que es el Trasplante Renal.

En el H.I.G.A. el tratamiento sustitutivo que se aplica a la totalidad de los pacientes es la hemodiálisis. En el H.P.C. se encuentran pacientes en Hemodiálisis y el Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Para que un paciente pueda acceder a esta última modalidad de tratamiento, se evalúa su estado nutricional, su nivel de instrucción y las condiciones socio-ambientales.

Con respecto al tratamiento curativo, trasplante renal, el acceso no depende de la forma de diálisis utilizado, sino de su estado general de salud, que el órgano sea compatible y otros factores médicos específicos.

Lo mencionado lo afirman los siguientes entrevistados:

"...dentro del tratamiento tenemos que diferenciar el sustitutivo del curativo. Dentro del tratamiento sustitutivo encontramos la Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y dentro del tratamiento curativo, el Trasplante". (E 10)

"...va en el estado físico del paciente, Hemodiálisis que es la que se hace con la máquina, sino D.P.C.A. que es la diálisis peritoneal que se realiza en la casa. Se evalúa al paciente para Diálisis peritoneal, no es que se le da a cualquiera, como su nivel cultural, si tiene alguien que lo ayude y el estado de salud". (E 9)

"...cuando se llega a un período crítico donde los pacientes no pueden manejar el líquido ni otro tipo de trastornos, se encuentra el Trasplante Renal". (E 10)

Conjuntamente al tratamiento médico se encuentra el Plan Alimentario que lleva a cabo la nutricionista, consistiendo el mismo en brindar orientación en la alimentación adecuada a cada paciente. Generalmente dicha dieta es restringida en la ingesta de sal, líquidos y proteínas, como se enuncia en este párrafo:

“A cada paciente se le da una dieta específica considerando el potasio, sal, proteína, fósforo, sodio, líquidos que ingieren y también el valor calórico”. (E 8)

Otro entrevistado manifiesta:

“...se debe hacer una dieta más restringida, sobre todo en la parte proteica...si es un paciente desnutrido probablemente tenga una dieta más libre que uno que está con un peso normal u obeso”.(E 5)

Haciendo referencia al tratamiento Psicológico, el objetivo del mismo consiste en la aceptación y adaptación del paciente al tratamiento médico.

Cabe destacar que el Psicólogo del H.P.C. también tiene a su cargo la evaluación psicológica de los pacientes que se encuentran en condiciones para acceder a la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

Se citan las siguientes afirmaciones:

“...lo que me propuse lograr es el mejoramiento a la adherencia al tratamiento, ya sea que tome conciencia de la enfermedad, que cumpla con la dieta, la medicación, controles...” (E 4)

“Uno de los objetivos del tratamiento es que el mismo influya para lograr en el paciente una mejoría en el tratamiento médico”.(E 3)

“En hemodiálisis se hace terapia de apoyo en la unidad, especial-

mente en consultorio que da mayor intimidad...Para evaluar un acceso a DPCA se hacen también entrevistas, se va a la casa con la enfermera educativa".(E 3)

En relación al tratamiento efectuado por la Terapista Ocupacional, este se centra en el mantenimiento de las funciones del organismo, especialmente la motora y la intelectual.El mismo se divide en dos fases: una se realiza en la sala de diálisis, focalizando en las extremidades del cuerpo, brazos, piernas; la fase restante se lleva a cabo fuera de la sala de diálisis, o sea, en el domicilio, ya sea orientando actividades que puedan realizar al aire libre o en su hogar en el caso de no poder salir.Se extraen los siguientes párrafos que confirman lo expuesto:

"La función de la Terapista Ocupacional es la mantención de funciones físicas, cognitivas.Se hace mucho incapié en la postura del paciente y se colabora en la contención psicológica".(E 6)

"Se abordan los componentes motores, postura durante la Diálisis, el cuidado del brazo donde está colocada la fistula y desde lo motor lo que puede hacer una persona cuando se va a la casa...Si está bien desde lo cognitivo y lo recreativo, buscar actividades donde se sienta bien".(E 3)

En relación a la adhesión al tratamiento, se pueden distinguir tres factores que influyen en la misma.Dentro de ellos encontramos: relación médico-paciente, variables económicas y conciencia de la enfermedad.

Con respecto a la relación médico-paciente es importante destacar la calidad del vínculo, el cual permita comprender al paciente, su condición social-cultural, brindarle las explicaciones necesarias en relación a lo pedido, todo esto, utilizando un vocabulario acorde al paciente. Lo mencionado puede favorecer la toma de conciencia y el cumplimiento del tratamiento.

Esto se afirma en las siguientes entrevistas:

“El otro tema es el que depende de nosotros, que podamos y sepamos llegar al paciente. Algunos médicos ordenan y los pacientes no entienden de que estamos hablando. Cometemos el error de no explicar de que se tienen que cuidar, porque tienen que venir a los controles...” (E 5)

“Depende mucho de la personalidad de cada uno y el vínculo que logran establecer. Un vínculo desde lo terapéutico pero que sea gratificante, no quiere decir que no se hagan señalamientos...” (E 6)

En cuanto al aspecto económico, esto se configura en forma central ya que permite adquirir los alimentos necesarios para el cumplimiento de una dieta y la medicación correspondiente. Esto se potencia cuando el paciente debe dejar de trabajar o disminuir el mismo y los ingresos y el nivel de vida de la familia merman. Tal se enuncia:

“La merma de los recursos económicos conlleva a dificultades para el cumplimiento de una dieta prescripta y la medicación adecuada,

para el traslado al centro de diálisis, para mandar a sus hijos a la escuela y otros". (11)

Los entrevistados manifiestan:

"En eso hay cuestiones o variables que dependen del paciente y otras que dependen de nosotros, manejamos elementos como son las variables económicas, a veces no pueden realmente comprar los medicamentos... Los pacientes entienden que tienen que comer pero a veces no tienen con que, es una dieta cara hoy por hoy comen lo que se puede". (E 5)

"Solo un pequeño grupo de pacientes lo cumple. Lo relaciono con el nivel social, cultural y económico. Los pacientes que poseen un cierto nivel social son los que más se cuidan, a parte poseen medios para ello". (E 8)

"Con la dieta la mayoría no cumple, con la medicación no es tanto, se le da calcio y vitaminas". (E 9)

Dentro de la toma de conciencia, el paciente transita distintas etapas. En un primer momento el miedo a la agresión de factores externos y el ser todo desconocido produce un rechazo al cumplimiento de una dieta, una determinada medicación. A medida que el mismo interioriza las ventajas y mejoras que se producen en su organismo y en su contexto, comienza a responder positivamente al

tratamiento. Cabe destacar que otro factor que influye positivamente en la aceptación al tratamiento es la aparición de determinados síntomas, a partir de los cuales, en la mayoría de los pacientes se produce un replanteo que genera el cumplimiento del plan médico. Tal como lo afirman los siguientes entrevistados:

"...Donde más fallan es en la dieta o en una forma de negar la enfermedad es no tomar la medicación. La toman recién... cuando hay un síntoma concreto, sino no. Si no lo sienten que es importante no toman conciencia." (E 4)

"Depende en la etapa en la que se encuentren ya que si bien son crónicos, algunos recién inician sus diálisis y otros son de larga data. Les cuesta más porque hace poco tiempo que están..."(E 6)

"Son conscientes después de un camino, un tiempo, no todos al cien por cien. Saben que no tienen que hacer algo porque algo les está pasando. No totalmente, pero si medianamente conscientes de que se tienen que cuidar". (E 7)

3.3 Consecuencias generadas a partir del tratamiento médico.

De las entrevistas analizadas, se desprenden tres tipos de consecuencias: físicas-alimentarias, psicológicas y familiares.

Citando las consecuencias físicas se encuentran las infecciones frecuentes, los calambres y mareos, siendo comunes en las secciones de diálisis, cambios en el aspecto de la piel, la disminución de la frecuencia sexual y trastornos óseos. Con

respecto a las consecuencias alimentarias, se debe realizar una dieta baja en proteínas, con una disminución en la ingesta de líquidos y sal. Lo mencionado se explicita en las siguientes afirmaciones:

“Genera por ejemplo, polineuritis, problemas de la desambulación... trastornos circulatorios, de la marcha... del sueño.” (E 4)

“Algunos no la toleran (diálisis)... se les produce hipertensión, calambres.” (E 4)

“... se debe hacer una dieta muy restringida, sobre todo en la parte proteica... si es un paciente desnutrido probablemente tenga una dieta más libre que uno que está con peso normal u obeso”. (E 5)

Otros entrevistados manifiestan:

“En cuanto a las consecuencias físicas: disminución del apetito sexual, el sentirse descompuestos les dificulta atender a la familia, a los chicos”. (E 7)

“A cada paciente se le da una dieta específica, considerando el potasio, sal, proteínas, fósforo, sodio, líquidos que ingieren y también el valor calórico... si observo un paciente que posee un alto nivel de azúcar, cambio su dieta con alimentos variados, prohibiendo aquellos que tengan azúcar”. (E 8)

En cuanto a las consecuencias psicológicas se observan dos tipos preponderantes debido a su incidencia y permanencia en los pacientes: depresión y negación. La depresión se puede manifestar en forma pasiva u operativa y con distintas modalidades: suicidio (abierto o encubierto), indecisión, disminución del interés. La negación se traduce en el incumplimiento a los diferentes aspectos del tratamiento médico como son la dieta, medicación, sesiones de diálisis. Junto a esto se debe citar las actitudes de miedo y dependencia que vivencia el paciente, conformando los mismos parte del proceso de tratamiento.

