



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

“LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA FAMILIA  
DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA”

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
*LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL*

**PRESENTA:**

*LIDIA MARGARITA MEJÍA*

**ASESOR:**

*L. T. S. RAÚL GARCÍA GARCÍA*

PACHUCA DE SOTO, HGO. OCTUBRE 2005

	<b>Pág.</b>
<b>INDICE</b>	
<b>Introducción</b>	1
<b>Planteamiento del problema</b> .....	3
<b>Justificación</b> .....	6
<b>Objetivos:</b>	
□ General	8
□ Específicos	8
<b>Hipótesis de Trabajo</b> .....	9
<b>Metodología</b> .....	10
<b>Capítulo I “La trascendencia de la Insuficiencia Renal Crónica”</b>	
1.1 Definición de salud y enfermedad.....	11
1.2 Anatomía y fisiología del riñón.....	17
1.3 Definición de la Insuficiencia Renal Crónica.....	20
1.4 Causas de la Insuficiencia Renal Crónica.....	21
1.5 Repercusiones de la Insuficiencia Renal Crónica en el paciente y en su entorno familiar, social y laboral.....	23
<b>Capítulo II “Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica”.</b>	
2.1 Tipos de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.....	31
2.2 La familia en el desarrollo de las personas.....	35
2.3 La familia, el paciente y sus funciones esenciales.....	39
2.4 El rol de la familia en el tratamiento del paciente con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica. ....	44
<b>Capítulo III “La Seguridad Social en el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica”</b>	
3.1 Definición de seguridad social .....	52
3.2 Disposiciones normativas – legales.....	54

	<b>Pág.</b>
2.5 El IMSS, como institución federal de seguridad social y bienestar	
2.6 familiar.....	55
<b>Capítulo IV “Trabajo Social en el tratamiento de la Insuficiencia Renal</b>	
<b>Crónica</b>	
4.1 Trabajo social en la salud.....	58
4.2 Definición.....	59
4.3 Objetivos.....	59
4.4 Su participación dentro del equipo de salud.....	60
4.5 Funciones y actividades.....	62
<b>Capitulo IV</b>	
Trabajo de campo.....	63
<b>Capitulo V</b>	
Propuesta .....	75
<b>Resultados</b> .....	89
<b>Conclusiones</b> .....	120
<b>Anexos</b> .....	123
<b>Bibliografía</b> .....	132

## INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica se define como la pérdida lenta y progresiva de la función renal, la cual en un estado terminal es incompatible con la vida.

En México, de cada millón de habitantes, 263 padecen de Insuficiencia Renal Crónica, la cual puede manifestarse a cualquier edad y sin distinción de sexo, y cuya prevalencia va en dramático ascenso, considerada hoy en día un grave problema de salud.

Los cambios en los estilos de vida y el tipo de alimentación favorecen el incremento a que algunas personas sean más propensas que otras, siendo importante identificar a las más susceptibles a desarrollarla, para generar estrategias de salud, siendo importante la aplicación de encuestas que permitan analizar el comportamiento de las personas ya existentes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica implementando de manera adecuada medidas de prevención, control y tratamiento, tendientes a disminuir un daño mayor.

Esta enfermedad crónica, no sólo demanda tratamiento farmacológico costoso, sino que en la mayoría de los casos tendrá que administrarse de por vida; de igual manera el impacto que tiene es devastador tanto para el paciente como para su familia y en consecuencia a la sociedad en general. Afectando no sólo a los adultos mayores, sino también a grupos de edad económicamente activos, limitando su capacidad funcional en etapas productivas.

Sus complicaciones son la principal causa de invalidez y el tratamiento provoca que prácticamente ningún sistema de seguridad social sea suficiente, pues su sustento, desde el punto de vista económico, es prácticamente imposible.

¿Cuál es el rol que desempeña actualmente el Trabajador Social con éste tipo de pacientes?, ¿Existe un perfil por definición?, su trabajo en ocasiones está lejos de

alcanzar un perfil ideal, aunque desde luego esto no es una constante y varía de institución a institución.

Sin embargo ante estos hechos incuestionables, la filosofía del trabajador social y el rol que desempeña adquiere un valor único. Las respuestas que brinda contribuyen a los fundamentos de la teoría de su práctica profesional; el trabajador social refleja la conciencia social de la época, la razón que emana de este, es la piedra angular de su acción.

En la efectividad de sus acciones, en su capacidad autocrítica, en el dominio de las técnicas educativas, orientadoras y psicoterapéuticas está la esencia de su servicio y de su ayuda.

Conocer lo que se sabe sobre una enfermedad cualquiera siempre tiene importancia, aún cuando siempre es sabio comprender su propio problema a la luz de sus conocimientos. El paciente y su familia deben tener el beneficio del entendimiento no sólo de la enfermedad como tal, sino del tratamiento decidido por su médico y las medidas adicionales no necesariamente medicamentosas, además de lo que ocurrirá en el futuro previniendo complicaciones a través de una buena orientación integrando al paciente a un buen cumplimiento y apego del tratamiento indicado. Todo en su conjunto representa una mejor calidad de vida actual y futura.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México de cada millón de habitantes 263 padecen Insuficiencia Renal Crónica, hoy en día considerada un grave problema de salud, pues cada vez adquiere mayor relevancia, debido a que "la causa más común que favorece el avance de esta enfermedad terminal en el mundo, es la nefropatía diabética, ya que alrededor del 40% de los casos nuevos son causados por diabetes mellitus, y de estos últimos el 80% son por diabetes mellitus tipo 2".<sup>1</sup>

Al respecto Durkheim refiere: "sin salud no hay enfermedad, ya que ambas se encuentran relacionadas con nuestra forma de sobrevivir, refiriendo que la salud implica un estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, contrario a la enfermedad, alteración más o menos grave en el normal funcionamiento, lo que implica al sujeto adaptarse de otra manera".<sup>2</sup>

De la misma forma que las demás enfermedades como el cáncer, el SIDA; la Insuficiencia Renal Crónica es considerada, un acontecimiento injusto, una traición del propio cuerpo; la cual se define como: "la pérdida progresiva, usualmente lenta e irreversible del funcionamiento renal global, causada por un deterioro continuo de la pared que cubre al riñón",<sup>3</sup> y que puede ser hereditaria, congénita o adquirida, disponiéndose de los métodos de diálisis y de trasplantes hasta la década de 1960, en donde el objetivo era sustituir la función de los riñones dañados, permitiendo a las personas con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica mantenerse con vida y en muchos casos rehabilitarse adecuadamente, modificándose indiscutiblemente su calidad de vida.

Con la confirmación del diagnóstico en la persona, la angustia se hace crónica y se comparte con los familiares responsables, y en la medida que el tiempo

---

<sup>1</sup> I.M.S.S A tu salud ( 2005) Número 11, Pág. 38. Boletín.

<sup>2</sup> DURKHEIM, Emile ( 1976): Las reglas del método sociológico, Buenos Aires la pléyade, Pág. 72-73.

<sup>3</sup> JINICH, Horacio ( 1988) Tratado de medicina interna, México, Pág. 532

transcurre, lamentablemente el individuo se deteriora manifestándose en éste los siguientes síntomas: palidez en la piel, anormalidades esqueléticas, hinchazón en los tobillos, pies y manos, fatiga, falta de apetito, piel seca y comezón, confusión o dificultad para concentrarse, por lo que es observable los signos de depresión en los familiares, hasta llegar en un momento a desear que la muerte los libere del sufrimiento.

El paciente que advierte éstos cambios, acentúa su depresión y puede llegar al suicidio, originando en la familia la desintegración, la deserción escolar, el abandono del hogar de los hijos adolescentes y la separación de la pareja en muchos casos, ya que se someten a un estrés adicional cuya intensidad y características están en relación con quién es el integrante afectado, es decir si es el padre, la madre o alguno de los hijos, ya que para la mayoría de nosotros es muy difícil reconocer que nuestro cuerpo ya no funciona como antes y que ahora requiere de un tratamiento medico especial.

Una gran mayoría de personas, piensan que este padecimiento es un accidente que les ocurre a los demás, sin embargo cuando se presenta la enfermedad en ellos, surgen las siguientes interrogantes ¿De qué manera se ve afectado su desarrollo en el ámbito social? ¿Cuál es el rol de la familia en el tratamiento indicado? ¿Qué tipo de orientación requiere el paciente y su familia en dicho tratamiento?, tanto el paciente y la familia requerirán de tiempo para adaptarse y deberán aprender la capacitación acerca de la enfermedad y su futuro.

Con base en la observación y manifestación de las personas con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica como punto culminante de diversas enfermedades, se ha detectado que se ha convertido en un problema de salud muy grande y dada la situación ardua en la que se encuentran las familias con algún miembro con éste padecimiento, teniendo que compartir muchas dificultades derivadas de la propia enfermedad y a los factores socioculturales implicados en el proceso salud-enfermedad los cuales frecuentemente son predisponentes para la preservación o

pérdida de la salud y para el éxito o fracaso del tratamiento médico, se parte de la idea de que entre mejor informados estén los pacientes y sus familiares acerca de su tratamiento mejor será la calidad del mismo, recordando que la intervención activa del Trabajador Social con el paciente y su núcleo es vital para lograr el éxito en su recuperación, por lo que se realizará la investigación en pacientes que asisten actualmente como derechohabientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica del H. G. Z. M. F. No. 1 Pachuca Hidalgo

## **JUSTIFICACIÓN**

La familia como centro de diversas investigaciones y estudios representa el sitio donde se encuentra, comprensión, respaldo y afecto que nos permite enfrentar el mundo exterior y que las transformaciones e implicaciones que experimenta repercuten en la formación de todo ser humano, ya que se presentan una serie de acontecimientos que dan origen a problemas sociales como: violencia, desintegración, surgimiento de enfermedades crónicas, etc.

Lo que permite mencionar que por su importancia y trascendencia en la vida humana y colectiva, la familia es un campo que preocupa y ocupa al Trabajador Social, sobre todo cuando en el sistema familiar se diagnostica a alguno de sus integrantes con una enfermedad crónica terminal, por los efectos que abaten el cuerpo, como es el caso de la Insuficiencia Renal Crónica, término que se aplica cuando la capacidad de los riñones para eliminar sustancias tóxicas disminuye y que puede manifestarse en cualquier persona sea hombre o mujer, sea obrero o profesional, y que requiere de cambios en la forma y estilo de vida no solo del paciente sino también de su grupo familiar, el cual como un sistema abierto se encuentra interrelacionado con otros sistemas como el biológico, y el social.

El conocimiento de dicha situación provoca en la persona con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica y en su familia serias repercusiones psíquicas. El escepticismo, la duda sobre la veracidad de la enfermedad provoca inicialmente negación, seguida de enojo y profunda inconformidad, para dar lugar más tarde a la depresión.

La diálisis peritoneal ambulatoria, la hemodiálisis y el trasplante son posibilidades para disminuir esta agobiante carga emocional, pero estos métodos se limitan por su costo y por la capacidad material y cultural que se requiere para realizarlos.

En todo momento la Insuficiencia Renal Crónica es un daño severo, en el que está presente la sensación irreversible de tener que vivir en forma permanente con la idea de la muerte, por lo que es importante brindar una atención adecuada, oportuna y de calidad, a través de un trabajo multidisciplinario, en donde el Trabajador Social debe ser el profesional de enlace que identifique, coordine, concerte y coadyuve con el individuo y la familia, identificando los recursos y las potencialidades para complementar el tratamiento médico, previniendo daños a la salud a través de procesos educativos y reintegrar dentro de sus posibilidades al paciente y su familia a su ambiente social.

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Analizar las condiciones de vida en que se desarrolla el proceso salud-enfermedad de los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica, propiciando alternativas de solución en la atención integral del mismo.

### **ESPECIFICOS:**

1. Conocer las principales características físicas del paciente con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica.
2. Detectar las principales repercusiones del paciente con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica en su desarrollo familiar.
3. Determinar las principales funciones de la familia en el tratamiento del paciente con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica.
4. Contribuir al diseño del perfil profesional del Trabajador Social con ésta enfermedad.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO:**

El paciente de Insuficiencia Renal Crónica sufre de una afectación en su calidad de vida por la falta de apoyo familiar en dicho tratamiento.

## **METODOLOGIA.**

Se acudirá a los centros de documentación especializada en el proceso salud-enfermedad, especialmente a las bibliotecas de las instituciones médicas, las cuales brinden atención a la población con éste padecimiento, como el Hospital General de Pachuca S.S.H., Clínica ISSSTE, las Bibliotecas de las mismas instituciones, así como la Biblioteca de la Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM, con el propósito de recopilar la fuente documental que dé soporte a la presente investigación.

Una técnica importante a ser utilizada es la observación que se llevará a cabo durante el proceso evolutivo de salud - enfermedad de pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1 Pachuca, dada la situación ardua en la que se encuentran las familias con alguno de sus miembros con éste padecimiento, compartiendo muchas dificultades derivadas de la propia enfermedad.

El estudio será de tipo exploratorio en virtud de no contar con estudios previos al tema en esta unidad médica, tomando como base los censos con que cuenta la unidad médica, los cuales ascienden a doscientos diez pacientes, comprendiendo el período anual enero – diciembre 2004, y que varían significativamente debido al cambio de su lugar de residencia o el abandono del tratamiento médico. En virtud del incremento continuo de este padecimiento, se dispondrá de una muestra no probabilística que se conforma por treinta pacientes que asisten actualmente a su atención médica, los cuales fueron elegidos de manera intencional y residentes de la ciudad de Pachuca. Desde el punto de vista cuantitativo en cada caso el investigador aplicó un cuestionario realizando la visita a los domicilios de los pacientes, para conocer de primera mano las condiciones de vida en que se desarrolla el proceso salud – enfermedad de pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica, realizando el estudio médico social que se lleva en el H. G. Z. M. F. No. 1 en donde los datos sirvieron de base para la interpretación, el análisis y la evaluación de los casos seleccionados.

## 1.1 DEFINICIÓN DE SALUD – ENFERMEDAD

El gran objetivo de la política de salud en nuestro país está establecido, conceptual y constitucionalmente, por el derecho a la protección a la salud del pueblo mexicano, expresado en el artículo 4º de nuestra Carta Magna.

“En otra columna legislativa en la que descansa la acción del gobierno actual a favor de la salud es la Ley General de Salud Reglamentaria del artículo 4º Constitucional, vigente desde julio de 1984, en la que entre otras cosas se recopilan los conceptos del sector, del Sistema Nacional de Salud, fijando prioridades y definiendo los mínimos de salud.

De ésta ley se desprenden 6 reglamentos: El de servicios de salud, el de disposición de cadáveres, órganos y tejidos, el de sanidad internacional, el de control sanitario de la publicidad, el de control sanitario de actividades, locales y establecimientos, bienes y servicios y el de investigación para la salud, dando paso al Programa Nacional de Salud, derivado del Plan Nacional de Desarrollo 1984 – 1988, en donde se fijan objetivos, metas, acciones y estrategias para dar creciente efectividad al derecho a la protección a la salud.”<sup>4</sup>

La salud individual por mucho tiempo se ha considerado como una condición del organismo físicamente íntegra que funciona de manera completa, lo que significa un individuo perfecto desde el punto de vista físico y que las partes que lo constituyen funcionen de manera armónica, sin embargo en el transcurso del tiempo, se tomo en cuenta el concepto de “equilibrio”, el cual retoma el entorno interior y exterior del individuo.