“La situación más difícil de abordar es la depresión, la desesperanza, la tristeza y el peligro del suicidio que trae aparejada esta situación.

El incumplimiento se torna otra reacción frecuente y asociada con el suicidio encubierto, dentro de la misma se encuentra el no cumplir con la dieta y la medicación o excederse con la ingesta de líquidos.

Otros pacientes presentan sentimientos de negación manifestando desconocer la gravedad de su enfermedad y actuando como si esta no existiera... La diálisis también crea dependencia hacia la máquina o el personal que lo controla demandando atención permanente de los mismos”. (12)

Como se afirma en los siguientes párrafos de las entrevistas:

“Todo paciente que entra en tratamiento del cual conoce muy poco va a tener cierto nivel de depresión, lo importante es que la misma no lo paralice, sino que la misma sea operativa. El paciente que hace transgresión dietética encuadra intentos de suicidios”. (E 3)

"...donde más fallan es en la dieta o una forma de negar la enfermedad es no tomar la medicación...A nivel psicológico llegan en un estado depresivo y de entrega, como que ya -no quiero luchar más con la enfermedad-, -veo que la enfermedad avanza-, -no puedo, estoy cansado-..." (E 4)

"La actitud más frecuente del paciente es la negación, la negación de la enfermedad, el no reconocer que está en diálisis.Después también es común que se enoje con los que estamos cerca y descargue toda su bronca". (E 7)

"...La depresión se ve, no porque vienen sonrientes, en la higiene, el arreglo, ganas de hacer otras cosas, de estudiar...Primero no cree que la tiene, es como que se engaña, autoengaño, se pone agresivo contra todo, en otros casos ves una pasividad que no sabés como tomarla, es como que vengo, me conecto, me desconecto y me voy, no sabés nunca que le pasa".(E 8)

"Consecuencias: depresión, negación. Lo vinculo a la calidad de vida, al objetivo de vida de cada paciente.Aquellos que tienen un objetivo de vida les es más fácil continuar luchando con su enfermedad no contra la enfermedad". (E8)

Se torna fundamental rescatar de esta última cita la importancia de la realización de un proyecto personal para la mejor calidad de vida, no solo del paciente sino también de su familia.

Se toma la definición de calidad de vida del equipo interdisciplinario (I.N.S.S.J.P.):

“La calidad de vida no solo se mide por la ausencia de enfermedad sino también por la posibilidad de enfrentar situaciones de cambio y conflicto”. (13)

Citando las consecuencias que genera la enfermedad del paciente dentro del contexto familiar, la misma afecta a todos los ámbitos de la vida cotidiana (trabajo, recreación, actividades domésticas, etc) situándose fundamental la modificación y/o alteración de roles de los miembros.

Se destaca dentro del cambio de roles familiares la modificación del rol de sostén económico y/o responsabilidades domésticas, a partir de la disminución de la capacidad física y/o laboral.

Dentro del matrimonio son frecuentes las tensiones, el stress generado por la asunción de mayores responsabilidades. Surge también un desgaste de las relaciones entre los miembros por el tiempo invertido en la unidad de diálisis, y la irritabilidad que produce episodios de frecuentes discusiones.

En cuanto a la red de relaciones familiares esta puede reducirse debido al alejamiento de alguno de sus miembros afectando la contención y el apoyo tanto económico como afectivo.

Lo expuesto se corrobora con lo enunciado por S.G. de Allemand y M.I.B.

de Martín:

“El equilibrio previo a la enfermedad se pierde y la familia debe poner en juego recursos que le permitan recuperar la homeostasis perdida. Las consecuencias sociales, económicas y sexuales que tiene la enfermedad para el conyugue hacen que este busque ayuda a su angustia y depresión en el equipo, especialmente si no encuentra apoyo en el conyugue enfermo”. (14)

Se expresa:

“El paciente al alejarse de su actividad laboral disminuye su autoestima al sentirse que ya no puede ser útil a la familia y comienza a perder sus relaciones sociales en torno a dicha actividad. Es por esto que su círculo de contención y ayuda comienza a decaer y se hace cada vez más reducido”.

En relación a las consecuencias familiares, los entrevistados manifiestan:

“Si el hombre se encontraba en plena actividad laboral repercute de manera importante en el grupo familiar ya que tiene que salir a trabajar la esposa o el hijo mayor...

Hay muchos cambios de roles”. (E 3)

“Si ha sido sostén de la familia y no puede seguir trabajando se entorpece todo el sistema familiar, situaciones viejas que estaban tapadas salen a relucir...el paciente se queda a cargo de los hijos inclusive cuando no sabían nada del funcionamiento familiar, es un reencuentro de la familia, a veces”.(E 4)

“Las complicaciones psíquicas son muy importantes, la desinserción laboral, un trastorno económico, una desinserción familiar”.(E 5)

Esto se se refuerza en las siguientes entrevistas:

“...el rol laboral, fundamental en la época en la que vivimos, todos tienen problemas económicos...en el caso masculino la pérdida del sustento de la familia, el ingreso...el rol de sentirse en menores condiciones físicas y psicológicas, dejar de ser el fuerte de la familia, si es la mujer pierde el rol de ama de casa ya que pasa muchas horas acostada, necesita reorganizar la familia... el impacto del rol laboral y de asumir una enfermedad crónica esos dos roles de no ser el fuerte, impacta, desanima y eso hace que el el tratamiento no sea efectivo”. (E 6)

“Afecta a toda su vida cotidiana especialmente los roles en su familia, ya no la puede atender como antes, no le puede brindar el mismo apoyo y sustento.No puede trabajar ni ir a visitar amigos...”(E 7)

3.4 Visión de la Función del Servicio Social

De los datos extraídos se observa que los entrevistados desconocen la función específica del Trabajador Social y el alcance de la misma.

La totalidad coincide que la función del Servicio Social se basa en la gestión de recursos materiales y de asesoramiento de diferentes gestiones en relación a las necesidades del paciente (pensiones, estudios, etc) en actividades recreativas, culturales y otros.

“...Trabaja dándole las cuestiones materiales y carencias que ellos tienen y facilitan un montón de cosas”. (E 5)

“...El ver que les hacen trámites, les consiguen medicación, integrarlos en algo...supongo que respondería a algo planificado, con objetivos que responden a la profesión”. (E 6)

Otra entrevistada manifiesta:

“El Servicio Social es muy importante, se encargaría de averiguar, facilitar las cosas que nosotras por nuestra profesión no podemos dar”.(E 7)

A su vez, algunos entrevistados anexan a lo citado la importancia del conocimiento de las condiciones socio-ambientales que rodean al paciente, de los vínculos y relaciones que se establecen entre los miembros. Manifiestan también

que el Servicio Social mantiene relación con otras instituciones públicas y privadas canalizando de esta manera las inquietudes de los pacientes.

“Ese individuo como ser social, como impacta su enfermedad y al estar enfermo como impacta en su comunidad, en sus núcleos: familiar, social próximo y la comunidad en sí”. (E 6)

“Sería importante, esto de que esta persona como ser social, que le pasa, ver como impacta en su familia, en su grupo, como el resto se reorganiza”. (E 6)

Otros entrevistados manifiestan:

“...Abre el juego de otras opciones, especialmente en el caso nuestro que no tenemos relación con otras instituciones, independientemente del rol que ejerce en el Hospital Público, debe tener relación con otros sectores privados que nosotros no tenemos acceso”.(E 5)

“El Servicio Social les da las alternativas de canalizar un poco sus inquietudes”. (E 5)

“Encara toda la problemática, aparecen un montón de conflictos sociales, familiares que uno ignora porque no convive con ellos la Asistente Social se inserta en algún momento en la familia, nos

comenta un montón de casos y cosas". (E 9)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO

- (1) ANDRES, JOAN; FORTUNY, CORME."Cuidados de la Enfermería en la Insuficiencia Renal".Pág. 30.Ed. Era.Madrid, España, 1994.
- (2) AVENDAÑO, LUIS."Nefrología Clínica".Pág. 651.Ed. Médico-Panamericana.Madrid.España, 1997.
- (3) IDEM (1).Pág. 30.
- (4) HERNANDEZ DE VITTORIOSO, L.C."Trabajo Médico Social".Cuadernos de Asistencia Social.Ed. Humanitas.Buenos Aires, 1976.
- (5) DI CARLO y Equipo."Trabajo Social con Grupos y Redes".Ed. Lumen-Humanitas, 1997.
- (6) IDEM (2).Pág. 650.
- (7) IDEM (1).Pág. 30.
- (8) IDEM (1).Pág. 29.
- (9) IDEM (2).Pág. 651.
- (10) IDEM (2).Pág. 649.
- (11) PADOVANI, M; ARBIZU, M.Tesis de Licenciatura en Servicio Social."Problemática de los Pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica".Mar del Plata, 1988.
- (12) IDEM (1).Pág. 30.
IDEM (2).Pág. 650
- (13) "Revista PAMI Científico".Equipo Interdisciplinario (INSSJP).Atención Integral del Paciente con Enfermedad Terminal.Nro. 7, 1993.
- (14) IDEM (2).Pág. 651.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los objetivos e interrogantes planteados al comienzo del trabajo, se llega a la conclusión de que una de las consecuencias que posee mayor peso para el paciente y su familia es la disminución de la capacidad laboral al producirse un deterioro físico, sumado a la cantidad de horas que el paciente debe invertir en el tratamiento dialítico. De continuar el paciente trabajando se vislumbra como alternativa viable el trabajo independiente o en negro.

Dicha disminución o pérdida de la capacidad laboral incide negativamente al comienzo del tratamiento, produciendo una crisis en todos los aspectos (económico, social, cultural y otros) de la vida familiar. Paralelamente se generan sentimientos de angustia y frustración al no poder continuar desempeñando los roles que cada uno ejercía hasta ese momento.

A su vez, dicha incidencia negativa, con el transcurso del tiempo, comienza a tornarse positiva a partir de la reorganización y reacomodamiento de roles y funciones de todos los integrantes del grupo familiar conviviente.

En la investigación realizada, se encuentran diferentes formas de reorganización familiar a partir del diagnóstico médico, exponiendo que en su totalidad todos han podido cumplir con este reacomodamiento vincular positivo, realizándose el mismo en forma gradual. Dentro de ellas se destacan: aquellos pacientes que han modificado el trabajo que realizaban por otro que les demande menor tiempo y esfuerzo; los pacientes que tuvieron que dejar de trabajar y una o varias personas del grupo familiar conviviente asumieron esa tarea y las personas que nunca trabajaron no existiendo modificaciones en el aspecto económico.

Se cita que dichas personas que nunca trabajaron son de sexo femenino, cumpliendo, asimismo, un rol de encargadas de las tareas domésticas y cuidado de los hijos. Este rol, si bien no es económico, sufre modificaciones, debiéndose hacer cargo parcialmente del mismo otro miembro del grupo familiar conviviente.

Cabe destacar que lo mencionado es coincidente en la percepción y análisis efectuado por los Trabajadores Sociales del HPC y HIGA, los profesionales integrantes del Servicio de Nefrología del HPC y HIGA y los pacientes entrevistados. Se acentúa la mencionada modificación y reorganización del grupo familiar, en relación al aspecto económico, en los pacientes del HIGA ya que el promedio de edad es menor que en el HPC, donde un alto porcentaje de los pacientes percibe algún beneficio previsional.

Teniendo en cuenta los aspectos positivos que surgen a partir de la enfermedad del paciente, se destaca la sobrecarga de funciones de otros miembros del grupo familiar que se generan por la imposibilidad de ejercer la totalidad de funciones y tareas que desempeñaba hasta ese momento. Dentro de ellos se pueden encontrar la disminución de las actividades recreativas, culturales, laborales y otras.

Se menciona también la disminución del grupo de amigos, donde el paciente trata de conservar aquellos contactos con los vínculos más fuertes, acentuándose el mismo en pacientes cuyas edades oscilan entre 16 y 21 años.

Se presentan períodos de inestabilidad emocional, dependencia, depresión, donde el planteamiento de alternativas es escaso o nulo, influyendo en la construcción de un proyecto de vida propio y para su familia.

Dentro de las consecuencias físicas negativas se encuentran las frecuentes descompensaciones que se producen tanto durante el tratamiento dialítico como en su domicilio particular. En las mismas cobra importancia la disminución y/o pérdida

de la capacidad sexual, afectando no solo al paciente sino a su pareja, que conlleva, en ciertas ocasiones, a tensiones entre los mismos.

A partir de lo analizado se evidencian como únicos aspectos positivos la reorganización de roles y funciones familiares, y en algunos casos, la ampliación de la red vincular externa al grupo conviviente. Citando la reorganización de roles y funciones se destaca que la misma ha sido realizada durante un proceso gradual y manifiesta la flexibilidad adoptada por la familia frente a las crisis vitales.

La edad del paciente se torna una variable que influye positivamente o negativamente en la reorganización familiar, las relaciones sociales y la adaptación y adhesión al tratamiento.

Con respecto a la adaptación al tratamiento se distinguen tres factores que influyen: relación médico-paciente que se basa en la calidad del vínculo establecido lo que conlleva a la comprensión del paciente como totalidad; los recursos económicos que posibilitan o dificultan la obtención de los elementos necesarios para el tratamiento; por último se encuentra la adaptación y toma de conciencia de las limitaciones de la enfermedad.

Se torna importante destacar que el paciente atraviesa las siguientes etapas de adaptación a la enfermedad, ellas son: al inicio del tratamiento al experimentar mejoría física presentan sentimientos de confianza en poder retomar todas las actividades que realizaba; en un segundo momento surgen las tensiones generales al tener que reorganizar la vida de manera diferente a lo que realizaba y una última etapa en la cual acepta las limitaciones y las complicaciones que desencadena el tratamiento.

Paralelamente la familia transita por diferentes momentos: primeramente acompaña al paciente en el proceso de tratamiento, apoyando y conteniendo los

miedos y las angustias que el mismo manifiesta ante las situaciones desconocidas y ante la incorporación de una enfermedad crónica. Posteriormente la misma merma su atención y acompañamiento lo que coincide con la nueva estructuración familiar y asunción de roles, que en muchas ocasiones es vivida como una sobrecarga de funciones.

Haciendo referencia a lo anteriormente expresado sobre los sentimientos y miedos que vivencia el paciente, se destaca, que ninguno de los entrevistados los manifiestan, tanto lo que sienten en el presente como lo que han sentido en el pasado. Esto coincide con la visión de los profesionales integrantes del Servicio de Nefrología del HPC y HIGA, quienes exponen que tanto el paciente como su familia no manifiestan las emociones, los miedos por los que atraviesan.

Ante las consecuencias, implicancias de la IRCT, el Trabajador Social focaliza su intervención en la orientación y contención del paciente y su grupo familiar, en muchos casos de aspectos específicamente médicos. Lo citado, junto a la prevalencia del modelo médico en el área de salud, hace que el Trabajador Social pierda especificidad y autonomía en la tarea, dentro de Nefrología.

Las dos Trabajadoras Sociales del HPC y del HIGA privilegian el trabajo en equipo, con el fin de brindar una atención integral y unificada para el paciente y su familia y utilizan como técnica fundamental la entrevista semi-estructurada.

Dentro de las formas de abordaje la Trabajadora Social del HIGA hace incapié en el paciente y en su grupo familiar conviviente, mientras que la Trabajadora Social del HPC centra su intervención desde una perspectiva de red. La misma permite visualizar como se han producido los cambios vitales de la vida del paciente y el reacomodamiento de los contactos en función de cubrir las necesidades existentes.

Esta función que cumplen las Trabajadoras Sociales dentro del Servicio se traslucen en la visión que poseen los restantes integrantes del Servicio, desconociendo específicamente la misma y el alcance de la profesión.

Los mismos visualizan como tarea específica la gestión de recursos materiales y el asesoramiento y canalización de las necesidades que presentan los pacientes y sus núcleos familiares.

El conocimiento del contexto socio-ambiental del paciente y de los vínculos establecidos entre los miembros, es considerado como parte integrante de la intervención del Trabajador Social y con la correspondiente importancia, solo por alguno de los profesionales.

Los integrantes del Servicio de Nefrología de ambos Hospitales no brindan mayores datos factibles de ser analizados, en relación al rol ejercido por las Trabajadoras Sociales y el alcance del mismo.

Para concluir no se vislumbran de las entrevistas analizadas otras diferencias significativas que las mencionadas en el funcionamiento de los Servicios de Nefrología de los Hospitales analizados, HPC y HIGA.