Hasta finales del siglo XIX, nadie entendía por salud otra cosa que la ausencia de enfermedades, sin embargo a principios del presente siglo se fue perfilando la idea, definiéndose posteriormente como: “El estado de completo bienestar físico,

---

<sup>4</sup> SOBERON ACEVEDO, Guillermo, (1986-1988): La protección de la Salud en México. Edit. Planeta Mexicano, S. A. de C. V.

mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o de afección”.<sup>5</sup> Significación más propia que tomó en cuenta los aspectos mentales y sociales, comprendiendo, que la salud, no solamente es el bienestar físico, si no también es aplicado en el medio socio cultural, no olvidando que el hombre es una entidad biopsicosocial. Descripción que consideramos estática, y que en la realidad es lo contrario, ya que es una situación dinámica de ajuste constante ante los factores que pudieran alterarla, implica ideas de variación y de adaptación continuas.

En virtud de la dificultad para contar con indicadores que sirvan para valorar la salud, se dice que está presente; cuando hay armonía física, mental y social con su ambiente no presentando signos ó síntomas de enfermedad; al respecto Cangullhem refiere que “la salud progresivamente perfecta es anormal ya que en el desarrollo del ser vivo debe incluirse a la enfermedad”<sup>6</sup>, ya que la salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación.

Entre el hombre y su ambiente hay una constante y compleja interacción, por lo que es difícil conocer los límites precisos entre la salud y la enfermedad.

Significativamente una característica general es supuestamente que la enfermedad siempre procede de otra parte, su origen se encuentra en la relación entre la forma de percibir una enfermedad y la de concebir lo extranjero; es decir que la naturaleza de lo malo se presenta como ajeno a lo que no es de nosotros, y que se encuentra fuera de nuestros límites.

Al respecto Sánchez Posado, refiere “no se puede concebir la salud en valores absolutos porque está en continuo ajuste ante los cambios del ambiente”<sup>7</sup> en este

---

<sup>5</sup> Definición de la Organización Mundial de la Salud

<sup>6</sup> CANGULLHEM, Georges, (1966): *Le Normal et le pathologique*, Paris; Lecourt, (versión en español: *lo normal y patológico*, México siglo XXI, 1986).

<sup>7</sup> SANCHEZ ROSADO, Manuel, (1983): *Elementos de Salud Pública*, >Edit. Plaza & Janes, s. A., Pág. 4.

sentido coincidimos que la salud, no es solo una condición biológica, sino que varía en relación con el medio ambiente físico químico, psíquico y socio cultural.

“La Salud es movimiento, pero que en si lleva implícito su contrario que es la enfermedad”<sup>8</sup>

Cuando se habla de enfermedad, tiene que agregarse a este término un complemento físico, mental e incluso social, en un exceso decrecimiento característico de la visión que hasta el momento la explica como una relación de causa – efecto.

La enfermedad se presenta en un momento dado, en virtud de que los mecanismos que dispone el organismo no pueden mantenerla en equilibrio dinámico con el medio, por causas ajenas de desequilibrio interno o porque el medio ambiente es agresivo y no hay posibilidad de defensa orgánica.

El tiempo actual exige reconstruir al humano globalmente, considerando al mismo tiempo su biología, emociones, afectos, pensamientos, relaciones con los demás y con el ambiente, es decir un “sujeto que vive y que hace historia”<sup>9</sup>

Se acepta que el hombre tiene que ser comprendido en su medio y a través de su evolución histórica; la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades de salud dependen de la relación con el ambiente físico y social, y del funcionamiento de los mecanismos psicosomáticos con que cuenta cada individuo.

La vida es un estado y la muerte su contrario y contraposición, fenómenos contrarios en éste proceso también son la salud y la enfermedad, y el paso de una situación a otra implica cambios estructurales y funcionales que inicialmente no se registran, y en la mayoría de las ocasiones se observan cuando existe daño evidente mediante síntomas o signos.

---

<sup>8</sup> Ibíd., Pág. 5

<sup>9</sup> ANDA GUTIERREZ, Cuauhtémoc, (1985): Introducción las Ciencias Sociales, México. Edit. Humanitas

Un factor importante son las creencias erróneas en cuanto a la etiología y a las formas de transmisión de las enfermedades, prejuicios y supersticiones, situación que se torna más difícil porque la población piensa que la enfermedad es un castigo divino y adopta una actitud pasiva y de resignación no solo ante la enfermedad sino también hacia la muerte, a lo que Sontag refiere “no es el sufrimiento en sí lo que en el fondo más se le teme, sino al sufrimiento que degrada”<sup>10</sup>, ya que las enfermedades más temidas, son las más deshumanizadas, como las enfermedades terminales que originan efectos que abaten el cuerpo y que representan una fuente de continuo malestar y vulnerabilidad estando presente la sensación irreversible de tener que vivir en forma permanente con la idea de la muerte.

La valoración del nivel de salud es difícil porque no existen elementos técnicos en la actualidad que nos permitan captar la etapa precisa en que un individuo pasa de lo normal a lo anormal.

La salud nos indica un estado en donde las variaciones que puede presentar un individuo se mantienen dentro de determinado rango considerando como normal a través de los datos promedios disponibles y que varían en función de la edad y el sexo, inclusive según la ocupación y particularidades de la región.

En realidad, salud y enfermedad no solo son niveles científicos, si no también políticos, ya que están influenciados por el contexto social o político que los rodea.

El nivel de salud en cada país es el reflejo de sus condiciones socioeconómicas, porque se encuentra inmerso en ellas.

“La enfermedad es considerada, como el resultado de una ruptura del equilibrio interno de su homeostasis”,<sup>11</sup> es decir que el organismo falla, ante el reto que

---

<sup>10</sup> SONTAG, Susan, (1996): El SIDA y sus metáforas (Aids and its mephaphors 1998), Madrid Taurus.

<sup>11</sup> MARTINEZ NAVARRO, F. J. M. Antó (1998): Salud Pública, MC GRAW HILL INTERAMERICANA DE ESPAÑA

implica adaptarse al ambiente físico y al social, en donde existen factores que la originan y estos son:

- “1. Exógenos, que son procedentes del entorno.
2. Endógenos, específicos de casa uno”<sup>12</sup>

Las cuales al hacer contacto con el organismo rompen el equilibrio, dando como consecuencia el surgimiento de la enfermedad.

La salud desde el año de 1948 en la Asamblea General de las Naciones Unidas “es un derecho de todo hombre, contemplando un estándar de vida adecuado, de bienestar personal y familiar”.

Sin embargo la realidad está muy lejos de este derecho, algunas enfermedades crónicas degenerativas, se deben en gran parte, a los cambios en el medio, a la conducta inadecuada de las sociedades industriales, estilos de vida inadecuados, nuevas tecnologías y mala alimentación.

Por supuesto consideramos que la mejoría de las condiciones económicas no traerá la erradicación de las enfermedades, pero el individuo pasará menos años de su vida enfermo y sobre todo se combatirá la mortalidad.

Muchas enfermedades podrían evitarse si se difundiera oportuna y suficientemente las causas de los principales padecimientos, sus mecanismos de transmisión, las medidas para evitarlos y la conducta a seguir ante la enfermedad.

Por lo que es necesario concientizar al hombre a cuidar su salud y su vida para beneficio personal, familiar y social.

---

<sup>12</sup> Ídem, Pág. 72

El hombre está sometido a la variación biológica constante, en tal forma que sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas, etc, no admiten un modelo fijo.

Mientras más complejo es el organismo vivo, más complejas son sus interacciones con el ambiente.

Por lo que podemos decir que la salud es un estado muy variable, el cual debe de ser cultivado, protegido y fomentado.

Y por el contrario, la enfermedad, es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo

Salud y enfermedad son dos grados extremos en variación, son la resultante del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total.

El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social.

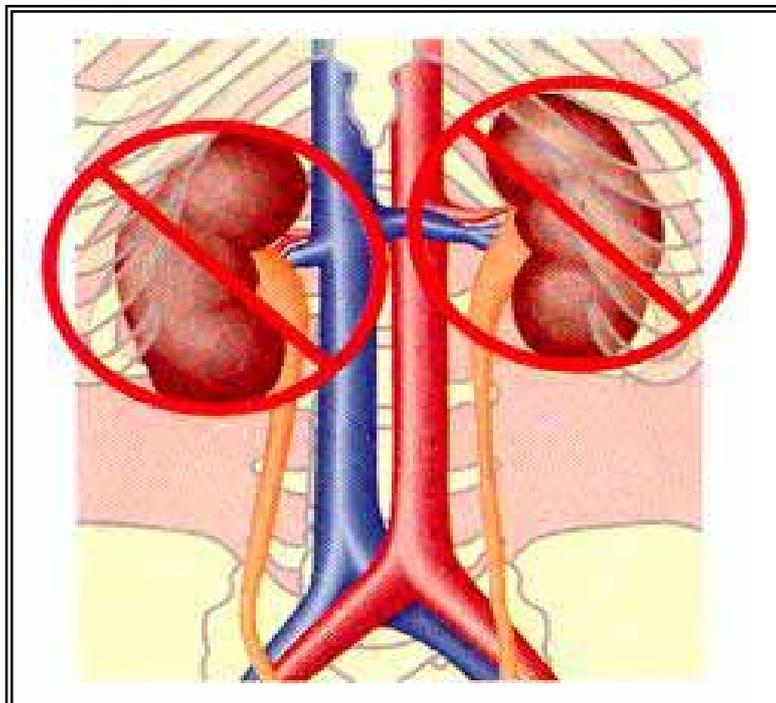
Todo lo dicho significa que no se puede continuar considerando a la salud y a la enfermedad como procesos individuales, sólo biológicos, de causa única que suceden "naturalmente" y que se producen aislados de todo lo que la sociedad significa para la vida del hombre.

## 1.2 ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA DEL RIÑÓN

El balance sano de la química interna de nuestro cuerpo se debe en gran parte al trabajo de dos órganos, los riñones. Cada riñón tiene el tamaño aproximado de un puño y pesa más o menos 1/3 de una libra. Estos órganos se encuentran a cada lado de la espina dorsal, a la altura aproximada de la cintura y tienen una función crítica para el mantenimiento de nuestra salud. De hecho, nuestra supervivencia depende del funcionamiento de éstos órganos vitales.

En el cuerpo humano existen unas estructuras llamadas “órganos”, algunos de ellos son: el hígado, el corazón, el riñón; etc., cuando un grupo de ellos trabaja coordinadamente y en conjunto se denomina “sistema”, como el circulatorio, el óseo, etc.

El sistema que nos interesa tratar en este momento es el urinario, el cual está constituido por:



**ESQUEMA DEL SISTEMA URINARIO**

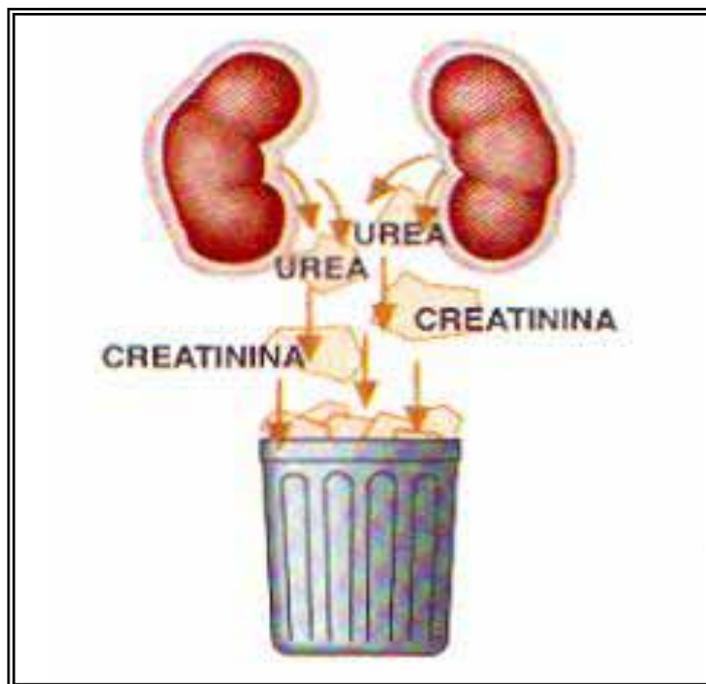
“2 riñones: Órganos que tienen la función de filtrar la sangre.

1 útero: Conducto que intercomunica a los riñones con la vejiga.

1 vejiga: Cavidad elástica que recolecta y almacena orina.

1 uretra: Conducto a través del cual se evacua la orina al exterior”<sup>13</sup>

Los riñones son los responsables de la cantidad de agua y sales que el organismo elimina; la orina contiene: azúcar, urea, amoniaco, toxinas o venenos que si no son eliminados pueden ocasionar problemas.



Los riñones tienen cinco funciones principales en el organismo:

1. Eliminar los productos de desecho.
2. Controlar los líquidos que quedan en el cuerpo.
3. Controlar la presión arterial.
4. Producen glóbulos rojos
5. Controlan la cantidad de fósforo en la sangre.”<sup>14</sup>

<sup>13</sup> <http://www.tusalud.com.mx/120503h.htm>

<sup>14</sup> BAXTER-MÉXICO (1997) Manual de capacitación para el paciente en Diálisis Peritoneal. Edit. Unidad de Negocios Renal.

Éstos filtran aproximadamente 180 lts. de sangre por día, poco menos de litro y medio por minuto, eliminando 2 litros de orina en 24 hrs.

Sin embargo cuando éstos dejan de funcionar, las anteriores acciones dentro del cuerpo dejan de llevarse a cabo en forma adecuada, manifestándose varios síntomas como: malestar en el individuo, haciéndolo sentirse somnoliento confundido con náuseas, al no producir glóbulos rojos, se manifiesta la “anemia”, y como no se eliminan los excesos de agua, el líquido se acumula en el cuerpo, provocando hinchazón en la piel, tobillos y alrededor de los ojos, causando también mal sabor en la boca, al no eliminarse los desechos en la orina.

### 1.3 DEFINICIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

“El concepto de **Suficiencia Renal**, se aplica cuando los riñones desempeñan al 100% sus funciones, el término **Deficiencia Renal**, se utiliza cuando la función renal se encuentra por debajo del 100% aproximadamente el 35%

Cuando la función renal se encuentra por debajo de éste parámetro y es incapaz de mantener su equilibrio, se establece el diagnóstico de **Insuficiencia Renal**”.<sup>15</sup>

Sin embargo nos apegaremos a la definición que la define como: “la pérdida lenta y progresiva de la función renal, generalmente irreversible y que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominados uremia y que en un estado terminal es incompatible con la vida”<sup>16</sup>

Independientemente de cual sea la causa la Insuficiencia Renal Crónica, es la pérdida de la función de los riñones, los cuales no son capaces de llevar a cabo sus funciones de eliminación y regulación, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo.

---

<sup>15</sup> Programa para la detección y tratamiento temprano del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, (1998): IMSS, Pág.. 7

<sup>16</sup> G. J. MAC Gregor, (1999); Insuficiencia Renal Crónica. Actualizaciones en Medicina Interna de la revista de la Asociación de Medicina Interna en México.

## 1.4 CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El riñón puede verse lesionado por una gran variedad de agentes y mecanismos patogénicos, entre los cuales se encuentran los inmunológicos, los infecciosos, los tóxicos, los mecánicos, etc., en donde una vez llegado el daño orgánico a su límite, conduce a la muerte del individuo en corto plazo.

Hay dos tipos de falla ó Insuficiencia Renal: La Aguda y la Crónica.

La Insuficiencia Renal Aguda es una pérdida de la función del riñón transitoria que a menudo puede remediarse. La Insuficiencia Renal Crónica por el contrario, es una condición permanente; una vez que ocurre, es imposible que los riñones vuelvan a funcionar.

La Insuficiencia Renal Aguda, puede suceder por infecciones severas, quemaduras extensivas, diarrea ó vómito severo, envenenamiento químico (ó por drogas), cirugía y daño ó bloqueo en los riñones.

En la mayoría de los casos, se recupera la función renal normal, si se elimina la causa del problema.

La Insuficiencia Renal Crónica, puede ser por herencia (como el caso de la enfermedad poliquística), ó puede ser causada por condiciones médicas prolongadas como la hipertensión ó la diabetes.

“En nuestro país la incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica se estima entre cuatro a cinco mil casos nuevos al año y sus causas son múltiples; desde las glomerulopatías primarias, hasta las consecutivas a varias enfermedades (metabólicas, reumatológicas, urológicas, infecciosas, etc.), siendo la nefropatía diabética, la principal causa en nuestro país.

A pesar del tratamiento con éxito de la hipertensión, de la obstrucción de vías urinarias, etc., muchas formas de lesión renal evolucionan inevitablemente hacia la Insuficiencia Renal Crónica<sup>17</sup>

Existen factores de riesgo que hacen que algunas personas sean más propensas que otras y estos factores pueden ser de dos tipos:

1. “ Clínicos:

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Infección de vías urinarias
- Obstrucción del tracto urinario
- Exposición a ciertas drogas( antibióticos y antiinflamatorios)
- Bajo peso al nacer
- Neoplasias

2. Socio demográfico:

- Edad avanzada
- Historia familiar de la Insuficiencia Renal Crónica
- Tabaquismo
- Bajo nivel educativo<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> PAPPER, S. M. Insuficiencia Renal Crónica, Nefrología Clínica, Salvat.

<sup>18</sup> <http://www.tusalud.com.mx/120503h.htm>.

## **1.5 REPERCUSIONES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL PACIENTE Y EN SU ENTORNO FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL.**

Sin duda el enfrentar una situación como ésta es generadora de conflictos, repercutiendo en la dinámica familiar y en el entorno social.

El hombre considerado como un conjunto de sistemas funcionales, inmerso dentro del proceso de su sistema familiar al que pertenece, se inicia en el momento de su nacimiento, aceptando conocimientos, valores, tradiciones, normas y costumbres, permitiendo la solución de manera correcta o incorrecta de los conflictos presentados en cada momento del ciclo de vida familiar, sistema que determina la funcionalidad o disfuncionalidad en la medida que el ser humano vaya ejerciendo su adaptabilidad dentro del mismo proceso.

Y sabedores que en el humano, todo desprendimiento es doloroso, se deduce que constantemente se encuentran dos corrientes en lucha; una que va a favor del desprendimiento y de la vida, y otra que tiende a detenerse en el proceso creativo de etapas anteriores, por lo que el fin no es lograr una igualdad inalterable en la familia, sino lo contrario crear un sistema con la capacidad de inducir progresivamente de una etapa a la siguiente por más doloroso que esto resulte.

Al emplear el campo de observación se evidencia la compleja manifestación de situaciones circulares y simultáneas que se ligan al dato biológico no solo con influencias emocionales provenientes del ambiente familiar, sino además con un modelo de interacción familiar.

Se ha observado que antes del diagnóstico de las enfermedades crónicas, muchas de las cuales amenazan la vida, la familia responde de manera semejante a la reacción del duelo, sin que esto implique que se den en forma idéntica, observando en general una progresión, semejanza, negociación, aislamiento, coraje, regateo, depresión y aceptación.

Éste conocimiento permite saber con anticipación lo que se espera, preparando la mejor manera de enfrentarlo, lo que es de suma importancia para el Trabajador Social, el cual asiste a una familia en éstas condiciones.

Cuando en un sistema familiar se diagnostica una enfermedad crónica, en alguno de sus miembros, éste se ve sometido a un estrés adicional cuya intensidad y características están en relación con quién es el integrante afectado, es decir si es el padre, la madre o alguno de los hijos y en qué etapa de su ciclo vital se encuentran; ya que muchos pacientes al iniciar el tratamiento no aceptan el hecho de estar sufriendo una enfermedad renal, no aceptan tener que recibir tratamiento por el resto de sus vidas, originándose problemas al tratar de adaptarse a los cambios propios de la enfermedad, presentándose durante el proceso de inicio, en el tratamiento y aún después, sensaciones de culpa, negatividad, ira, rechazo, depresión y frustración lo que es comprensible en el paciente y su familia.

Es importante reconocer que hasta en la más amable de las familias, hay ciertos enfrentamientos de voluntades que se hacen más operantes cuando uno de los miembros se enferma, las cuales se expresan en forma sutil, debiendo identificarse y reconociendo que existe ayuda para su manejo con lo cual también se ayuda al paciente.

El diálogo franco con los familiares, moviliza positivamente los recursos emocionales, ya que muchas veces cuando existe enfermedad en alguno de sus miembros, ocurren cambios importantes, como el de una mayor responsabilidad en el manejo de la casa, la supresión de actividades sociales y recreativas, la necesidad de que la mujer busque un empleo, que el mando que asuma en el hogar no encaje en su actual rol familiar, cambios en los planes para la educación de los hijos y en el nivel de vida, etc.

Es obvio que las situaciones de ésta naturaleza crean conflictos interpersonales y tensiones entre los miembros de la familia, lo que provoca en el paciente reacciones adversas a su calidad de vida.

Cada miembro de la familia en un momento dado, dispone de su tiempo, de su espacio, de su físico, de su habilidad de pensar, sentir y hablar, la habilidad de mover sus brazos y piernas, de su energía física y emocional, dispone de su talento, su competencia y sus experiencias, ya que son las materias primas con las que cuenta para enfrentar los problemas mecánicos de la vida, y éstas situaciones se ven alteradas con la presencia de la enfermedad.

Situación que frecuentemente manifiestan las familias de los pacientes con padecimientos crónicos, el de tener demasiado quehacer, demasiadas exigencias y de disponer de muy poco tiempo para todo; ya que cada familia vive en un ambiente distinto, en donde sus ingresos pueden variar desde unos cuantos miles de pesos o menos, hasta cantidades mayores, así como el número de miembros puede variar desde tres hasta diecisiete, por lo que su desarrollo depende de las normas de la comunicación, y la enfermedad repercute en su proceso.

Para el paciente y la familia, la enfermedad viene acompañada de muchas preguntas como: ¿De qué manera se ve afectado su desarrollo en el ámbito social? ¿Cuál es el rol de la familia en el tratamiento médico? ¿Qué tipo de orientación requiere el paciente y su familia en dicho tratamiento? Ya que ambas partes no logran asimilar la situación, viendo con dificultad su adaptación al tratamiento a seguir.

La familia como institución protectora y constructiva para sus miembros, es un sistema intercomunicado con otros procesos, como el biológico, el social, el ecológico, etc, siguiendo un camino de desarrollo y en el cual “la civilización actual ejerce desgraciadamente una acción centrífuga para el núcleo familiar; siendo una de las causas principales del momento, en donde los estilos de vida tan

cambiantes y además tan complejos, destruyen al elemento fundamental primario, no olvidando que en la sociedad, éste sistema es el soporte emocional, social y psicológico”<sup>19</sup>

“Durante la transición de una etapa a otra, la familia sufre de gran estrés y tiene que concentrar gran cantidad de energía generando en ocasiones una especie de crisis para lograr el cambio. Otras veces los cambios se dan en forma aparentemente repentina, aunque toda la etapa anterior haya servido como preparación para el nuevo cambio”,<sup>20</sup> por lo que existen una serie de factores impredecibles, los cuales pueden imposibilitar el desarrollo causando una alteración en la interacción de los miembros.

El conocimiento del problema provoca necesariamente en el paciente y en la familia, serias repercusiones psíquicas, surge la desconfianza, la duda sobre la veracidad del padecimiento, provocando enojo y una profunda inconformidad, hasta llegar al desaliento total.

“Existiendo una creciente evidencia de que los eventos en el ciclo de vida continua impactan en el desarrollo familiar por largos períodos e incluso por generaciones, ya que muchos pacientes presentan conductas entendidas como “inadaptadas” que producen reacción social de miedo o recelo frente a ellos, lo que hace aumentar su estigmatización y exclusión del medio social”<sup>21</sup>

El paciente adquiere conciencia de la muerte; su situación de angustia vivida en el hospital con otros pacientes con su mismo padecimiento, despiertan en él fantasías manifestando su temor a la expiración, incrementándose con la eventual ausencia de los demás pacientes o inclusive la testificación personal de la muerte de otros, representando un adelanto de la propia, lo que origina un aislamiento en la mayoría de los casos.

---

<sup>19</sup> MACIAS LOZANO, Diana (1994): Disfunción Familiar y Enfermedad Crónica, México.

<sup>20</sup> SATIR, Virginia,(1998):Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo Familiar. Pax-México

<sup>21</sup> MITCHELL,(1992) citado en FEDEAFES. Pág. 24

El hospital pasa a ser considerado como un centro de tratamiento transitorio dotado de todos los medios necesarios para la reeducación de los enfermos y para la reinserción social dentro de sus posibilidades.

Al incluirse el paciente en cualquier programa de tratamiento de diálisis, la angustia se hace crónica y se transmite a los familiares responsables, quienes acompañan al paciente poniendo en juego ambos sus mecanismos de defensa, pero a medida que el tiempo transcurre y que se deteriora el paciente, éstos se debilitan y se advierten signos de depresión en los familiares, hasta llegar el momento de desear la muerte para liberar al paciente de su sufrimiento.

El paciente que observa éstos cambios enfatiza su depresión pudiendo llegar al suicidio, ocasionando que la familia se desintegre, los hijos fallan en su escolaridad, los hijos adolescentes abandonan el hogar y la pareja se separa en muchas de las ocasiones

Cuando existe la posibilidad del trasplante renal de donador vivo, se puede desarrollar primero, angustia por el temor al rechazo, limitando su rehabilitación, segundo se presenta un sentimiento de culpa por haber despojado de éste órgano a quién realiza la donación y el temor de ser rechazado y tercero la carga de una deuda impagable de por vida, agregando miedo a la envidia de los que aún no han sido trasplantados o de los que han rechazado el riñón, regresando nuevamente al tratamiento de diálisis

La tensión nerviosa es un hecho de la vida diaria que puede ser causada por factores internos o externos, en el paciente renal puede ser causada por la combinación de ambos, ya que para la mayoría de nosotros, es difícil reconocer que nuestro cuerpo ya no funciona igual que antes y que ahora requiere de tratamientos especiales, siendo posible como en cualquier condición medica que existan cambios en el apetito sexual, experimentando sensación de impotencia y desesperación, manifestando tristeza y depresión por las limitaciones que hay

que enfrentar; por lo que la relación con la familia y amistades se puede volver tensa, y en ocasiones no querrá ver, ni escuchar a nadie, pensando en que no comprenden su situación y que la enfermedad es un castigo que merece por su mala conducta, negándose a recibir afecto, lo cual no significa que realmente no lo quiera.

“La negociación es un proceso normal al principio de cualquier situación difícil. De hecho es un mecanismo de defensa que ayuda a poner distancia entre el paciente y el problema, hasta lograr la capacidad de aceptarlo, sin embargo si la negociación interfiere con el tratamiento del paciente debe considerarse ayuda profesional”<sup>22</sup>

El miedo ante la muerte es un sentimiento permanente y amenazante, del cual quiera hablar el paciente, sin embargo ésta situación puede causar angustia en la familia, originando desajustes, sentimientos ambiguos y ausencias de algunos miembros.

Hay familias que callan y no hacen comentarios entre sí, en éste caso “el sufrimiento del paciente es vivido intensamente por la familia la cual supone que el silencio ayuda al enfermo, canalizando sus emociones en desajustes entre los integrantes, originando situaciones como: Angustia no controlable, dificultad para el desarrollo de las actividades cotidianas, se crea una atmósfera de desconfianza, existe desconocimiento y descontrol sobre la enfermedad, sobre todo a los cambios que se presentarán, causando incertidumbre y en algunas situaciones destrucción.”<sup>23</sup>

Cada ser humano vive, experimenta y asume los procesos de la vida de manera diferente, por lo que negar lo que se está viviendo, es una actitud de defensa ante la realidad, con el fin de no sentirse atacado. Y donde “la familia será testigo de

---

<sup>22</sup> IBN, Juntos por la Familia, ( 200):Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con un enfermo Crónico. México, Pag. 55

<sup>23</sup> Ibíd. Pag. 56

la evolución que seguirá la enfermedad, observando al paciente pasar de una etapa asintomática a una sintomática, en donde todo lo que se había imaginado se convierte en un hecho real que no solo alarma al paciente, sino también a la familia, experimentando con tristeza el dolor que vivirá ésta y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo”<sup>24</sup>

Con el tiempo los pacientes, familiares y amigos aprenden a modificar su comportamiento, y sus esperanzas se ajustan a la enfermedad, lo que implica cambios mayores, un trabajador de construcción quizá tenga que cambiar a un trabajo de oficina, ya que el desarrollo de un trabajo representa el acceso a determinada retribución, lo que se complementa con los procesos de reproducción en el ámbito familiar, permitiendo al trabajador satisfacer sus necesidades y expectativas.

El tipo de trabajo que las personas realizan diariamente tiene una relación definida con la salud, la calidad e intensidad del trabajo deben estar en relación con la edad, sexo, estado de nutrición, clima y condiciones orgánicas generales; el trabajo no debe perjudicar el estado de salud.

Las consecuencias de la enfermedad, son graves, desde el punto de vista individual, familiar y social. La comunidad pierde uno de sus miembros cuando alguno se enferma, ya que pierde un potencial de progreso. La enfermedad, reduce la capacidad productiva, sobre todo cuando afecta a la población trabajadora, la enfermedad provocará gastos en la familia o en los servicios públicos de atención médica, el comercio, las empresas, etc., ya que se incrementa el ausentismo y la familia deja de percibir salario, lo que ocasiona dificultades serias para mantener su nivel de vida.

Individualmente al verse afectado por una enfermedad terminal, se manifiesta insatisfacción, ansiedad, estrés o inquietud, surgiendo sentimientos de

---

<sup>24</sup> AMERICAN KINDEY FUND,(1991): Enfermedades del riñón: Guía para el Paciente y su

monotonía, agotamiento físico, con frecuentes solicitudes de permisos por la enfermedad, lo que repercute en la productividad de la fuente de empleo y su ritmo de trabajo se ve limitado. O tal vez decida cambiarse de casa para vivir más cerca del hospital, o suspender de ciertas actividades cotidianas, etc.; tomando en cuenta que el paciente se enfrenta a problemas que otros pacientes han podido resolver exitosamente.