BIBLIOGRAFÍA

GENERAL

BIBLIOGRAFÍA

- Andr-egg, Ezequiel. "Diccionario del Trabajo Social". Editorial Humanitas.
- Ander-egg, Ezequiel. "Técnicas de Investigación Social". Editorial Humanitas. Edición Nro. 19, 2 de Junio de 1983.
- ANDRÉS, JOAN; FORTUNY, CORME. "Cuidados del Paciente Renal". Editorial Era. Madrid, España, 1994.
- AVEDAÑO, LUIS HERNANDO. "Nefrología Clínica". Editorial Médico-Panamericana. Madrid, España, 1997.
- Claves en Psicoanálisis y Medicina. "La Clínica situacional en Pacientes Terminales". Editorial Catálogos, Nro. 4, 1993.
- DI CARLO y Equipo. "Trabajo Social con Grupos y Redes". Editorial Lumen-Humanitas, 1997.
- Diccionario Enciclopédico Planeta. Tomos 1 a 10. Editorial Planeta. Barcelona, España, 1984.
- Dirección de Proyectos y Programación de Inversiones. "Guía para la Identificación y Formulación de Proyectos de Salud". ILPES (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social).
- FARRERAS, ROZMAN. "Medicina Interna". Volumen I. 1985.
- GRASSI, E; HINTZE S. y NEUFELD, M.R. "Políticas Sociales, Crisis y Ajuste Estructural". Cap. I y II. Editorial Espacio. Buenos Aires, 1994.
- GROSSO, S; MASSARI, P; NEIRO, M.del C. "El Transplante Renal". Guía para pacientes y sus familiares. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba.
- HARRISON. "Principios de Medicina Interna". Volumen II, 1991.
- HAMBURGUES, J; CROSNIER, J; GRUNFELD, J.P. Nefrología. Tomo I.

- HERNADEZ DE VITTORIOSO, LIDIA C. "Trabajo Médico Social". Cuadernos de Asistencia Social. Editorial Humanitas, 1976.
- ISUANI, ERNESTO y OTROS. "El Estado Benefactor: Un Paradigma en Crisis". Editorial Miño Dávila, Buenos Aires, 1992.
- LEVINE, DAVID Z. "Manual de Cuidados del Paciente Renal". Editorial Interamericana. Madrid, España, 1985.
- NACIONES UNIDAS. Consejo Económico y Social. "Desarrollo Sostenible". 1995.
- PADOVANI, MARÍA; ARBIZU, MATILDE. Tesis de Licenciatura en Servicio Social. "Problemática Social de los Pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica". Mar del Plata, 1988.
- PINEDA ALVARADO y CONDES. "Metodología de la Investigación". Organización Panamericana de la Salud. Segunda Edición, 1994.
- POLIT DE NUNGIER, B. "Investigación Científica". Editorial Megrow-Hill Interamericana. Mejiro, 1995.
- Revista de Psicoanálisis. "Psicoanalizar en Situaciones Límites". Editorial APDEBA, Vol. XI, Nro. 1, 1989.
- Revista PAMI Científico Nro. 7. "Atención Integral del Paciente con Enfermedad Terminal". Buenos Aires, 1993.
- ROMIGLIO, MÓNICA, SOPRANA, NORMA. Tesis de Licenciatura en Servicio Social. "Problemas Sociales de los Pacientes en Hemodiálisis". Mar del Plata, 1985.
- Servicio Social Hospitalario de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". "Trabajo Social Hospitalario". Editorial Espacio. Buenos Aires, 1996.
- SUNKEL, OSVALDO y GLIGO, NICOLÓ. "Los Estilos de Desarrollo y medio Ambiente en América Latina". Fondo de Cultura Económica. Mejiro, 1980.

-SUNKEL, OSVALDO y PAZ, PEDRO. "El Subdesarrollo Latinoamericano y la Teoría del Desarrollo". Introducción. Siglo XXI. 13 Ed. México, 1987.

-TAYLOR, S.S. y BOGDAN, R. "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación". Editorial Paidós. Barcelona, 1984.

Propuesta de Trabajo

Naturaleza del Proyecto

a-Descripción

El proyecto consiste en la realización del Plan de Trabajo, destinado a brindar orientación, contención y apoyo a los pacientes y a su grupo familiar frente a los emergentes que presenta la enfermedad.

b-Fundamentación

De los datos recabados y el análisis efectuado en la investigación realizada se observa que, ante el diagnóstico de una enfermedad, especialmente la I.R.C., surgen determinadas consecuencias, las cuales no solo afectan al paciente sino también al grupo familiar. Paralelamente se evidencia la importancia y magnitud de una de las consecuencias que posee mayor peso para el paciente y su grupo familiar, como es la disminución de la capacidad laboral afectando la misma el desenvolvimiento de la vida diaria.

La disminución de la capacidad laboral del paciente afecta al núcleo familiar conviviente, produciendo una crisis en todos los aspectos de la vida (económico, social, cultural y otros) y afectando al entramado vincular. Esta desestructuración provocada por la crisis desencadenante ante el diagnóstico médico y las consecuencias que genera la enfermedad exige que se realice una reestructuración familiar a partir de la cual pueden ser compensados los efectos producidos, debiendo ser realizada por todos los grupos familiares de los pacientes con I.R.C.

Frente a esta necesidad de reorganización familiar, la misma adopta diferentes formas y modalidades teniendo en cuenta la edad del paciente, el sexo, los ingresos económicos anteriores al diagnóstico, el grado de unión familiar, el apoyo de la familia extensa, el estadio de evolución de la enfermedad en el cual es detectado y otros. Es importante conocer el significado que posee la enfermedad para cada paciente y su grupo familiar como las inquietudes, dudas que se generan.

La mencionada reorganización se da en un proceso gradual, muchas veces lento, acompañado de sentimientos de angustia, de frustración. Es aquí donde se torna de fundamental importancia la escucha y orientación que guía a encauzar los recursos que posee, desarrollar un proyecto particular, con el fin de lograr la mejor calidad de vida.

El Trabajador Social debe acompañar y contener al paciente y su grupo familiar en cada etapa y en cada momento por los que atraviesa para lograr una adaptación activa a la nueva situación y desarrollar al máximo sus potencialidades, sus posibilidades personales y las de su entorno.

c-Marco Institucional

Dicho proyecto se llevará a cabo en una Institución del área de la Salud Estatal o Privada en el Servicio de Nefrología, coordinado por el área de Servicio Social con colaboración y participación activa de todos los restantes profesionales integrantes del mencionado servicio.

d-Finalidad del Proyecto

En relación al T.S. se propone lograr una mayor autonomía, sin dejar de valorar el trabajo en equipo y especificidad profesional, mejorando la calidad de la prestación del área de Servicio Social dentro del Servicio de Nefrología.

En relación al paciente y su grupo familiar la finalidad se centra en contribuir al desarrollo del proceso de adaptación del paciente y su grupo familiar en relación a la enfermedad y al tratamiento.

Colaborar y orientar el proceso de reestructuración familiar con el fin de mejorar la calidad de vida para todos los integrantes de la familia.

e-Objetivos

▪ Generales:

-Generar un espacio donde se pueda orientar al paciente y a su grupo familiar, se torne un lugar de aprendizaje y donde se puedan exponer vivencias y sentimientos.

-Acompañar y contener el desarrollo de las diferentes etapas y momentos por los que atraviesa el paciente y su familia con respecto a la adaptación activa a la enfermedad y al tratamiento.

▪ Específicos:

-Conocer la dinámica familiar de los pacientes con I.R.C.

-Fortalecer la reorganización de redes.

-Orientar el proceso de reestructuración de funciones.

-Incentivar la creación de propuestas alternativas a la nueva situación.

f-Metas

-Organización del proyecto

- Gestión del espacio físico
- Puesta en marcha del proyecto
- Evaluación
- Reestructuración de las áreas del proyecto.

g-Beneficiarios

- Pacientes con diagnóstico de I.R.C.
- Grupo familiar de los mencionados pacientes.
- Profesionales integrantes del Servicio de Nefrología.

h-Especificidad Operacional de actividades y tareas

-Gestionar el espacio físico para el desarrollo de los encuentros, externo al ámbito de la institución de Salud interviniente.

-Realización de reuniones semanales en conjunto con los pacientes con diagnóstico de I.R.C. coordinado por el T.S. con participación del equipo tratante.

-Grupos de reflexión quincenales con el equipo de profesionales integrantes del Servicio de Nefrología sobre las generalidades de la enfermedad como de las particularidades de cada una de las profesiones y de los pacientes que se encuentran en tratamiento.

-Supervisiones semanales, individuales y/o grupales en relación a las actividades y casos específicos de abordaje como a la actualización de los conocimientos sobre la enfermedad para los profesionales del Servicio de Nefrología.

i-Evaluación

Se realizará una evaluación inicial donde se recabarán las inquietudes y expectativas que posee cada beneficiario del proyecto y su forma de implementación.