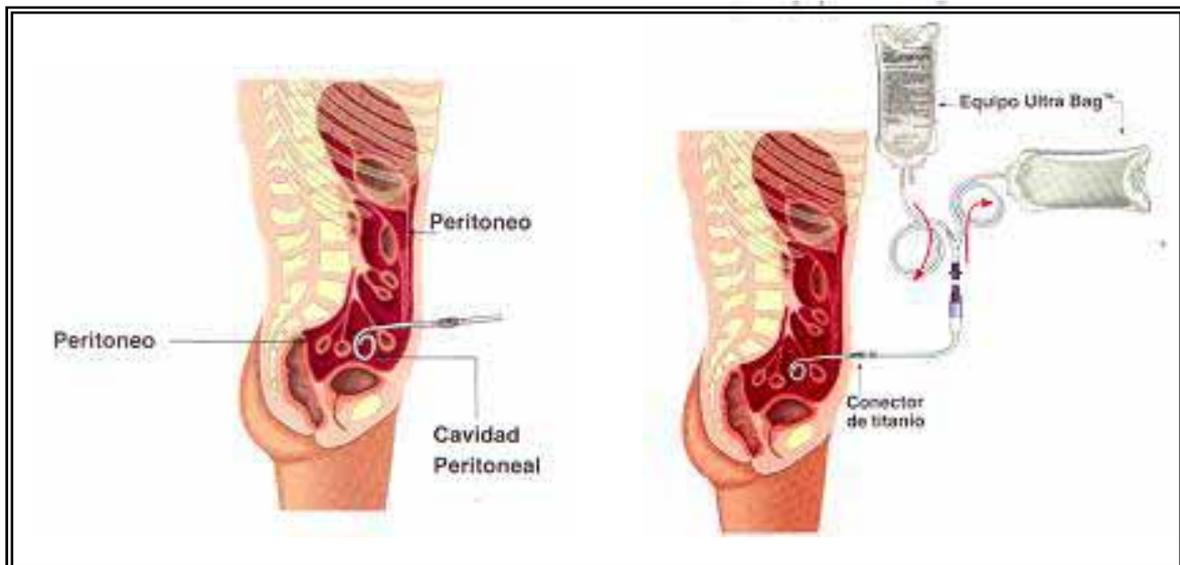
En el interior de cada familia, la situación de la enfermedad es vivida de diversas formas según las circunstancias particulares, en donde se presenta una dinámica emocional con mezcla de sentimientos que van desde la incertidumbre, la tristeza, la impotencia, la desesperación, la ilusión y luego la desilusión, las preocupaciones económicas, el temor a la muerte, etc.; pero al lado de éstos sentimientos, siempre están presentes y con una fuerza e intensidad mayores; la esperanza y la fe. En donde la paciencia, la comprensión y la flexibilidad ayudarán al paciente y a la familia a enfrentar los cambios que se presenten más adelante.

De lo anterior podemos decir que el núcleo familiar tiene un papel muy importante en el éxito del tratamiento del paciente, el sentirse querido e integrado a ella será la motivación principal para afrontar los cambios y aceptar el tratamiento.

## **2.1 TIPOS DE TRATAMIENTOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

La Insuficiencia Renal Crónica era mortal, hasta que en la década de 1960, los adelantos significativos en la investigación médica ofrecieron al paciente dos alternativas para su tratamiento, la diálisis y el trasplante. Aunque la pérdida de la función renal desencadena la muerte del paciente, los avances terapéuticos han podido compensar ésta situación mediante tratamientos que intentan hacer que los riñones enfermos puedan eliminar todas las sustancias retenidas en la sangre, y que hasta el momento, no existe ninguna medicina que sane o recupere el tejido destruido, ya que cuando los riñones dejan de funcionar es para siempre y no es posible su recuperación, por lo que es necesario sustituirlos por tratamientos que reemplacen su función; y en caso de no ser eliminados, producen alteraciones en el funcionamiento de los demás órganos, deteriorando la vida del paciente e imposibilitándolo para realizar sus actividades cotidianas manifestándose los siguientes síntomas en el paciente: Disminución o pérdida del apetito, náuseas, vómitos, debilidad, cansancio, palidez, mal sabor de boca, presión arterial alta, dolor de cabeza, sangrado de encías, sangre en el excremento, hinchazón de tobillos o manos, etc.

“La diálisis es el proceso por el cual la sangre se limpia artificialmente, cuando los riñones no lo pueden hacer. El término **diálisis** viene de la palabra griega que significa “separar“, y durante la cual se separan y se eliminan sustancias de desecho.”<sup>25</sup> Y para realizarla se pueden utilizar las siguientes técnicas:



“**La hemodiálisis**, viene de dos palabras griegas; “**hemo**” que significa sangre y “**diálisis**”, que significa separar” <sup>26</sup>.

“Es el tipo más común hoy en día, y que requiere de una membrana artificial que funciona como un filtro, el proceso se efectúa mediante una fístula entre arteria y vena, creando un sistema que conecta al paciente a la máquina de hemodiálisis (riñón artificial) para filtrar y purificar la sangre, siendo necesario el ingreso del paciente al hospital.

**La Diálisis Peritoneal**, es un método que aprovecha una membrana natural, llamada peritoneo y que recubre los intestinos.

<sup>25</sup> AMERICAN KIDNEY FUND, (1991): Enfermedades Del Riñón: Guía para el paciente y su familia. Pág.7.

<sup>26</sup> Ibíd. Pág. 7

Ésta membrana funciona como filtro que permite la eliminación de toxinas y agua, al introducirse un líquido dializante a través de un catéter de plástico colocado en la cavidad abdominal y de la cual existen dos tipos:

□ **Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA).**

Es un tratamiento sustitutivo de la función de filtración del riñón, que utilizan los nefrópatas en la etapa terminal de la enfermedad, utilizando un sistema interno y portátil que se realiza varias veces al día, en el seno de su hogar de por vida, modalidad que involucra y responsabiliza al paciente y/o familia, en donde al enfermo se le da libertad de acción, independencia, elevando su autoestima; lo que repercute en la calidad de vida, siendo necesario capacitar al paciente y a su núcleo, dando un seguimiento y control.

□ **Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA).**

Ésta es similar a la DPCA, excepto que se conecta al catéter una máquina que automáticamente llena y drena la solución dializante al abdomen; éste procedimiento se realiza por la noche mientras duerme el paciente, ofreciendo mayor disponibilidad de tiempo durante el día para otras actividades.

□ **El Trasplante.**

Es otra alternativa de tratamiento para la enfermedad del riñón en última etapa. El paciente que esté interesado en ella, debe tener en general una condición física estable, debiendo tener en cuenta otros factores, como la edad y el punto de vista emocional.

Aunque se han hecho muchos adelantos en éste campo, no hay una garantía total del proceso.

“El trasplante consiste en la implantación de un riñón humano sano en un paciente cuyos riñones han dejado de funcionar y el cual puede ser realizado con órganos procedentes de un donador vivo (generalmente entre padres e hijos o hermanos) y de la donación de órganos procedentes de un cadáver, el cual se realiza una vez que el donante ha fallecido y la familia de éste autoriza la donación de sus órganos.”<sup>27</sup>

Si bien los tratamientos dialíticos permiten a los pacientes mantenerse con vida y en muchos de los casos rehabilitarse adecuadamente, la morbilidad aún persiste en alto grado, incidiendo en el deterioro de la calidad de vida.

Por ello, la posibilidad que tengan las personas de recibir educación para atender oportunamente su salud y mantenerse sanos resulta de enorme trascendencia, ya que el autocuidado también incide positivamente en problemáticas de carácter social, como la disminución de costos al Estado en la atención de éstos pacientes, gracias a la independencia que les proporciona el estar menos enfermos.

Cuando los tratamientos no se realizan de manera correcta, se omiten cuidados y no se respetan las indicaciones, pueden presentarse complicaciones severas que ponen en riesgo la salud y la vida del paciente, específicamente en el programa de diálisis peritoneal ambulatoria, se perdería el beneficio de dializarse en la comodidad del hogar del paciente, siendo necesario su asistencia al hospital para ser sometido al tratamiento de diálisis peritoneal intermitente, limitándose sus actividades cotidianas y restringiendo de manera importante su dieta alimenticia.

---

<sup>27</sup> J.A.Witworth, ( 1987 ): Enfermedades Renales, México. Edit. Manual Moderno.

## 2.2 LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización o de fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud.

“Familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. Asume muchas apariencias. Es la misma en todas partes, y sin embargo no es nunca la misma. A través del tiempo ha permanecido igual, y sin embargo nunca ha permanecido igual.”<sup>28</sup>

La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un incesante proceso de evolución, y ésta se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar.

Actualmente la familia está cambiando su norma con una velocidad notablemente acelerada, adaptándose a la crisis social de nuestro tiempo. y no hay nada fijo en ella, excepto que siempre está con nosotros.

Algunas formas de familia se han estructurado visiblemente como una unidad económica y se han ligado poco a su origen biológico. Familia no siempre ha significado padre, madre e hijo, a veces se ha representado el funcionamiento complicado y unitario de una casa compuesta de todos los que vivían bajo un mismo techo, así los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, sociales y económicos.

“La estructura de la organización familiar no es en ningún sentido estática o sagrada. Es más bien la sociedad la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr su mayor utilidad, es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales

prevalecientes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas”.<sup>29</sup>

En la familia existe una continuidad fundamental entre individuo, familia y sociedad, atribuyéndose a ésta las cualidades del proceso viviente, en donde se posee una historia natural de su propia vida, un período de origen, nacimiento, crecimiento y desarrollo, una capacidad para adaptarse al cambio y a las crisis, una lenta declinación y finalmente la disolución de la familia de origen por la nueva, moldeándose continuamente por las condiciones externas e internas.

Así como en el desarrollo del individuo hay crisis decisivas, así también en la vida de la familia hay períodos críticos en los que el vínculo puede fortalecerse o debilitarse.

La familia de una generación nace, vive y muere y como el individuo logra una especie de perpetuidad en sus descendientes. Ya que en cada generación, la configuración de la familia sufre cambios importantes en cada etapa de transición.

Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados tanto por su organización interna como por su posición externa en la comunidad. Por lo común se acepta que la historia de las relaciones familiares pueden estar influenciadas por una gran variedad de formas, ya sea por un ambiente social amistoso o protector, o por un ambiente hostil y peligroso. Un ambiente social que impone peligros puede hacer que una familia se desintegre; la unidad familiar puede desmoronarse al ser invadida por fuerzas externas, o bien en su contraste, la familia puede reaccionar con un reforzamiento defensivo de su solidaridad. Un ambiente externo amistoso que proporciona oportunidades de autoexpresión.

---

<sup>28</sup> NATHAN, W, Ackerman,(1994): Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares, Argentina. Pág.35.

<sup>29</sup> Ibid. Pág. 37.

Y sabemos que con un cambio de estructura familiar en respuesta al cambio social, las ligaduras de amor y lealtad pueden fortalecerse o debilitarse; pueden cambiar notoriamente la participación en las experiencias, la división del trabajo, y la distribución de la autoridad entre el padre y la madre.

La familia debe ajustarse a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros. Bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y lealtad prevalecen, manteniéndose la armonía familiar. Bajo condiciones de tensión y conflicto excesivo puede surgir rivalidad y odio mutuos, amenazando la integridad de la familia.

“Fundamentalmente la familia hace dos cosas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre”<sup>30</sup>

La satisfacción de las necesidades biológicas básicas es esencial para sobrevivir, pero cubrir solamente éstas necesidades no garantiza de ninguna manera que se desplieguen las cualidades humanas. El origen para el desarrollo de estas cualidades humanas es la experiencia familiar de estar juntos, la cual está representada por la unión de madre e hijo y se refleja posteriormente en los lazos de identidad del individuo y la familia.

**“Específicamente, los fines sociales que cumple la familia moderna son:**

- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
  
- Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.

---

<sup>30</sup> Idem. Pag.39

- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; éste vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
- El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social..
- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.”<sup>31</sup>

Es claro que la configuración de la familia determina las formas de conducta que se requerirán para los roles de esposo, esposa, padre, madre e hijo. Así la familia moldea la clase de personas que necesita para llevar a cabo sus funciones, y en éste proceso cada miembro reconcilia su condicionamiento pasado con las expectativas de su rol actual., también es claro que éste proceso es continuo, porque la identidad psicológica de una familia cambia con el tiempo.

---

<sup>31</sup> Ídem. Pág. 40.

## 2.3 LA FAMILIA, EL PACIENTE Y SUS FUNCIONES ESENCIALES.

En la actualidad la familia es centro de muchas investigaciones y estudios por todas aquéllas implicaciones y transformaciones que ha sufrido y que repercute en la formación de todo ser humano.

El término familia se ha definido de distintas formas, y es considerada como la institución básica de la mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando se modifique su forma en las distintas sociedades, éstas mantienen algún sistema típico constante, por lo que la familia se contempla como un valor primario en la sociedad, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles el apoyo emocional y físico.

“Una de las explicaciones en cuanto a la etimología del término familia, es propuesta por el Marqués de Morante, la cual refiere que la palabra proviene del latín “**fámulos**”, que significa sirviente o esclavo domestico, ya que en un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.”<sup>32</sup>

Sin embargo ante la diversidad de consensos sobre ésta, “La Organización de las Naciones Unidas menciona en su documento serie “M”, número 44 con relación a los principios y recomendaciones relativos a los censos de población, que como familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.”<sup>33</sup>

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para alcanzar su desarrollo y crecimiento.

---

<sup>32</sup> WALL MC, Esteban, (1982): La familia, México, Pág. 3-11.

<sup>33</sup> *Ibíd.* Pág. 5

Alcanzar la autosuficiencia absoluta, es algo casi imposible, en la familia existen niños, jóvenes y viejos, y en ella hay una gran cantidad de dualidades que están presentes, y que para lograr la supervivencia y el crecimiento debe manejar dos factores siempre presentes: lo incompleto y lo diferente. Todo ello ratifica la importancia de considerar a la familia como eje, como una unidad epidemiológica y base de la estructura social, en donde la influencia del ambiente en la salud debe ser aprendida y la familia es la principal fuente y objeto de instrucción.

“El que ésta nueva visión destaque la importancia del contexto familiar, no significa de ninguna manera que se ignore o subestime la presencia de la alteración biológica, sino que se trata de evidenciar que el dato biológico por si solo no basta para explicar la realidad del fenómeno en su justa magnitud.”<sup>34</sup>

“Encontrando útil la siguiente clasificación:

#### **SEGÚN SU DESARROLLO EN:**

- MODERNA
- TRADICIONAL
- ARCAICA O PRIMITIVA

#### **SEGÚN SU DEMOGRAFÍA:**

- URBANA
- RURAL

#### **SEGÚN SU INTEGRACIÓN:**

- INTEGRADA
- SEMI-INTEGRADA
- DESINTEGRADA

---

<sup>34</sup> VEGA BECERRA, Yolanda,(2002): Guía de Apoyo Técnico para Trabajo Social, IMSS, Pág. 10.

**Integrada:** En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

**Semi-integrada:** Los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

**Desintegrada:** Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

#### **DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO:**

- CAMPESINA
- OBRERA
- PROFESIONAL

Ésta característica está en función de la ocupación de uno o ambos cónyuges

#### **SEGÚN SU COMPOSICIÓN O ESTRUCTURA:**

- NUCLEAR
- EXTENSA
- EXTENSA COMPUESTA

**Nuclear:** Padre e hijos

**Extensa:** Padres, hijos, abuelos, etc

**Extensa compuesta:** Padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

#### **VARIACIONES DE LOS TIPOS DE FAMILIA:**

PAREJA SIN HIJOS

PADRE O MADRE SOLTEROS <sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> WALL MC, Esteban,(1982):La familia, México, Pág..3-8

“Los problemas de ajuste que tienen las familias están en relación a la capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas, siendo de suma importancia su cumplimiento y de que mecanismos utiliza para efectuarlas.

### **FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA:**

- a) SOCIALIZACIÓN**
- b) CUIDADO**
- c) AFECTO**
- d) REPRODUCCIÓN**
- e) ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO”<sup>36</sup>**

a) La socialización, es la tarea primordial de la familia que consiste en la transformación del individuo, convirtiéndolo en autónomo con independencia para desarrollarse en la sociedad, ya que la familia es considerada el vínculo entre el individuo y la sociedad.

b) El cuidado, función específica de la familia que comprende el resolver de la manera más adecuada las necesidades básicas: alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, etc., de cada uno de sus miembros.

c) El afecto, función de la institución familiar referida a proporcionar aprecio, ánimo cariño, amor.

---

<sup>36</sup> Ibíd. Pág.8-9.

- d) La reproducción, factor fundamental en donde históricamente el matrimonio como institución legal, nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia: El ambiente sexual y la reproducción.
  
- e) Estatus y nivel socioeconómico, comprende el conferir a un miembro de la familia derechos y tradiciones.

Para Virginia Satir, “representa el sitio donde se encuentra amor, comprensión, apoyo y aún cuando falle todo lo demás, es el lugar donde se puede refrescar y recuperar energías para enfrentar con mayor eficacia el mundo exterior”<sup>37</sup>

Lo anterior permite mencionar que por su importancia y trascendencia en la vida humana y colectiva, la familia es un campo que preocupa al Trabajador Social, ya que uno de sus objetivos es la preservación y fomento a la salud del individuo dentro de un contexto social, ya que varios estudios han encontrado que el “apoyo social es un promotor de la salud y la recuperación de ésta, se encuentra asociada con un descenso en el riesgo de la mortalidad”<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> SATIR, Virginia,(1998): Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar, Edit. Pax-

<sup>38</sup> BUENDIA, José, (1999): Familia y Psicología de la Salud, Edit. Pirámide, Madrid.

## **2.4 EL ROL DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

“El concepto de salud no es el de ausencia de enfermedad, sino el de bienestar en la integración de lo biológico, psicológico y social. Esta conceptualización de la OMS, se entiende o vivencia en su auténtica dimensión, y cuando fallan algunos de esos aspectos, o su intervención no es lo equilibrado que debiera de ser, la definición, por lo tanto, adquiere su pleno sentido en las personas con enfermedades o trastornos crónicos, en las que la interrelación de las facetas orgánicas, psíquica y social, han de conformar su vida y adaptación”.<sup>39</sup>

Es obvio que el padecimiento de una enfermedad o trastorno crónico, no sólo afecta al sujeto en cuestión, sino a los que les rodean formando su grupo familiar o social.

Una persona con un trastorno crónico como el de la Insuficiencia Renal Crónica, vive en una familia que sufre la adversidad de su enfermedad. Parece que, cuando se habla de una persona con enfermedad, ésta adquiere una personalidad propia e independiente de quien la padece. Esto y la especial manera de asimilar o reaccionar de los que le rodean, conforman la conducta de la persona con el trastorno y su grado de adaptación.

En la vivencia de un trastorno crónico, como el de la Insuficiencia Renal Crónica, no bastará la intervención médica que restaure una disfunción o alteración, sino que a su vez, habrá que considerar la personalidad del individuo y su historia personal, valorando el contexto familiar y social en el que se va a desenvolver. Imponiendo en consecuencia, un ámbito educativo en el tratamiento del padecimiento, cuyos objetivos no serán sólo de prevención, sino de formación de la persona y el de la orientación de su vida. En lo crónico, educación, formación e intervención serán inseparables ya que se incluye a la persona con el

---

<sup>39</sup> LUQUE PARRA, Diego, (1998): Trastorno Crónico, Elementos para una intervención. Edit. Humanitas

padecimiento, a su familiar y al contexto.

El trastorno crónico, hace referencia al desarrollo vital de una persona que ha de convivir en sí mismo y en su medio social, con una alteración, de manera duradera. Desde el punto de vista de la clasificación de las enfermedades, se define como: “Un trastorno o afección, alteración o disfunción en lo biológico, psicológico y social de la persona, que se prolonga en un curso permanente (período superior a los seis meses), con necesidad de atención continuada en esas esferas”.<sup>40</sup>

Los problemas de salud crónica tienen una gran repercusión sobre la familia y en muchos de los casos, ésta debe asumir el cuidado de ellos por un largo período de tiempo comprobándose que, su apoyo emocional ha demostrado que refuerza el ajuste psicológico, lo que disminuye la depresión y las demandas propias de la enfermedad, mejorando la vida de los pacientes con la enfermedad crónica.

“La enfermedad renal terminal, es una enfermedad crónica debilitante y progresiva, en donde el bajo apoyo familiar, ha sido asociado con incremento en la mortalidad, ya que se ven amenazados por muchas pérdidas potenciales y cambios en su estilo de vida, como disminución económica, desempleo, restricción de líquidos y alimentos, cambios en los roles familiares y responsabilidades y disminución en las habilidades para cumplir objetivos, además de presentar fatiga, disfunción sexual, alteración de la imagen corporal e incertidumbre respecto al futuro”<sup>41</sup>

Cuando las personas padecen de una enfermedad crónica, tienen tendencia a depender mucho, de sus familiares, sin embargo esto no es recomendable, ya que los miembros de ésta, no podrán estar presentes físicamente las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por lo que es importante que los pacientes continúen con

---

<sup>40</sup> CIE-10, (1992), Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, Madrid, Neditor.

<sup>41</sup> ARECHABALA MANTULIZ, María, (2000): Apoyo Social percibido por un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crónico, Chile.

las actividades que les gustaba compartir con amistades y compañeros de trabajo.

“Sin embargo el apoyo familiar será crucial para ayudar al paciente a sobrellevar su enfermedad, sobre todo cuando surge la negación, como actitud defensiva que utiliza el paciente, y que es una reacción inconsciente para protegerse del temor y la ansiedad, generados por la enfermedad, siendo la familia lo suficientemente sensible para detectar el problema”.<sup>42</sup>

Con todas las diferencias que existen en las familias las cuales pasan por un proceso de cambio y donde los objetivos centrales son: los hijos, la posición y el desempeño de una función social y económica en la sociedad, la cual no es estática, sino dinámica, se ha estudiado que durante la crisis de una familia, tomando en gran importancia a su integración, lo que determinará el éxito o fracaso para superar la crisis se basa en la adaptabilidad que uno de los miembros les permita hacer frente a los problemas que se presenten en el núcleo y resolverlos con éxito.

“La adaptabilidad se compone de tres características:

- Psicogénica, la cual representa el grado de flexibilidad en la reacción emocional de una persona, al pasar de una situación acostumbrada a otra deficiente.
- Tendencia de una persona, lo implica la forma de obrar de una persona, es decir, cultural o educativamente cuando se encuentra en una situación nueva.
- Posesión de conocimientos y destrezas, que favorecen los ajustes con éxito a situaciones nuevas”.<sup>43</sup>

En la familia se reproducen en cierta medida y en pequeña escala, las normas y comportamientos sociales, las pautas de producción y reproducción, intercambiando lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos.

---

<sup>42</sup> BANK, Norman, (1992): Sobrellevar la Insuficiencia Renal, Kindey Urology Foundation of America.

Por ello la familia aparece en primer lugar, como una respuesta a las necesidades básicas del hombre, protección y de crianza, cuando está su primera edad; de realización y expansión reproductiva, durante la madurez, y de reconocimiento y protección, en la vejez.

“En la evolución de las relaciones familiares con la existencia de un trastorno crónico, podría hablarse de dos grandes fases en su adaptación. Una primera, de crisis o ruptura con el marco de la supuesta normalidad y una segunda de reestructuración y adaptación.

#### **A) Período de inicio o conocimiento del trastorno o período de crisis.**

Conforma el período en el que la familia se centra en ese conocimiento del trastorno, como núcleo de su estructura y vida, con el consiguiente freno al progreso del desarrollo familiar, estableciéndose un conjunto de conductas.

- Confusión e incertidumbre, en donde la familia no entiende muy bien la situación, se duda del diagnóstico (“puede haber algún error”, “esto no puede ser”...), buscándose una segunda opinión. Se hace negación y se mantiene la esperanza en lo contrario a la valoración profesional efectuada.
- Conducta airada que es la respuesta reactiva al conocimiento y la no aceptación inicial del trastorno. “¿Por qué a nosotros?”, reacción que trasluce el mantenimiento de la incredulidad e inmovilismo.
- Depresión y sentimientos de culpa. Fase en la que se tiene el pesar y tristeza, por lo que el trastorno puede significar: apartamiento de una cierta normalidad de la vida, necesidad de tratamiento prolongado y su dependencia permanente, etc., apareciendo sentimientos de culpa (aspectos genéticos o de antecedentes familiares), de impotencia y responsabilidad en la aparición de la

---

<sup>43</sup> Ibid, Pág. 25

enfermedad. Se genera en suma, un círculo de tristeza y negatividad en sí misma como familia, en lo que le rodea y en su futuro.

- Fase de inicio de la aceptación del trastorno, en la que se comienza todo un conjunto estructural y de procesos de ajuste a la convivencia consigo mismos y con su trastorno.

### **B) Período de adecuación al trastorno o fase crónica.**

En su relación al período anterior, esta fase crónica, establece en la dinámica familiar, una reflexión y reestructuración en su propia vida personal y social estableciendo una reflexión sobre la cual han de adaptarse y lograr el suficiente equilibrio a la situación sobrevenida, haciendo frente al tratamiento en plena convivencia con el trastorno. Se impone pues la integración de las necesidades derivadas de la enfermedad en un desenvolvimiento normalizado en la dinámica familiar".<sup>44</sup>

En general se puede afirmar que las familias con una dinámica de cohesión y apoyo entre sus miembros, tienen menor grado de dificultad o estrés ante las dificultades que se presenten. Por otro lado, la reacción y adaptación de las familias a estas dificultades y los mecanismos de afrontamiento, están relacionados con sistemas de apoyo externos. El trastorno crónico supone un centro en la organización y dinámica familiares que influye en las conductas y relaciones, pudiendo implicar aislamiento social, dificultades de tipo afectivo, que, a su vez, afectarán al desarrollo personal del individuo y de la familia en el conjunto de sus relaciones. En consecuencia, ese núcleo familiar, con o sin dificultades, precisará de recursos de superación para la equilibración y un desarrollo adecuado como persona.

---

<sup>44</sup> ROLLAND, J. S., (1987): Chronic Illness and the life cycle: A conceptual framework family process, Pág. 26

Ante el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónica, como la de la Insuficiencia Renal Crónica, se modifica el proyecto de vida de la persona y la calidad de la misma, como es el ingreso a diálisis, la cual habitualmente se pasa por varias etapas que reflejan los mecanismos de adaptación que se desarrollan y que son comunes frente a cualquier enfermedad.

El término de Calidad de Vida es relativamente nuevo, sus orígenes los encontramos en los métodos de control, de calidad utilizados en los países industrializados, en donde se desarrollaron técnicas estadísticas para determinar la calidad de los productos.

Más adelante economistas y sociólogos se preocuparon de identificar índices que hicieron posible evaluar la calidad de vida de los seres humanos y sociedades.

En relación al concepto Calidad de Vida, nos guiaremos por la definición, que propuso la OMS, en 1994, en donde se afirma que “calidad de vida es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.<sup>45</sup>

Calidad de vida es un concepto que desde hace algún tiempo se está usando en salud y la intención de incorporarlo ha sido tener una información más completa de la estimación de vida de las personas y como éstas la perciben, se pretende con ello enfocar las limitaciones de los conceptos que tradicionalmente se han utilizado en este campo, como son mortalidad y morbilidad, por la falta de dinamismo y unilateralidad que conllevan.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina, han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un aumento importante de las enfermedades crónicas, esto ha llevado a poner especial acento en un término

---

<sup>45</sup> Organización Mundial de la Salud (1994).

nuevo. Calidad de vida relacionada con salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy este concepto, como una forma de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

“Diversas investigaciones emplean hoy el concepto de Calidad de Vida, como un modo de referirse, a la percepción que tiene el paciente, de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación sobre su bienestar, físico, emocional y social. La meta de la atención de salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente”.<sup>46</sup>

Cuando se establece el tratamiento de una enfermedad crónica es importante mantener objetivos amplios que incluyan además del alivio de los síntomas físicos de la enfermedad, una evaluación de los efectos a nivel emocional, familiar y social, marcando así el énfasis en una visión más global del diagnóstico y tratamiento.

En esta visión, el objetivo no está limitado sólo al alivio de los síntomas, sino que incluye la modificación de hábitos y conductas que permitan una armonía consigo mismo, con los demás y con el entorno.

Esta actitud permite que la persona enferma acepte y asuma su enfermedad y pronóstico con realismo. Se debe participar activamente en el tratamiento y evitar el desgaste que significa el rol de víctima y la búsqueda de culpables responsables de la enfermedad.

El tratamiento como un proceso integral que no sólo se relaciona con nuestro cuerpo, requiere utilizar toda la energía disponible para mejorar. Esto significa

---

<sup>46</sup> GOMEZ, Maria, SABEH, Eliana, (1999): Calidad de Vida, Universidad de Concepción

revisar y modificar aspectos del diario vivir donde estamos gastando energía sin un beneficio e incorporar nuevos hábitos y habilidades que nos permitan ahorrarla y/o aumentarla. Incluye cambios de hábitos de alimentación, ejercicios, evitar el exceso de situaciones que habitualmente nos ponen tensos. Pero también incluye modificar creencias y afirmaciones sobre nosotros mismos que son desgastadoras y llenas de críticas y juicios. El superar estos viejos hábitos mentales que incluyen la culpa y el resentimiento, permite ocupar toda esa energía que se ocupaba en el pasado y orientarla hacia la sanación en el aquí y ahora, lo que se traducirá en una actitud positiva frente a la enfermedad y en una participación activa en las alternativas de tratamiento.

La familia tiene un papel muy importante en el éxito del tratamiento, el sentirse querido e integrado a ella es la motivación principal para afrontar los cambios y aceptar el tratamiento.