Se realizarán evaluaciones al finalizar cada encuentro con los pacientes, con las familias y con los profesionales del Servicio de Nefrología, donde se tomarán las siguientes categorías de análisis:

- Temas desarrollados
- Uso del tiempo libre en las reuniones llevadas a cabo
- Logro de los objetivos propuestos
- Participación de los presentes
- Generación de nuevos temas y actividades para desarrollar
- Comentarios libres

Tomando cada una de estas evaluaciones y los objetivos del proyecto se desarrollará una evaluación general del funcionamiento del proyecto a los seis meses de implementado, teniendo en cuenta la evaluación procesual permanente que se realizará en cada etapa del proyecto. A partir del mismo se ajustarán y redefinirán aquellas áreas necesarias para la continuidad del proyecto.

Paralelamente se realizará la evaluación de seguimiento de los pacientes y su grupo familiar tomando como base los objetivos propuestos, para ello se tomarán los siguientes indicadores:

- Asistencia a las reuniones
- Generación de propuestas
- Participación en las reuniones
- Cumplimiento del tratamiento prescripto

-Manifestación de modificaciones realizadas en el entorno familiar

En relación al Equipo de Profesionales se realizará una evaluación conjunta con los mismos, en relación a los siguientes indicadores:

-Manejo del mismo nivel de información y comprensión de la problemática.

-Participación y asistencia a los grupos de reflexión y supervisiones.

ANEXOS

Entrevista al Paciente

Fecha:

Número:

1-Datos Personales

1.1-Edad

1.2-Fecha de Nacimiento

1.3-Nacionalidad

1.4-Sexo

1.5-Estado civil: soltero	<input type="checkbox"/>	1.5.1
casado	<input type="checkbox"/>	1.5.2
viudo	<input type="checkbox"/>	1.5.3
separado de hecho	<input type="checkbox"/>	1.5.4
divorciado	<input type="checkbox"/>	1.5.5
conviviente	<input type="checkbox"/>	1.5.6

1.6-Localidad

1.7-Nivel Educativo

-Sin Instrucción Sistemática	<input type="checkbox"/>	1.7.1
-Con Instrucción Sistemática	<input type="checkbox"/>	1.7.2
-Primaria Completa	<input type="checkbox"/>	1.7.3
-Primaria Incompleta-Grado	<input type="checkbox"/>	1.7.4
-Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>	1.7.5
-Secundaria Incompleta-Año	<input type="checkbox"/>	1.7.6
-Terciaria Completa-Título	<input type="checkbox"/>	1.7.7
-Terciaria Incompleta Año-Especialidad	<input type="checkbox"/>	1.7.8
-Universitaria Completa-Título	<input type="checkbox"/>	1.7.9
-Universitaria Incompleta Año-Especialidad	<input type="checkbox"/>	1.7.10

-Otros Estudios: No

Si ¿Cuáles?

-Continúa Estudiando: No

Si-Especialidad

2-ASPECTO VINCULAR

2.1-¿Quiénes conviven con usted?

- Parentesco
- Edad
- Sexo
- Nacionalidad
- Estado Civil
- Ocupación
- Ingresos

2.2-¿Mantiene relaciones familiares externas a su grupo conviviente?

- ¿Si con quienes?
- No

2.3-¿Mantiene relaciones no familiares externas a su grupo conviviente?

2.4-¿Cómo se organizaba su familia anteriormente a la enfermedad?

2.5-¿Percibe cambios o modificaciones en su grupo familiar a partir de la enfermedad?

¿En qué acontecimientos se notan estos cambios?

3-Conciencia de la Enfermedad

3.1-¿Cuál es la enfermedad que usted posee?

- Sabe
- Tiene idea
- No sabe

3.2-¿Conoce las formas de tratamiento existente?

- Si ¿cuáles? -diálisis
-trasplante renal
- No ¿Por qué? -No preguntó
-No le interesa
-No entendió
-Otros

3.3-¿Qué cambios debió realizar, luego de diagnosticada la enfermedad en relación al tratamiento?.

3.4-¿Puede dar cumplimiento de dichos cambios?.

- Si –periódicamente
-ocasionalmente
- No ¿Por qué? -falta de recursos económicos
-desinterés

4-Aspecto Laboral y Previsional

4.1-¿Antes de diagnosticada la enfermedad se encontraba trabajando?

A-Si 1-Profesional

2-Docente

3-Propietario de Industria

4-Propietario de Comercio

5-Empleado

6-Obrero

7-Empleada Doméstica

8-Oficios: especificar

9-Estudiante

10-Beneficiario de Programs y Proyectos Estatales

11-Otros (especificar)

B-No trabajaba

C-No sabe

D-No contesta

4.2-¿Qué ingresos percibía?

-Mensual-Monto

-Jornal-Monto

.Quincenal-Monto

4.3-¿En la actualidad se encuentra trabajando?

A-Si 1-Profesional

2-Docente

3-Propietario de Industria

4-Propietario de Comercio

5-Empleado

6-Obrero

7-Empleada Doméstica

8-Oficios: especificar

9-Estudiante

10-Beneficiario de Programs y Proyectos Estatales

11-Otros (especificar)

B-No trabajaba

C-No sabe

D-No contesta

4.4-¿Qué ingresos percibe?

4.5-¿Algún miembro familiar se encuentra trabajando?

-¿Qué ingreso percibe? Menos de \$ 99

\$100 \$299

\$300 \$499

\$500 \$699

\$700 \$899

Más de \$900

4.6-¿De estar en un microemprendimiento que actividades le gustaría realizar?.

-Oficios (albañilería, carpintería, electricidad)

-Actividades Manuales (costura, cotillón, juguetería, tarjetería, tejido)

-Cocina

-Otros

4.7-¿Recibe ayuda material-financiera externa al ingreso familiar?

▪ Si ¿De quién?

a-Familiares: -padre

-hijo

-hermano

-amigo

b-Planes: -Provinciales

-Nacionales

C-Organizaciones No Gubernamentales

▪ No ¿Por qué?

4.8-¿Recibe algún tipo de beneficio previsional?

▪ Si ¿Cuál? -Jubilación

-Retiro por Invalidez

-Pensión Graciable

▪ No ¿Por qué? -No lo tramitó

-Se lo denegaron

-Otros

4.9-Si percibe un beneficio, ¿cuál es el monto? ¿es suficiente para cubrir los gastos familiares y de enfermedad?

5-Seguridad Social

5.1-¿Tiene Obra Social?

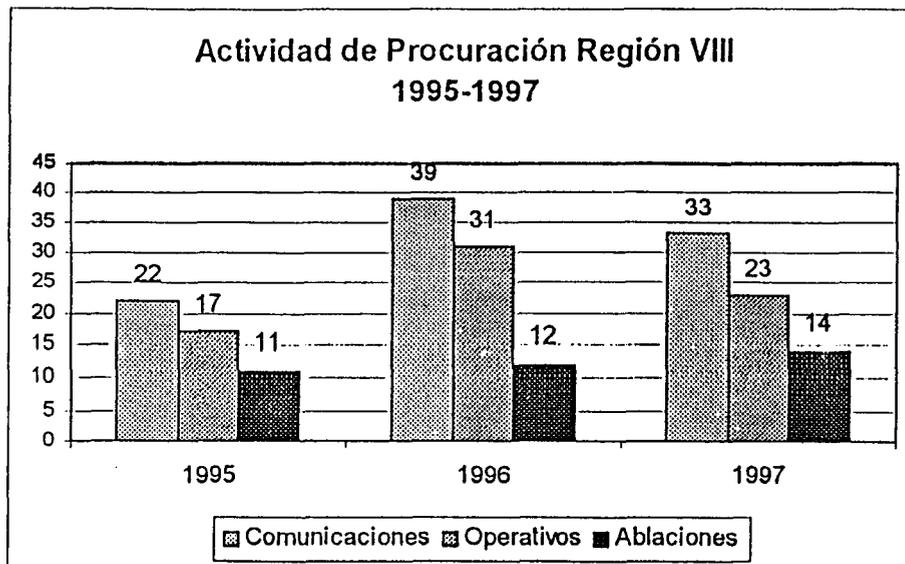
- Si ¿cuál?
- No

ENTREVISTA: MÉDICO, PSICÓLOGO, TERAPISTA OCUPACIONAL,
NUTRICIONISTA, ENFERMERO

- 1-¿Cuál es la función que cumple dentro del servicio de Nefrología?
- 2-Actualmente, ¿cuántos pacientes se dializan en este hospital?
- 3-¿Cuáles son las formas de tratamiento de la enfermedad?.¿En qué consisten?
- 4-¿Los pacientes cumplen con el tratamiento prescrito?
- 5-De los casos abordados, ¿Cuáles son las causas preponderantes de la enfermedad?
- 6-¿Qué consecuencias genera la enfermedad?
- 7-¿Cuáles son las actitudes más frecuentes del paciente frente a la enfermedad?
- 8-¿Cómo afecta el estado de salud del paciente a su vida cotidiana?
- 9-¿Qué cambios se producen dentro del contexto familiar, luego de diagnosticada la enfermedad?
- 10-¿En la mayoría de los casos, los pacientes son concientes de la enfermedad que padecen?.¿su grupo familiar?
- 11-De los casos abordados, ¿cuáles son los aspectos positivos y negativos que surgen de la situación del paciente?
- 12-¿Se trabaja coordinadamente con otras instituciones que abordan dicha enfermedad?.¿Cuáles?
- 13-¿Qué función considera usted, que cumple el Servicio Social?
- 14-Con respecto al servicio, ¿qué estrategias de acción propondría usted ?.