Es necesario que un familiar tenga la responsabilidad directa de supervisar al paciente, ya que en ocasiones la rutina del tratamiento puede producir cansancio y hacer que se omitan cuidados, lo que pondría en riesgo la salud y la vida del enfermo. Cuando esto ocurra, si el enfermo padece de pérdida o limitación visual, movimientos involuntarios o cualquier otra discapacidad que le impida valerse por sí mismo, el familiar responsable tendrá que realizar los cambios de solución; sin embargo los demás familiares tendrán que darle el apoyo constante, cooperar con el y en caso necesario sustituirlo, siempre previa capacitación y certificación de la unidad médica.

### **3.1 LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

#### **DEFINICIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL.**

Desde que el individuo vive en grupos, numerosos elementos ajenos a él y derivados de la convivencia social empezaron a influir en la conservación o pérdida de la salud y de la capacidad de trabajo y de subsistencia. La existencia de estos factores ajenos al individuo y dependientes de la organización social crean la inseguridad.

Frente a ésta situación la sociedad ofrece a sus miembros, como expresión de solidaridad e interdependencia comunal, un sistema amplio de protección que en el fondo significa reconocer el derecho a la Seguridad.

“La denominación de la Seguridad Social, fue usada por primera vez, en el año de 1935, por el presidente estadounidense Franklin Delano Roosevelt en la llamada “Ley de la Seguridad Social”, en la cual se establecía que la Seguridad debe ser una organización estructural de la sociedad que garantice a todos los ciudadanos la posibilidad de una vida libre y el pleno desarrollo de sus facultades”<sup>47</sup>

Es decir que cuando la emergencia se produce, el Estado debe ayudar al individuo mediante subsidios y beneficios biológicos por medio de diversos métodos, principalmente mediante las previsiones económica y biológica y la asistencia social.

El concepto de Seguridad Social fue profundizado y desarrollado, a partir del año 1941, “con los estudios de la Comisión presidida por Sir William Beveridge, en Inglaterra, definiendo la Seguridad Social como “la abolición del estado de

---

<sup>47</sup> IMSS (1985): Hacia un Nuevo Siglo. Boletín pág. 10

necesidad” y al cual le asignó un papel importante dentro de la política económica de un país, por su estrecha relación con el mantenimiento de la ocupación plena y de los niveles de consumo generales.”<sup>48</sup>

La Seguridad Social es en realidad una rama de la política económica que trata de producir una redistribución parcial más equitativa de la renta nacional entre clases sociales, no una distribución equitativa de los bienes de producción, sino una redistribución de la renta nacional con el objeto de abolir el estado de necesidad, asegurando así el poder de consumo de la población.

En un sentido general, la Seguridad Social comprende las medidas destinadas a asegurar condiciones de vida estables y fisiológicamente satisfactorias para los ciudadanos.

Considerada más específicamente, se podría definir la Seguridad Social como un conjunto de medidas que resguardan la capacidad de los individuos para desarrollar normalmente su vida dentro de la comunidad (capacidad y posibilidad de trabajo) y que les aseguran los medios de subsistencia frente a los riesgos inevitables de la vida (enfermedad, invalidez, vejez, etc.), tomando en cuenta las condiciones políticas, sociales y económicas del país.

---

<sup>48</sup> Ibíd. Pág. 23

### 3.2 DISPOSICIONES NORMATIVAS LEGALES

El estado Mexicano constituido, a partir de 1917, tiene como una de sus finalidades esenciales dar respuesta a las aspiraciones sociales que alentaron las luchas históricas de nuestro país. Por su naturaleza y origen, tiene el indeclinable compromiso de procurar el bienestar para los más desprotegidos, promover el desarrollo integral y crear condiciones de igualdad de oportunidades, principios que establece el Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000.

Uno de los mayores retos para la Seguridad Social en México, ha sido desde siempre brindar protección a toda la población, en este sentido es importante considerar que la legislación vigente establece, “que la Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica, a la protección de los medios de subsistencia y a los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo”.<sup>49</sup>

La Seguridad Social es uno de los mejores medios para llevar a cabo los objetivos de política social y económica del Gobierno y así satisfacer las demandas y aspiraciones de la población y para dar cumplimiento a tales propósitos existen entidades y dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados; como ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, etc., destacando el Instituto Mexicano del Seguro Social, por los grandes beneficios proporcionados a los trabajadores, a sus familias y empresas, así como la promoción de la salud y el bienestar de la sociedad, consolidándose como “el instrumento básico establecido como un servicio público de carácter nacional, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos”.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> IMSS, (1997): Nueva ley del Seguro Social Ilustrada, México. Boletín pág. 36

<sup>50</sup> Ibíd. Pág. 12

### **3.3 EL IMSS, COMO INSTITUCIÓN FEDERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y BIENESTAR FAMILIAR**

Para justificar la existencia de la Seguridad Social, se requirió de un desarrollo industrial previo, enmarcado en el capitalismo, pues fue en este sistema en que las relaciones obrero – patronales crearon el momento y la necesidad propicia para su establecimiento.

“Durante el gobierno del presidente Manuel Ávila Camacho se creó la Comisión Técnica del Seguro Social. Éste proyecto fue aceptado por el Congreso de la

Unión y publicado el 19 de enero de 1943 en el Diario Oficial de la Federación, quedando promulgada la Ley del Seguro Social que dio origen, en 1944 al Instituto Mexicano del Seguro Social.”<sup>51</sup>

En términos generales puede afirmarse que la Seguridad Social, protege al ser humano, contribuye a distribuir mejor el producto nacional de un país y eleva los niveles de vida de la población.

La historia, del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de los años se ha significado por la concertación entre los sectores obrero y patronal, por ser un espacio en donde se ha materializado la vocación social del Estado Mexicano; y por ser el responsable de brindar alivio, protección y certidumbre para el futuro a millones de familias.

“El IMSS, cuyo origen data de 1943, tiene la misión de velar por los elevados fines de la Seguridad Social, a través de cuatro ramos de aseguramiento, Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte; Riesgos de Trabajo; Enfermedades y Maternidad y para dicho objetivo cuenta con una infraestructura médica compuesta por 1,755 unidades.

---

<sup>51</sup> IMSS, (1985): Siglo XXI. Boletín pág. 12

El primer nivel de atención tiene 1,499 unidades de medicina familiar, donde se atiende el 80% de los padecimientos de la población derechohabientes, el segundo nivel de atención está compuesto por 215 hospitales generales y el tercer nivel está integrado por 41 hospitales de alta especialidad.”<sup>52</sup> Institución que ha sido instrumento para llevar salud y Seguridad Social a los trabajadores y a sus familias brindando atención a los padecimientos crónicos, entre ellas la Insuficiencia Renal Crónica.

México como el mundo entero, ha atestiguado importantes cambios, empezando a vivir un proceso de transición demográfica consistente en el aumento de la esperanza de vida, disminuyendo las tasas de natalidad y mortalidad, teniendo como resultado el crecimiento de la población y de la edad promedio de ésta.

“Actualmente existen 7 millones de personas mayores de 60 años”, lo cual implica que la gente requiera de más atención médica, ya que en ésta etapa adulta las enfermedades afectan más a éste grupo vulnerable, por lo que es más necesaria y costosa su atención médica, prevaleciendo los problemas crónicos de salud, como es el caso de la Insuficiencia Renal Crónica, la cual se estima “entre cuatro a cinco mil casos nuevos año en nuestro país”<sup>53</sup>

Sin lugar a duda que ésta Institución y su macro estructura, tiene como propósito dar respuesta a las necesidades y demandas de salud de los trabajadores y sus familias, su misión interrelaciona el conjunto de acciones de prevención, encaminadas a restablecer el equilibrio dinámico del individuo (trabajador) y a la familia con su ambiente en la esfera biopsicosocial.

El Instituto Mexicano del Seguro Social como instrumento de la Seguridad Social, tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica y a la protección de los medios de subsistencia.

---

<sup>52</sup> *Ibíd.* Pág. 7

<sup>53</sup> *Revista Trabajo Social*, (2003): Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Trabajo Social, México. Pág. 14

“Éste carácter de subsidiario y de sustancialidad comprende el primero, la sustitución del salario derivado de la pérdida de facultades y el segundo las prestaciones en especie de medicina y sociales, que tengan derecho los asegurados.

Cuando se pierde la capacidad para el trabajo, el subsidio se materializa en certificados de incapacidad, la cual en un carácter legal será incapacidad temporal la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilite parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo,”<sup>54</sup> por lo que la búsqueda del Bienestar Social en éste sentido es como la sensación de placer en todos los ámbitos que implica mantener facultades y aptitudes, para funcionar e interactuar, en el ambiente laboral.

---

<sup>54</sup> SAN MARTÍN, Hernán, (1992): Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas; salud y enfermedad. Pág. 345

## **TRABAJO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

### **4.1 TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD**

“El Trabajo Social en el área de la salud es el conjunto de técnicas y procedimientos encaminados a investigar los factores sociales que afectan la salud de la colectividad con el fin de proponer, coordinar y ejecutar alternativas viables, que modifiquen dichos factores”<sup>55</sup>

La incorporación del Trabajo Social en el campo de la salud tiene antecedentes desde el origen mismo de la profesión, ya que las primeras formas de asistencia social se vinculan a la prestación de cierto tipo de servicios de salud a través de hospitales financiados por la iglesia o el Estado.

Las especificaciones del desarrollo histórico en éste campo se encuentran vinculados y determinados por las características de la evolución de la práctica médica, observándose mayores niveles de participación en aquellos momentos donde la medicina interpreta de manera más objetiva sus componentes sociales.

---

<sup>55</sup> CASAS. TORRES, Graciela, (1981): “Propuesta de un curso Monográfico para Licenciados en Trabajo Social”, Tesis para obtener Título de Licenciado en Trabajo Social. ENTS-UNAM. Pág. 15

## 4.2 DEFINICIÓN

A medida que ha avanzado el Trabajo Social en las acciones de salud, no se han delimitado sus funciones, de tal manera que en la actualidad se define como “la profesión que estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivadas en carencia y necesidad inciden en la salud, por lo que se requiere de identificar las formas y las medidas para preservarlas, mantenerlas y recuperarlas, estableciendo alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos”<sup>56</sup>

## 4.3 OBJETIVOS

El Trabajador Social, como profesional integrante de un equipo de trabajo, participa en los procesos de la atención y aborda factores sociales involucrados en el proceso salud – enfermedad como parte de la atención integral a la salud del individuo y su familia, sabedor de que la enfermedad no es producida por una sola causa y que existen circunstancias concomitantes que la favorecen, tiene como objetivo, la Preservación y Fomento de la salud del individuo, dentro de un contexto social, identificando las carencias, las necesidades, los recursos, las expectativas y conjuntamente con el paciente, aplicar técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación, y rehabilitación de la salud, mejorando su calidad de vida.

Los avances y logros de la atención social del individuo y su familia deberán ser motivo de análisis con el equipo de salud y con el propio paciente, a fin de conocer su efecto en las diferentes esferas, tratándose de la salud en el trabajo, la salud relacionada con el proceso reproductivo, con la presencia de padecimientos crónicos o cualquier otra condición que promueva o afecte su salud y que constituye el motivo de la atención.

---

<sup>56</sup> ANDA, GUTIERREZ, Cuauhtémoc, (1985): introducción a las Ciencias Sociales. México. Limusa

#### **4.4 LA PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD**

El quehacer del Trabajador Social dentro de las Instituciones de salud se inscribe en el contexto de un equipo de trabajo. La postura y el reconocimiento que éstos tengan dentro del mismo, dependen en principio del concepto salud - enfermedad con el que opera todo equipo. Así pues, dentro de un grupo donde la corriente biológica es predominante y los aspectos sociales tienen poca o ninguna importancia, los Trabajadores Sociales vienen a ser simple y sencillamente elementos de apoyo para el grupo predominante, para el caso, los profesionistas de la medicina, convirtiéndose en trabajadores paramédicos y no en trabajadores de la salud.

La forma de intervención profesional en el contexto de las instituciones de salud está directamente vinculada a la estructura organizativo – operativa del sistema de atención especificando a través de los niveles de prevención.

Su campo de acción a partir de la incorporación de la política social se dirige a las instituciones, definiéndose como: "el trabajador al servicio del Estado, el cual a través de sus funciones desarrolla formas de penetración y reproducción en la población de las directrices del gobierno."<sup>57</sup>

Dentro de las instituciones se realizan las más variadas actividades, que van desde orden puramente administrativo, hasta la ejecución de trabajo con grupos y desarrollo de programas específicos para la comunidad. La prioridad que se dé a una u otra área, depende de la orientación de los programas de la institución por una parte y por la otra del desarrollo y la orientación profesional de los Trabajadores Sociales.

---

<sup>57</sup> MARTINEZ, NAVARRO, F. Antó J. M., (1998): Salud Pública, Mc Graw Hill Interamericana

Las acciones del Trabajador Social se han encuadrado dentro de la distribución de servicios, y también en la racionalización para hacerle llegar a la población la prestación del servicio institucional y paralelamente cumple la tarea de informador y transmisor ideológico, ya que transmite las ideas y valores que sustentan las instituciones.

#### 4.5 FUNCIONES Y ACTIVIDADES.

Las funciones de los trabajadores sociales dentro de las instituciones de salud en el nivel operativo se pueden dividir en cuatro procesos: Investigación Social, Educación y Capacitación, Coordinación y Concertación y el de Apoyo Social, en donde la coordinación con el equipo de salud, está apoyando administrativamente el proceso de su trabajo, ya que a través del desempeño de ésta función está entregando al resto del equipo el contenido conceptual de orden social que debe tener en la comprensión del proceso salud – enfermedad.

Dentro de la especificación de las funciones en el contrato de trabajo de los profesionales del Trabajo Social, se señala la función de investigación, a la que se destina la mayor parte del tiempo contratado.

Al interior de las instituciones, estas actividades de investigación presentan distintas formas y cumplen diferentes objetivos:

- Estudios sociales para fines de clasificación económica.
- Estudios sociales para apoyar el estudio de caso.
- Investigación específica para el apoyo del programa de educación para la salud.
- Investigación social en algún proyecto específico de la institución.

Una de las formas de investigación más claramente identificada es el **trabajo de caso** que es influido con la concepción de la práctica médica individualizada, cuando el médico y la unidad para la que labora el Trabajador Social pretenden conocer las limitantes para llevar a cabo el tratamiento indicado.

## INVESTIGACIÓN SOCIAL

Este proceso tiene como objetivo principal, la identificación y análisis de condicionantes socio – médicas que influyen en el proceso de salud – enfermedad de la población, contemplando en su desarrollo tres vertientes:

1. “La **investigación de casos**”. Actividad sustantiva del Trabajador Social que tiene como propósito fundamental la atención de casos en los que se involucren factores culturales y psicosociales que afectan o interfieren en el estado de salud de los pacientes y sus familias.
  - Aplica el proceso metodológico de casos para identificar los factores sociales que interfieren en la salud de la población y con base en ello determinar un diagnóstico social.
  - Con base en el diagnóstico social, se planean las acciones a desarrollar interpretando la información disponible para la atención del caso, con base en los recursos profesionales, los recursos del propio paciente y los recursos institucionales.
  - Promueve la participación del paciente y su familia en el análisis de su problema, así como en la búsqueda de alternativas de solución, realizando acciones profesionales de gestión, apoyo y asesorías precedentes.
  - Realiza acciones de investigación y seguimiento del caso intra y extra muros.
  - Identifica y maneja las disfunciones familiares como parte de la atención integral a la salud.
  - Determina el momento oportuno de cerrar el caso e informar y analizar los resultados con el médico responsable del paciente.
  - Realiza un resumen de su intervención, cuando el caso lo requiera para la continuidad de la atención social del paciente y su familia en otro nivel de atención.

2. **La Investigación Socio Médica:** Permite estudiar los fenómenos de mayor trascendencia y contribuir en la aportación de nuevos conocimientos y experiencias en la materia de que se trate.
  - Elabora protocolos de investigación de factores sociales que inciden en el proceso salud – enfermedad.
  - Coadyuva en la elaboración y desarrollo de protocolos de investigación con carácter multidisciplinario.
  - Promueve la publicación y la difusión de las investigaciones desarrolladas, así como la utilización de los resultados en la operación.
  
3. **La Investigación en servicios de salud.** Función realizada por los equipos multidisciplinarios y en los que Trabajo Social participa, teniendo como fin, mejorar la eficiencia y calidad en la respuesta institucional, en la atención integral a la salud y respondiendo a las expectativas de la población.
  - Aplica técnicas de investigación social para coadyuvar en investigaciones multidisciplinarias de carácter institucional.
  - Participa en la aplicación y análisis de encuestas de opinión para la identificación de necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que sirvan de base para la planeación de estrategias tendientes a mejorar la calidad de la atención a la población”.<sup>58</sup>

## **EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Proceso que tiene como objetivo llevar a cabo acciones de educación para la salud con la población sana o enferma, en concordancia con los principales problemas de salud o de los motivos de egreso hospitalario, de acuerdo al diagnóstico situacional y a las necesidades específicas de la población, tendientes a desarrollar habilidades y propiciar conductas de auto cuidado de la salud de los individuos y su familia, a través de métodos y técnicas modernas de educación de adultos, con un enfoque integral de la salud, en el que el componente social del

proceso salud – enfermedad sea uno de los ejes primordiales de intervención en equilibrio con el enfoque biológico.

- “En coordinación con el equipo de salud, participa en la planeación de las actividades de educación para la salud de la población con base en el diagnóstico de la unidad hospitalaria y de los recursos disponibles.
- Identifica el perfil socio cultural y las necesidades de la población de acuerdo a los grupos etáreos, a través de la utilización de técnicas específicas que orienten la aplicación y conducción del proceso educativo.
- Con el equipo de salud planea las acciones educativas para cada grupo específico, selecciona los métodos y técnicas para propiciar el proceso educativo, considerando los principios de la educación de adultos.
- Con el equipo de salud define, revisa y/o adecua los contenidos de información y educación para la salud de acuerdo a las necesidades y características específicas de la población.
- Establece coordinación entre los integrantes del equipo multidisciplinario, que interviene en el proceso educativo para su ejecución oportuna y eficaz.
- Aborda los aspectos relacionados con los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población específica.
- Propicia el uso de métodos y técnicas de educación para adultos que faciliten el proceso educativo y el desarrollo de habilidades y conductas para el auto cuidado de la salud, en los individuos sanos o enfermos y sus familias según sea el caso”.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> VEGA BECERRA, Yolanda, (2002), Guía de Apoyo Técnico para Trabajo Social, IMSS, Pág. 21-22

<sup>59</sup> Ibid, Pág. 23-24

## **COORDINACIÓN Y CONCERTACIÓN**

Proceso que tiene como fin el identificar, coordinar y concertar acciones y prestación de servicios, con organismos de la unidad y con otros organismos de bienestar social, así como coadyuvar con el individuo y la familia en la identificación de los recursos familiares o desarrollar sus potencialidades a fin de complementar el tratamiento médico, prevenir daños a la salud o coadyuvar a la reintegración oportuna del paciente a su ambiente familiar, laboral y social.

- “Identifica los servicios de apoyo social que brindan los Centros de Seguridad Social, deportivos, artesanales, de extensión de conocimientos y aquellos servicios que proporcionan otros organismos, como: servicios jurídicos, de capacitación para el trabajo, de asistencia social, de rehabilitación, etc.
- Establece coordinación con los Centros de Seguridad Social y concerta con otras instituciones la derivación de los casos.
- Identifica los grupos de autoayuda o asociaciones civiles existentes en la localidad para la derivación de los casos.

## **APOYO SOCIAL**

Proceso que identifica las áreas que requieren de apoyo de otros recursos disponibles en la familia o del propio paciente, reorganizando los roles familiares, capacitando para el trabajo, aplicando habilidades para apoyar la economía familiar, modificando las condiciones físicas e higiénicas del hogar para el tratamiento del paciente crónico en su domicilio, capacitando al paciente y a su familia para los cuidados necesarios en el domicilio de acuerdo al padecimiento.

Entre éstas clasificaciones se ubica, la coordinación que comparte simultáneamente el criterio operativo – aplicativo, ya que si bien es cierto que al establecer la coordinación con el equipo de salud para el desempeño de los programas, está apoyando administrativamente el proceso de su trabajo, también

es cierto que a través del desempeño de ésta función está entregando al resto del equipo el contenido conceptual de orden social que debe tener en la comprensión del proceso salud – enfermedad”.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Idem, Pág. 25-26

**Actividades que realiza el trabajador social en la entrevista a pacientes integrados al programa de Insuficiencia Renal Crónica en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Pachuca Hidalgo.**

- Dentro del sub-proceso de recepción aplica el de salutación.
- Establece un ambiente de empatía que le facilite el desarrollo de la entrevista.
- Mantiene una actitud abierta libre de prejuicios.
- Recaba datos personales e identifica el rol familiar del paciente
- Dirige el interrogatorio hacia el problema de salud que le ocupa.
- Escucha atentamente y parafrasea.
- Identifica el grado de conocimiento que tiene el paciente respecto a la enfermedad, propiciando una forma de interacción humana orientada hacia su opinión respecto a la enfermedad y qué factores cree que influyen en él.
- Identifica prejuicios, tabúes, pensamientos mágicos respecto a la enfermedad, permitiendo libertad para la toma de decisiones.
- Identifica al familiar responsable del paciente.
- Conjuntamente con el paciente y/o familiar elabora un plan social mencionando los parámetros de evaluación del área de diálisis que requiere en su domicilio, identificando áreas de oportunidad estableciendo compromisos de responsabilidad compartida.
- Concerta cita para que el paciente y/o familia reciban adiestramiento para su tratamiento intradomiciliario.

- Programa cita previa para la elaboración del estudio medico social y visita domiciliaria.
- Realiza familiograma.
- Registra datos en fuente primaria que metodológicamente se requieren para su control.( nota medica de trabajo social )
- Informa del caso al equipo multidisciplinario sobre los factores socio culturales, que interfieren en el proceso Salud – enfermedad.
- Dentro del Diagnóstico Social identifica si es candidato de ingresar al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en forma inmediata o especifica el tiempo.
- Al finalizar la entrevista establece compromisos conjuntamente con el paciente sobre los pasos que este va a seguir en relación al manejo de su problema de salud.

### **ACTIVIDADES QUE REALIZA EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ESTUDIO MEDICO SOCIAL**

- Investiga a través del expediente clínico el avance del caso considerando la información de la entrevista inicial.
- El día de la cita, recibe puntualmente al paciente y/o familiar, investigando datos de la estructura familiar, situación económica, área laboral, características de las condiciones de la vivienda, higiene, escolaridad etc. Complementándose con la visita domiciliaria a fin de verificar y ampliar la información proporcionada.
- Durante la visita domiciliaria identifica el área física para el procedimiento de diálisis y establecer un tiempo razonable para el reacondicionamiento del

espacio físico siempre y cuando sea necesario.

- Promueve cambios en los estilos de vida del paciente y su familia que favorezcan su tratamiento y conlleven a su rehabilitación socio-laboral.
- Favorece el apoyo a la familia según sea el caso, programar reuniones a fin de contar con una información clara y sencilla del problema de salud del paciente y la necesidad de modificar, adecuar y favorecer un trabajo de equipo basado en los principios de bioética, rescatando sus valores, permitiéndole disminuir el estado de ansiedad tanto en el paciente como en su familia, ofreciendo un apoyo que facilite el manejo intradomiciliario del paciente con alta calidad y sentido humanístico.
- Registra las acciones en el estudio médico social siguiendo la metodología contemplada en el formato y en caso necesario amplía la información anexando una nota de trabajo social.
- Cuando sea necesario establece coordinación con instituciones públicas y sociales para concertar el apoyo asistencial, legal o educativo necesarios para el bienestar del paciente y su familia.
- Identifica los factores sociales y económicos que interfieren en el tratamiento integral del paciente.
- Identifica las repercusiones socioeconómicas del paciente y propiciar la reorganización de sus miembros.
- Establece un plan de tratamiento social considerando los recursos familiares de su comunidad e institucionales, manteniendo una mente abierta y positiva.
- Identifica la calidad de aseguramiento del paciente y en su caso realizar la gestoría para el dictamen de invalidez, dando prioridad a la disminución de incapacidades prolongadas.

- Sensibiliza al paciente y a la familia para su integración al grupo educativo y de autoayuda proporcionando información amplia y sencilla proporcionando el calendario que contempla las fechas de las reuniones a desarrollar y la filosofía y objetivos de los mismos.
- Analiza la información y proponer alternativas de solución a los problemas detectados en el tratamiento medico – social.
- Promueve su integración al área laboral y en actividades recreativas a través de los centros de seguridad y de bienestar-social.
- Supervisa el seguimiento del caso.

#### **ACTIVIDADES QUE REALIZA EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROCESO EDUCATIVO.**

- Las actividades educativas dirigidas a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y su familia son impartidas por el equipo multidisciplinario de salud, constituido por el (Médico Nefrólogo, Internista, Médico familiar), enfermera responsable del programa, Nutricionista, Dietista y la Trabajadora Social, quién además de formar parte del equipo como ponente, es responsable de la formación, organización, conducción y evaluación de la educación grupal.
- Elabora el perfil sociocultural del grupo a través de la atención individualizada del paciente.
- Cada ponente desarrolla el contenido educativo de su tema, considerando el perfil del grupo que el Trabajador Social le aporta.
- Cada ponente elabora de 2 a 3 preguntas que les permita identificar si la información ha sido captada, considerándola como persona informada.
- Las preguntas de cada ponente, deberán integrarse en un solo cuestionario

para aplicarlo pre y post, evaluando el conocimiento adquirido a través del auto-cuidado de su salud.

- Integra al 100% de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, pre-diálisis y diálisis, así como a sus familiares.
- El programa contempla un mínimo de 2 sesiones o un máximo de cuatro sesiones.
- Se exponen aspectos socioculturales, de prestaciones y servicios sociales, Bioética y Tanatología.
- Investiga las causas sociales de deserción a las sesiones educativas y aplicar estrategias de reconquista coadyuvando a la satisfacción del usuario.
- Registra las actividades y llevar el control de las mismas.
- Informa mensualmente al jefe de trabajo social y/o coordinadora delegacional de trabajo social de las reuniones programadas.

#### **ACTIVIDADES QUE REALIZA POR EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL COMITÉ DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

- El comité esta integrado por un presidente, un secretario técnico y vocales; conformado por él medico Nefrólogo, la Enfermera, la Nutricionista y el trabajador social.
- Se llevan acabo Sesiones previa calendarización una vez a la semana.
- El Trabajador Social da a conocer el resultado de la investigación social contemplada en sus registros. (Entrevista inicial, estudio medico social, visita domiciliaria, etc.) Considerando los factores socioculturales, de vivienda, económicos y la actitud del paciente respecto al éxito del procedimiento dialítico.

- Determina los factores de fracaso que estén relacionados con su entorno familiar, estableciendo propuestas con responsabilidad compartida tanto del equipo de salud como del paciente y la familia.
- Da a conocer los criterios sociales para su tratamiento dialítico intradomiciliario del paciente.
- Proporciona información profesional y ética del estado social y emocional del paciente.
- Asesora al equipo de salud en los aspectos sociales que requieran de modificación, considerando las potencialidades y recursos del paciente y la familia.
- Sostiene una actuación creativa para el desarrollo de estrategias y modelos que innoven la participación del trabajador social, con sentido ético y en apego al principio de equidad, para el logro de los objetivos.
- Promueve su integración en actividades de actualización y capacitación profesional, así como de utilización de tecnología moderna en el área médico-social que mejoren su actuación en el manejo integral del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
- Informa al comité la situación socio cultural que interfiere en el proceso de la atención de los pacientes, incluyendo el número de pacientes que se encuentran en protocolo de trasplante, apegada a los ordenamientos legales y éticos.
- Respeta los lineamientos jurídicos del entorno en que se desarrollan sus funciones, manteniendo una cultura en materia de donación de órganos y tejidos con fines terapéuticos con apego a la ley general de salud.
- Desarrolla sus funciones y actividades con alto sentido humanístico, aplicando los principios de una comunicación abierta con todos los miembros del comité.

- Lleva el censo nominal de los pacientes con padecimiento de insuficiencia renal crónica, contemplando dentro de su metodología los aspectos sociales y emocionales que le permitan tener un panorama mas completo de la dinámica familiar del paciente.

## PROPUESTA

Dada la trascendencia y magnitud actual del problema de la Insuficiencia Renal Crónica con los pacientes que se encuentran en alguna modalidad del tratamiento de diálisis, es importante promover la existencia de grupos de autoayuda con el objetivo de fortalecer las acciones en el auto-cuidado de la enfermedad y de la atención a las necesidades sentidas, situaciones difíciles de abordar en forma individual, además de permitir la interacción de los mismos pacientes, en donde el Trabajador Social deberá ser el responsable de la formación, organización, conducción y evaluación del grupo de autoayuda, en donde también deberá participar el equipo multidisciplinario en el desarrollo del mismo, integrando al 100% de los pacientes que han pasado por el proceso educativo y han sido evaluados con el criterio de persona informada.

Elaborando nota de seguimiento de trabajo medico social conjuntamente con el estudio medico social, Informando al paciente su rol dentro del grupo y promoviendo su participación a través del intercambio de experiencias personales relacionadas con su enfermedad, sus complicaciones y la manera de como ha resuelto sus problemas.

El trabajador social deberá coordinar la capacitación y asesoría conjuntamente con el equipo multidisciplinario requerida por sus miembros y el comité que integra la mesa directiva.

A través de círculos de calidad, fortalecer la participación con temas médicos que los miembros del grupo soliciten, evaluando el proceso para verificar que se cumplan las expectativas de los mismos, participando en actividades socio culturales y recreativas que mantengan una disposición de respeto y actitud positiva que coadyuve a la salud mental del grupo.

Fortalecer la comunicación asertiva, identificando las barreras de la misma aplicando los principios de imparcialidad, privacidad, veracidad y confidencialidad a fin de mantenerse dentro de un marco filosófico de un equipo de trabajo en

donde todos deberán apoyarse para lograr su crecimiento y consolidación.