Actividad de Procuración en la Región

Actividad de Procuración: Comparativo 1995-1997



Procedencia de las Comunicaciones de PD 1997

Público	14
Privado	14
Particular	5

Ablaciones de Organos y Tejidos 1997

Corazón	1
Block CP	
Pulmón	
Hígado	4
Riñón	18
Páncreas	1
Córneas	25
Piel	5
Huesos	1
Val. Cardíacas	7

Total de Organos	24
Total de Tejidos	38

Ministerio de Salud

Región Sanitaria: 08

Partido: AYACUCHO

Localidad: **AYACUCHO**

Centro: HOSPITAL SOLANET. DIRECCION

Teléfonos: (0298)20-99

(2143)23-07

Calle: DINDART Nro: 852

Fax: 0298 2307

CP: 7150

Partido: BALCARCE

Localidad: **BALCARCE**

Centro: CGT

Teléfonos: (0266)24-781

Fax:

CP: 7620

Centro: CIRCULO MEDICO BALCARCE

Teléfonos: (0266)23-269

Fax: 0266 23269

CP: 7620

Centro: CLINICA BALCARCE

Teléfonos: (-)

Fax:

CP: 7620

Centro: COMISARIA DE BALCARCE

Teléfonos: (0266)24-023

(0266)24-013

Fax:

CP: 7620

Centro: HOSPITAL DE BALCARCE. ADMINISTRACION

Teléfonos: (0266)2-2018

Fax: 22964

CP: 7620

Centro: POLICLINICA DE BALCARCE. CENTRO DE DIALISIS

Teléfonos: (0266)30-203

Fax:

CP: 7620

Centro: SUBSECRETARIA DE SALUD Y ACCION SOCIAL

Teléfonos: (0266)21-898

Fax:

CP: 7620

Partido: MAR CHIQUITA

Localidad: **CORONEL VIDAL**

Centro: PALACIO MUNICIPAL CORONEL VIDAL

Teléfonos: (-)

Fax:

CP: 7174

Centro: ROTARY CLUB DE CORONEL VIDAL

Teléfonos: (0265)20-21

Fax:

CP: 7174

Partido: GENERAL MADARIAGA

Localidad: **GENERAL MADARIAGA**

Centro: HOSPITAL MPAL A.R.L.DE MARTINEZ GUERRERO

Teléfonos: (43)66-

(43)68-

Fax:

CP: 7163

Centro: ROTARY CLUB DE GENERAL MADARIAGA

Teléfonos: (0267)21-091

Fax:

CP: 7163

Centro: SOCIEDAD DE FOMENTO BARRIO NORTE

Teléfonos: (-)

Fax:

CP: 7163

Partido: MAR CHIQUITA

Localidad: **GENERAL PIRAN**

Centro: PALACIO MUNICIPAL DE GRAL PIRAN

Teléfonos: (-)

Fax:

CP: 7172

Partido: LOBERIA

Localidad: **LOBERIA**

Centro: HOSPITAL MUNICIPAL G.M.CAMPOS DE LOBERIA

Teléfonos: (0261)20-59

(0261)21-77

Fax: 0261 2105

CP: 7635

Centro: MDAD.DE LOBERIA

Teléfonos: (0261)2-201

Fax: 2612201

CP: 7635

Calle: AVDA SAN MARTIN Nro: 1150

Calle: AVDA.SAN MARTIN Nro: 51

Calle: AVDA AS. Y ECHEVERRIA Nro: 0

Calle: ZUBIAURRE E/ SARMIENTO Y MORE

Calle: COLON Nro: 555

Calle: DELEG. MUNIC Nro: 0

Calle: BELTRAMI Nro: 50

Calle: U VERGARA Nro: 80

Calle: 21 Nro: 580

Calle: 16 E/ 19 Y 21 Nro: 728

Calle: 16 Nro: 0

Calle: Nro: 0

Calle: 19 E/30 Y 28 Nro: 0

Calle: 28 Nro: 919

Calle: AVDA URIBURU Nro: 815

Ministerio de Salud

Región Sanitaria: 08

Partido: MAIPU

Localidad: **MAIPU**

Centro: HOSPITAL MUNICIPAL DE MAIPU-SERVICIO SOCIAL Calle: LAVALLE Nro: 1100
Teléfonos: (268)21-056 Fax: CP: 7160
Centro: SECRETARIA DE SALUD. MUNICIPALIDAD DE MAIPU Calle: RIV E/ MADERO Y BELGRANO Nro:
Teléfonos: (0268)21-153 Fax: 0268 21153 CP: 7160

Partido: MUNICIPIO URBANO DE LA COST

Localidad: **MAR DE AJO**

Centro: COOPERADORA UNIDAD HOSP DE MAR DE AJO Calle: AVDA LIBERT Y E. DEL CAMPO Nro
Teléfonos: (0257)20-159 (0257)20-621 Fax: 0257 61264 CP: 7109
Centro: COOPERADORA UNIDAD HOSP DE MAR DE AJO Calle: AVDA LIBERT Y E. DEL CAMPO Nro
Teléfonos: (0257)20-159 (0257)20-621 Fax: 0257 61264 CP: 7109

Partido: GENERAL PUEYRREDON

Localidad: **MAR DEL PLATA**

Centro: ADOS Calle: 25 DE MAYO Nro: 3139
Teléfonos: (023)95-3076 (023)93-6676 Fax: CP: 7600
Centro: AMAT Calle: SALTA Nro: 3031
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: CGT MAR DEL PLATA Calle: CATAMARCA Nro: 2124
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: CIRCULO DE SUB Y AGEN DE LA POLIC. DE BS. AS. Calle: MISIONES Nro: 838
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: CLINICA DE LA MADRE Y EL NIÑO Calle: COLON Nro: 2749
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: CLINICA PRIVADA DE OJOS Calle: SALTA Nro: 1427
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: CLINICA PRIVADA DE OJOS SANTA LUCIA Calle: JUJUY Nro: 1466
Teléfonos: (023)74-8686 Fax: CP: 7600
Centro: CLUB DE LEONES Calle: MATHEU Nro: 3360
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: COLEGIO DE ESCRIBANOS DE LA PCIA DE B A Calle: INDEPENDENCIA Nro: 2190
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: COLEGIO DE MEDICOS Calle: SAN LUIS Nro: 1978
Teléfonos: (023)31-645 Fax: CP: 7600
Centro: COMISION DE APOYO A LA DONACION DE ORGANOS Calle: AVDA INDEPENDENCIA Nro: 1213
Teléfonos: (023)91-8253 Fax: CP: 7600
Centro: H.I.E.MAT.INFANTIL MAR DEL PLATA Calle: CASTELLI Nro: 2450
Teléfonos: (023)49-995 Fax: 39601 CP: 7600
Centro: HIGA.MAR DEL PLATA Calle: AVDA. J.B.JUSTO Nro: 1664
Teléfonos: (023)77-0262 Fax: 770519 CP: 7600
Centro: HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD Calle: CORDOBA Nro: 4545
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: IMOS Calle: BOULEVARD MARITIMO (LOCAL 6)
Teléfonos: (-) Fax: CP: 7600
Centro: INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL Calle: Nro: 0
Teléfonos: (023)42-574 (023)91-7604 Fax: 023 42574 CP: 7600
Centro: PAMI-MAR DEL PLATA Calle: INDEPENDENCIA Nro: 2930



Ministerio de Salud

Región Sanitaria: 08

Centro: ROTARY CLUB PUERTO MAR DEL PLATA
 Teléfonos: (-) Fax:
 Centro: SOCIEDAD DE FOMENTO BERNARDINO RIVADAVIA
 Teléfonos: (-) Fax:
 Centro: SOIP
 Teléfonos: (-) Fax:
 Centro: ZONA SANITARIA VIII
 Teléfonos: (023)31-850 Fax:

Calle: AVDA EDISON Nro: 354 CP: 7600
 Calle: ALVARADO Y 1º DE MAYO Nro: 0 CP: 7600
 Calle: 12 DE OCUJURE Nro: 4485 CP: 7600
 Calle: AVDA INDEPENDENCIA Nro: 1213 CP: 7600

Partido: GENERAL ALVARADO

Localidad: **MIRAMAR**
 Centro: CLINICA MITRE
 Teléfonos: (0291)2-0701 (0291)2-0117 Fax:
 Centro: COPADO MIRAMAR
 Teléfonos: (0291)3-1371 Fax:
 Centro: HOSPITAL DR. M. CASSANO-MESA DE ENTRADA
 Teléfonos: (0291)31-778 Fax:
 Centro: MUNICIPALIDAD DE MIRAMAR-MESA DE ENTRADA
 Teléfonos: (0291)31-241 (0291)31-245 Fax:
 Centro: UPCN-DELEGACION MIRAMAR
 Teléfonos: (0291)30-855 Fax:

Calle: AVDA MITRE Nro: 1142 CP: 7607
 Calle: 52 Nro: 1519 CP: 7607
 Calle: DIAG. J.M. DUPUY Nro: 1550 CP: 7607
 Calle: 28 Nro: 1084 CP: 7607
 Calle: 24 E/ 17 Y 19 Nro: 985 CP: 7607

Partido: NECOCHEA

Localidad: **NECOCHEA**
 Centro: FUNDACION HORIZONTE
 Teléfonos: (0262)31-322 Fax: 31233

Calle: 67 Nro: 2680 CP: 7630

Partido: GENERAL MADARIAGA

Localidad: **PINAMAR**
 Centro: SECRETARIA DE SALUD Y ACCION SOCIAL PINAMAR
 Teléfonos: (254)83-344 (0254)20-39 Fax: 0254 90352

Calle: AVENIDA SHAW Nro: 255 CP: 7167

Partido: MAR CHIQUITA

Localidad: **SANTA CLARA DEL MAR**
 Centro: MUNICIPALIDAD DE MAR CHIQUITA
 Teléfonos: (602)393- Fax:

Calle: SUBMARINO SANTA FE Nro: 184 CP: 7609

Partido: TANDIL

Localidad: **TANDIL**
 Centro: BIO DIALISIS
 Teléfonos: (0293)2-4120 (0293)85-76 Fax:
 Centro: CENS 103
 Teléfonos: (0293)2-5509 Fax:
 Centro: CENTRO DE OJOS TANDIL
 Teléfonos: (0293)48-300 (0293)48-301 Fax:
 Centro: CENTRO PRIVADO DE DIALISIS
 Teléfonos: (0293)42-961 Fax:
 Centro: CIEDECC

Calle: BASILICO Nro: 550 CP: 7000
 Calle: ESPAÑA Y 9 DE JULIO Nro: 0 CP: 7000
 Calle: AV. SANTAMARINA Nro: 744 CP: 7000
 Calle: URIBURU Nro: 967 CP: 7000
 Calle: PAZ Nro: 490 CP: 7000

Ministerio de Salud**Región Sanitaria: 08**

Centro: HOSPITAL ITALIANO DE TANDIL	Calle: CHACABUCO Nro: 340
Teléfonos: (0293)22-078 (22)077-78	Fax: 0293 29302 CP: 7000
Centro: HOSPITAL RAMON SANTAMARINA	Calle: GRAL. PAZ Nro: 1400
Teléfonos: (0293)2-2011 (0293)20-14	Fax: 0293 22011 CP: 7000
Centro: SANATORIO TANDIL	Calle: SARMIENTO Nro: 770
Teléfonos: (0293)4-2480	Fax: CP: 7000
Centro: SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL	Calle: CHACABUCO Nro: 380
Teléfonos: (0326)21-01 (036)27-60	Fax: CP: 7000
Centro: SOCIEDAD DE FOMENTO UNION Y PROGRESO	Calle: QUINTANA Nro: 450
Teléfonos: (0293)2-3228	Fax: CP: 7000
Localidad: VELA	
Centro: HOSPITAL ENRIQUE LARRETA	Calle: Nro: 0
Teléfonos: (-)	Fax: CP: 7003
Partido: GENERAL MADARIAGA	
Localidad: VILLA GESELL	
Centro: MUNICIPALIDAD . AREA DE ESTADISTICAS	Calle: 3 Nro: 0
Teléfonos: (0255)62-201	Fax: CP: 7165
Centro: CRUZ ROJA FILIAL VILLA GESELL	Calle: AVDA 6 Nro: 3093
Teléfonos: ()662-47	Fax: CP: 7165
Centro: HOSP. DR. ARTURO ILLIA DE VILLA GESELL	Calle: AVDA 8 Y PASEO 123 Nro: 0
Teléfonos: ()6-2618 ()6-2609	Fax: CP: 7165
Partido: MAR CHIQUITA	
Localidad: VIVORATA	
Centro: PALACIO MUNICIPAL	Calle: DELEG MUNICIPAL Nro: 0
Teléfonos: (-)	Fax: CP: 7612

DENUNCIAS Y OPERATIVOS POR INSTITUCIONES Y PARTIDOS

1997

Total de Denuncias de:	Casa Velatorio	1	Post PCR 1	Operativos: 1	Ablaciones: 1
Total de Denuncias de:	Cl.25 De Mayo	3	Post PCR 0	Operativos: 3	Ablaciones: 3
Total de Denuncias de:	Cl. Colón	1	Post PCR 0	Operativos: 1	Ablaciones: 0
Total de Denuncias de:	Clinica del Niño	2	Post PCR 0	Operativos: 1	Ablaciones: 1
Total de Denuncias de:	Cortisarla	1	Post PCR 1	Operativos: 0	Ablaciones:
Total de Denuncias de:	Dom. Particular	3	Post PCR 1	Operativos: 3	Ablaciones: 2
Total de Denuncias de:	H.Mun. E. Ferreyra	2	Post PCR 1	Operativos: 0	Ablaciones: 0
Total de Denuncias de:	H.Mun. Santamarina	3	Post PCR 0	Operativos: 2	Ablaciones: 1
Total de Denuncias de:	H.P. de la Comunidad	7	Post PCR 1	Operativos: 5	Ablaciones: 3
Total de Denuncias de:	HIGA M. Del Plata	5	Post PCR 0	Operativos: 3	Ablaciones: 2
Total de Denuncias de:	Hosp. Comunitario	1	Post PCR 0	Operativos: 1	Ablaciones: 1
Total de Denuncias de:	*Hial. Gral. Madariaga	1	Post PCR 1	Operativos: 1	Ablaciones: 0
Total de Denuncias de:	Hial. Regional	1	Post PCR 0	Operativos: 1	Ablaciones: 0
Total de Denuncias de:	Sanat. Tandil	1	Post PCR 0	Operativos: 1	Ablaciones: 0
Total de Denuncias de:	Unidad Gesell	1	Post PCR 0	Operativos: 0	Ablaciones:

Total Región Sanitaria:	8	DENUNCIAS	33	OPERATIVOS	23	ABLACIONES	14
--------------------------------	----------	------------------	-----------	-------------------	-----------	-------------------	-----------

Evolución de la insuficiencia renal terminal tratada en Cataluña

Los datos globales de incidencia y de prevalencia de la insuficiencia renal terminal tratada (IRTT) en Cataluña, y del número de trasplantes correspondientes a 1995 se presentan en la tabla 1 en cifras absolutas y en tasas por millón de población (pmp), junto con el número de muertos y la mortalidad, expresada por cien enfermos.

Nuevos casos	737	121,6 pmp
Casos el 31-12-1995	4.946	816,2 pmp
Enfermos en Diálisis	3.039	61,4%
Enfermos Trasplantados	1.907	38,6%
Trasplantes	350	57,8 pmp
Número de muertos	528	9,6% *

Tanto la prevalencia como la incidencia continúan mostrando una tendencia creciente en los últimos años (tabla 2). La tasa de incidencia continúa siendo una de las más altas de Europa. La tasa de trasplantes ha experimentado un aumento notable, después del ligero descenso del año 1993, y ha llegado prácticamente a los 58 pmp. Esta tasa es una medida de actividad calculada a partir del número total de trasplantes realizados, independientemente de la procedencia del donante o del receptor, en relación con la población de Cataluña. La mortalidad de este año ha aumentado casi dos puntos respecto al año pasado.

		1990	1991	1992	1993	1994	1995
Prevalencia	n	3.786	4.055	4.221	4.462	4.727	4.946
	pmp	633,2	669,2	696,6	736,4	780,1	816,2
Incidencia	n	558	627	583	679	673	737
	pmp	92,1	103,5	96,2	112,1	111,1	121,6
Trasplantes	n	270	306	310	272	332	350
	pmp	44,6	50,5	51,2	44,9	54,8	57,8
Mortalidad	n	275	370	404	428	398	528
	%	6,8	8,4	8,7	8,8	7,8	9,6

Las tablas 3, 4 y 5, y las figuras 1, 2 y 3 se refieren a la evolución de la incidencia, la prevalencia y la tasa de trasplante de los últimos años comparadas con las del registro de la EDTA y con las de otros países europeos. Esta comparación sólo es orientativa, ya que la fuente utilizada para la obtención de estos últimos datos han sido los informes del registro de la EDTA (GEERLINGS, 1991; RAINE, 1992 y GEERLINGS, 1994; VALDERRÁBANO, 1995 y 1996) que, al ser de notificación voluntaria, tiene un porcentaje de notificación variable y, por tanto, no es comparable con el registro de Cataluña, que es de notificación obligatoria. Aún así, se han elegido los países que en 1992 tenían un porcentaje de notificación superior al 90%, a pesar de que en los últimos años este porcentaje ha ido disminuyendo (tabla 3). Los países que informan a la EDTA a través de sus propios registros nacionales, como Holanda, Bulgaria y Cataluña, garantizan unos mejores porcentajes de notificación. No obstante, las tasas de Cataluña se mantienen entre las más elevadas de Europa.

Tabla 3. Evolución de la incidencia de la insuficiencia renal terminal tratada en diversos países europeos. Periodo 1990-1995.							
Países	% notif.1994	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Austria	81	101,1	105,3	109,6	93,8	106,0	*
Bélgica	87	96,7	86,7	90,4	102,7	132,1	*
Bulgaria	100	40,4	50,3	39,8	52,7	55,9	*
Dinamarca	43	51,8	47,5	59,9	95,7	85,6	*
Holanda	100	68,5	60,0	68,5	83,1	83,6	*
Hungría	74	41,6	45,1	50,5	64,8	62,2	*
Israel	53	114,7	106,3	91,8	112,7	89,1	*
Noruega	90	67,1	65,3	62,7	49,1	70,2	*
Polonia	87	19,3	26,1	25,8	26,5	39,1	*
Reino Unido	65	60,7	59,7	64,8	59,6	56,4	*
Suiza	70	76,9	95,5	68,2	74,9	83,6	*
Checoslovaquia	81	46,3	55,7	60,5	91,7	104,8	*
Registro EDTA	62	43,7	48,0	45,9	54,6	58,6	*
Cataluña	100	92,1	103,5	96,2	112,1	111,1	121,6
España	69	59,8	59,5	63,0	66,0	80,0*	*

Figura 1. Evolución de la incidencia de la insuficiencia renal terminal tratada en varios países europeos. Periodo 1984-1995.

Nefrología

Recursos Humanos		
	Jefe de Servicio	1
	Adjuntos / F.E.A.	5
	Médicos Residentes	4

Estructura		
	Camas funcionantes	9,5
	Locales consulta Hospital	1,6

Hospitalización				
Ingresos			Estancia media	
Programados	235		Indice de ocupación	10,50
Urgentes	123		Indice de rotación	71,00%
Traslados	87		Tasa de mortalidad	24,74
Estancias	25		Presión de urgencias	7,53%
Altas	2.468			37,02%
Exitus	239			
Interconsultas	18			
	195			

Consultas Externas			
Consultas			Relación sucesivas / primeras
Primeras	2.314		4,93
Successivas	390		
	1.924		

Unidad de Diálisis			Nº total de sesiones de diálisis	
Enfermos dializados (promedio)			Hemodiálisis agudos	
Hemodiálisis agudos	2,1		Hemodiálisis crónicos	341
Hemodiálisis crónicos	81,6		Diálisis peritoneal crónicos	12.727
Diálisis peritoneal crónicos	0,9		Diálisis domiciliaria	98
Diálisis domiciliaria	0,4			55

Exploraciones y Actividades	Revisiones en hemodiálisis	515	Fístulas A-V	57
	Biopsias renales percutáneas	18	Urgencias	1.638
	Shaldon	64	Tenckhoff	1

Cod.	Diagnósticos Más Frecuentes (CIE 9-MC)	Casos	%	E.M.	D.T.
585	Insuficiencia renal crónica	36	17,22%	12,56	16,50
403	Enfermedad renal hipertensiva	21	10,05%	10,48	20,90
996	Complicaciones propias de ciertos procedimientos especificados	15	7,18%	14,07	14,10
250	Diabetes mellitus	10	4,78%	8,60	6,95
581	Síndrome nefrótico	8	3,83%	29,00	33,79
285	Otras anemias y anemias no especificadas	7	3,35%	5,57	4,86
518	Otras enfermedades pulmonares	7	3,35%	6,71	7,93
584	Insuficiencia renal aguda	7	3,35%	9,71	7,11
558	Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas	5	2,39%	14,80	10,08
427	Disritmias cardíacas	4	1,91%	10,50	7,51

% : Porcentaje sobre el total de altas dadas por el Servicio y codificadas

E.M. : Estancia Media

D.T. : Desviación Típica

Cod.	Agrupación en G.R.D. Más Frecuentes	Casos	%	E.M.	D.T.
315	Otros procedimientos quirúrgicos sobre riñón & tracto urinario	31	14,90%	10,00	19,41
316	Insuficiencia renal	30	14,42%	8,57	6,77
395	Trastornos de los hemates edad > 17	11	5,29%	5,18	3,92
331	Otros diagnósticos de riñón & tracto urinario edad > 17 con CC	11	5,29%	27,09	28,69
182	Esofagitis, gastroenteritis & trast. digest. misceláneos edad > 17 con CC	8	3,85%	12,25	8,61
120	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato circulatorio	8	3,85%	7,00	5,04
567	Proced. riñón & tracto urinario excepto trasplante renal con CC mayor	7	3,37%	28,43	28,95
87	Edema pulmonar & insuficiencia respiratoria	7	3,37%	6,43	8,04
332	Otros diagnósticos de riñón & tracto urinario edad > 17 sin CC	6	2,88%	7,33	8,82
144	Otros diagnósticos de aparato circulatorio con CC	5	2,40%	18,20	15,74

% : Porcentaje sobre el total de altas dadas por el Servicio, excepto el G.R.D. = 470

E.M. : Estancia Media

D.T. : Desviación Típica

REGIÓN SANITARIA VIII

DATOS DEMOGRÁFICO-SANITARIOS

Cantidad de Población por Partidos

Partido	Cant. De Población
Ayacucho	20.278
Balcarce	42.445
Gral. Alvarado	33.919
Gral. Guido	2.853
Gral Lavalle	4.387
Gral Madariaga	17.969
Gral Pueyrredón	601.708
Lobería	17.910
Maipú	10.416
Mar Chiquita	16.803
La Costa	48.258
Pinamar	14.023
Villa Gesell	19.282
Necochea	92.747
Tandil	107.858
San Cayetano	8.722

Fuente: INDEC/ Estimación 6-98 (*)

Cantidad de Partidos	16
Cantidad de Población	1.059.578

Hospitales de la Región: Complejidad/ Camas UTI/ Mortalidad

Localidad	Hospital	Complejidad	Camas UTI	Mortalidad
Ayacucho	HLM Solanet	IV		117
Balcarce	HSM Fosalli	VI	5	145
Gral. Alvarado	HM Casano	VI	4	63
Gral.Madariaga	HMGuerrero		2	52
G.Pueyrredón	HLCasa del Niño	VI		
G.Pueyrredón.	HIE Mat- Inf	VIII	6	158
G.Pueyrredón	HIGA Mar del Plata	VIII	15	596
Lobería	HLG Gaspar Campos	IV	3	40
Maipú	HSM Maipú	IV		40
Mar Chiquita	HM Aristizabal	IV		31
M de La Costa	HLGA	VI		27

M de La Costa	HM Roberto Dios		6	10
M de La Costa	HM de Mar de Ajó	IV		38
Necochea	HM Ferreyra	VI	6	105
San Cayetano	HM Menditeguy	IV		30
Tandil	HM Santamarina	VI	7	248
V Gessell	HM Illia	IV	5	42

Fuente: Rendimientos hospitalarios 1994/ UTI: Información Sistematizada

Hospitales (Compl. > a IV)	17
Hospitales con UTI	10

Pacientes en Lista de Espera de la Pcia. de Bs. As. (al 1-12-97)

Renal	2110
Hepática	115
Cardíaca	35
Pulmonar	20
Cardio-Pulmonar	28
TOTAL	2308

* Está incluida en la lista nacional/ No incluye tejidos

Centros de Diálisis y Pacientes en Diálisis

Regiones	Centros de Diálisis	Pacientes
I	7	217
II	4	86
III	3	190
IV	6	266
V	24	1008
VI	26	1227
VIIA	19	910
VII B	6	367
VIII	14	430
IX	2	101
X	5	137
XI	14	364
s/d		93
Total Pcia.	130	5396