El trabajador social deberá evaluar periódicamente el desarrollo del grupo, y aplicar estrategias que permitan elevar la calidad de vida del paciente con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica

El trabajador social trabaja con la palabra y con la personalidad, maneja emociones, sentimientos, afectos, reconociendo con responsabilidad sus límites, identificando la propia emoción cuando se interactúa con el enfermo y en la medida que se conoce nuestra debilidad y fortaleza se tendrá más control sobre nuestra intervención.

Freda – From – Piechman; decía que el buen terapeuta debe ser un individuo con satisfacciones y logros, no exento de frustraciones óptimas y momentos de infelicidad. El secreto consiste en metabolizar los éxitos y fracasos como parte de una personalidad integra y plena. No podemos crecer sin caer, no podemos ser padres, sin haber sido hijos y no podemos ser trabajadores sociales sin haber sido paciente.

Por lo que la participación social en el paciente y su familia con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica se debe enfocar a cuatro niveles:

**Nivel de Investigación:**

Proceso en donde se lleve a cabo, la entrevista inicial, el estudio médico social sistematizado y la visita domiciliaria, con el fin de aplicar una calificación objetiva para los pacientes candidatos a los programas de diálisis intradomiciliaria.

**Nivel de Educación:**

Sucesión que inicie con la orientación individual y familiar, hasta la formación de grupos educativos, con la participación del equipo multidisciplinario, el cual durante su curso en la información y orientación, se identifiquen las pautas y conductas para el manejo y control de técnicas de cambio de actitud individual, familiar y grupal.

**Nivel Terapéutico:**

Procedimiento que se maneje con técnicas de catarsis y apoyo, conduciendo a la capacitación por medio de terapias ocupacionales.

**Nivel de Tratamientos Grupales:**

- a) Reuniones de información.
- b) Reuniones de convivencia.
- c) Reuniones recreativas
- d) Lo anterior como apoyo psicológico para elevar la calidad de vida, que da como resultado el manejo integral del paciente en sus tres esferas de atención: fisiológica, psicológica y social, con el cual se mejore la dinámica familiar.

El Trabajador Social tiene como principal objetivo, el ayudar al individuo a superar los problemas psicosociales que representa la enfermedad y la problemática resultante o concomitante a ésta, de tal manera que el enfermo y sus familiares puedan funcionar física, psíquica y socialmente en el nivel de ajuste más aceptable, dentro de las particularidades de cada caso.

La evidencia referida anteriormente, de que la enfermedad provoca conflictos en el paciente, en el grupo familiar y en el equipo asistencial, señala la necesidad de englobar las acciones del Trabajador Social, para hacer posible una rehabilitación integral.

El fin es lograr mejorar la tarea asistencial, mediante la colaboración con el equipo de salud, del grupo familiar y del propio paciente; a través de sesiones grupales para discutir y analizar sus conductas defensivas, impartiendo información, implementando grupos de terapia ocupacional y/o de actividades lúdicas, dirigidas a elevar su autoestima.

Y con las familias realizar sesiones multifamiliares, para orientar y responder dudas sobre la enfermedad, así como orientar sobre los métodos de rehabilitación, con el fin de reducir la angustia y promover la ayuda y apoyo mutuo, lo cual representará algo más que darse la mano. Involucrando en éste procedimiento los objetivos propios con los demás objetivos de los miembros del grupo, compartiendo funciones de saber, de aceptar ayuda y de proporcionarla, contando con el equipo de salud.

Es indispensable que el trabajador social autovalore el rol y la importancia de su trabajo dentro del contexto del equipo multidisciplinario, sus interpretaciones de apoyo y su papel de educador, pueden significar para una persona en crisis ser el catalizador de una decisión justa y equilibrada que pasara en el destino de su vida para toda su existencia.

Hoy en día nadie, que se jacte de conocer a fondo el proceso dirigido a atender en forma integral a la salud y a sus trastornos, pone en duda la importancia de los factores sociales en el curso y desenlace de toda enfermedad física, como en el caso de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias.

Sin embargo en ocasiones, se soslaya u olvida los elementos emocionales de la persona enferma y de sus familiares siendo importante incorporarlos en todo proceso de atención en mayor o menor medida.

Siendo el trabajador social el profesional que incorpora a su práctica estas variables e inclusive destaca la responsabilidad de brindar calidez al paciente, su posición, su formación humanista, sus conocimientos sobre los sistemas psicosociales que influyen en el paciente sano y enfermo, su especial sensibilidad empática adquirida a través de su experiencia cotidiana, lo colocan como un líder implícito y explícito en la atención a las personas con este tipo de padecimiento específicamente los portadores de la Insuficiencia Renal Crónica.

En la medida en que se manejen las emociones de la persona, interpretando su particular forma de vivir la enfermedad, identificando la presencia de las emociones al entrevistar al paciente y su familia que presentan un desequilibrio en su funcionamiento se logrará dar un toque de humanismo y calidad a las intervenciones.

La atención personal individualizada, requieren de una considerable ampliación para comprender la dinámica del proceso Salud – Enfermedad, ya que habitualmente se desconocen las reacciones de los familiares ante la problemática, aplicando técnicas de intervención para educar sin conocer la ideología que en la familia prevalece y que condiciona la aceptación o el rechazo al tratamiento indicado.

En este sentido se pretende que se consideren los aspectos sociales como instrumento básico que permita conocer el éxito del objetivo a alcanzar, considerando las características del paciente y su familia.

Por lo que se dan a conocer cuatro casos representativos de la población portadora de Insuficiencia Renal Crónica.

## **CASO No. 1**

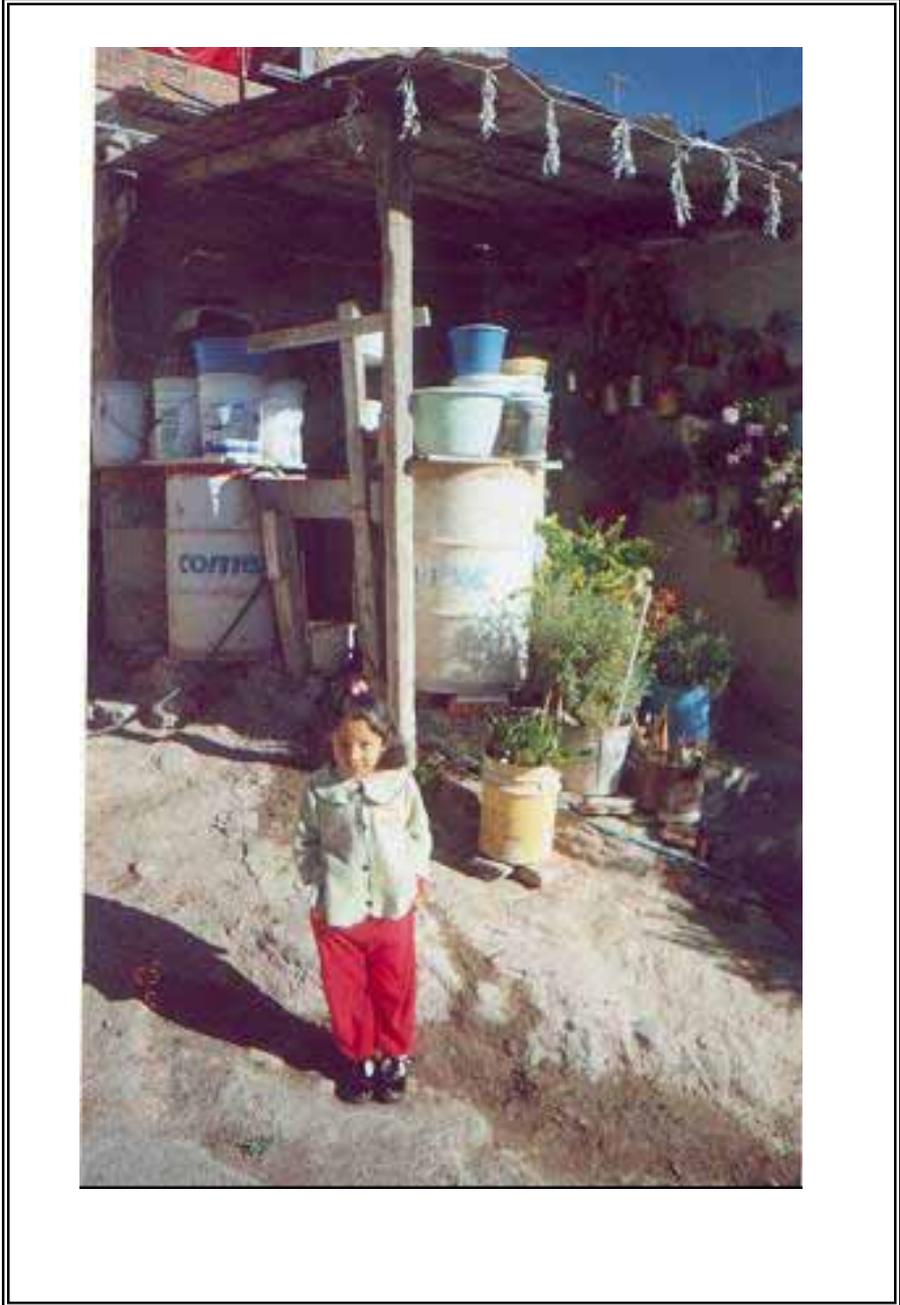
Nace en agosto de 1996, a los cuatro meses de vida se diagnóstica Insuficiencia Renal Crónica, brindándose la atención médica por primera vez en el Servicio de Nefrología Pediátrica en el CMN Raza, derivada en octubre de 1996 al H. G. Z. M. F. No. 1 Pachuca, para estudio y tratamiento, al cual no asiste y en noviembre del mismo año regresa descompensada, permaneciendo hospitalizado a finales del mes de noviembre, cuando su madre se da a la fuga con ella.

Con conocimiento del caso, se notifica a las autoridades, quienes ordenan la recuperación de la menor y reingresa al servicio hospitalario, acompañada de personal policial de custodia, dándola de alta posteriormente con tratamiento ambulatorio, dando oportunidad a que los parámetros clínicos y de laboratorio indiquen la oportunidad de diálisis peritoneal ambulatoria.

Sin embargo se realiza una visita domiciliaria a fin de conocer el ambiente destinado para llevar a cabo el tratamiento, percatándose de que la madre de 28 años, ama de casa, tiene antecedente de tres ingresos hospitalarios psiquiátricos; el padre de 25 años, peón, con un sueldo de \$300 a \$400 pesos mensuales, con adicción alcohólica, sus hermanos; una niña de 8 años, vive con la abuela materna y la de 6 años convive con sus padres, un menor de 4 años, fue dado en adopción.

La familia alquila una vivienda de 2 cuartos con baño compartido, carente de higiene, mobiliario deteriorado, falta de agua potable, condiciones en general insalubres.

De acuerdo a las anteriores condiciones, no son favorables para un adecuado tratamiento y cuidado de la menor y dada la gravedad de su padecimiento y las complicadas medidas que se requieren no se autoriza su tratamiento intradomiciliario, concluyendo que pertenece a una familia desintegrada, en donde los padres por razones de salud y económicas, tienen serias limitaciones para la crianza de los hijos, ya que ambos padres requieren atención médica y las posibilidades de éxito del tratamiento del paciente son nulas por incompatibilidad, por lo que los menores son atendidos por el DIF.



**CASO 1**

## CASO No. 2

Femenina de 27 años, separada, católica, con estudios a nivel secundaria, inactiva, portadora del padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica desde hace 7 años, manejada a través del programa de diálisis peritoneal ambulatoria, es decir en su domicilio, registrada como beneficiaria esposa, sin embargo funge el rol de hija, con autoestima baja debido al abandono del esposo al conocer su padecimiento, dejándola nuevamente con la familia de crianza; sin expectativas de desarrollo personal, laboral y social; desarrollándose en un ambiente de alto riesgo, con constantes infecciones por peritonitis, complicaciones de un inadecuado manejo de higiene por parte del paciente y de la familia, la cual la integra un solo miembro, su padre de 57 años, mecánico, con el cual lleva buena comunicación y el cual se encuentra sólo, ya que su esposa y su hijo mayor, fallecen por el mismo padecimiento de Insuficiencia Renal, situación que afecta la dinámica familiar, la cual no ha sido superada aún.

El nivel económico es precario, los ingresos varían ya que únicamente se concreta a arreglar carros en su mismo domicilio, de manera muy limitada por carecer de herramientas.

La casa habitación es propia, ubicada en zona urbana, muy deteriorada, distribuida en 2 dormitorios, sala, comedor, cocina y baño; con mobiliario muy dañado, falta de higiene intra y extradomiciliaria, existe convivencia con gatos no propios ya que la casa colinda con un terreno baldío en donde se reproducen constantemente.

El espacio físico donde lleva a cabo su tratamiento, es su mismo dormitorio, el cual no reúne los requisitos mínimos, ya que se encuentra muy deteriorado, observando que las paredes están muy dañadas y el mobiliario únicamente es la cama y un tocador desgastados.

Sin embargo, ante tal situación, padre e hija se enfrentan al problema sobrellevando las complicaciones del padecimiento, deteriorándose la paciente por falta de alimento, ya que sus ingresos no son suficientes, sin ninguna oportunidad laboral, debido al bajo nivel escolar.



**CONDICIONES DE LA VIVIENDA DEL CASO 2**

### **CASO No. 3**

Masculino de 29 años, soltero, católico, nivel educativo elemental, primaria incompleta, ayudante en la elaboración de cuadros decorativos, portador de Insuficiencia Renal desde hace 2 años, manejado en el programa de diálisis peritoneal ambulatorio, es decir, el tratamiento en su domicilio, con limitadas expectativas de desarrollo personal por carencia de oportunidad educativa.

Pertenece a una familia nuclear reconstituida, formada por su padrastro el C. Vicente de la Cruz Hernández, de 48 años, empleado de la construcción; su mamá la C. Trinidad Ramos Gutiérrez de 63 años, dedicada al hogar y sus 9 medios hermanos.

Económicamente, su ingreso es precario, ya que de acuerdo al trabajo obtiene ganancias, contribuyendo la madre a realizar labores domésticas.

La casa habitación es propiedad de la hermana mayor, ubicada en zona sub-urbana con difícil acceso al transporte público, carente de todos los servicios públicos (agua, luz, drenaje); ubicada en una barranca en donde hay convivencia con perros, distribuida en 2 dormitorios y cocina con letrina, mobiliario muy deteriorado, modesto, con falta de higiene debido a la falta de agua, la cual obtienen de vecinos regalada.

El procedimiento dialítico lo lleva a cabo en uno de los dormitorios, dentro de sus posibilidades, sin embargo debido al entorno de riesgo en que se encuentra no ha tenido ingresos hospitalarios por infecciones propias de la falta de higiene.

Sin embargo, afronta su problema, manejando adecuadamente las situaciones de estrés y tensión propias de su padecimiento, utilizando su tiempo libre, con cierta hostilidad ocasional comprensible en el paciente debido a su situación, con apoyo familiar escaso, ya que una de sus medias hermanas padece del mismo padecimiento, en período de gestación, por lo que ha permanecido hospitalizada en el servicio de Terapia Intensiva, reportándola muy grave.



**CONDICIONES DE VIVIENDA DEL CASO 3**

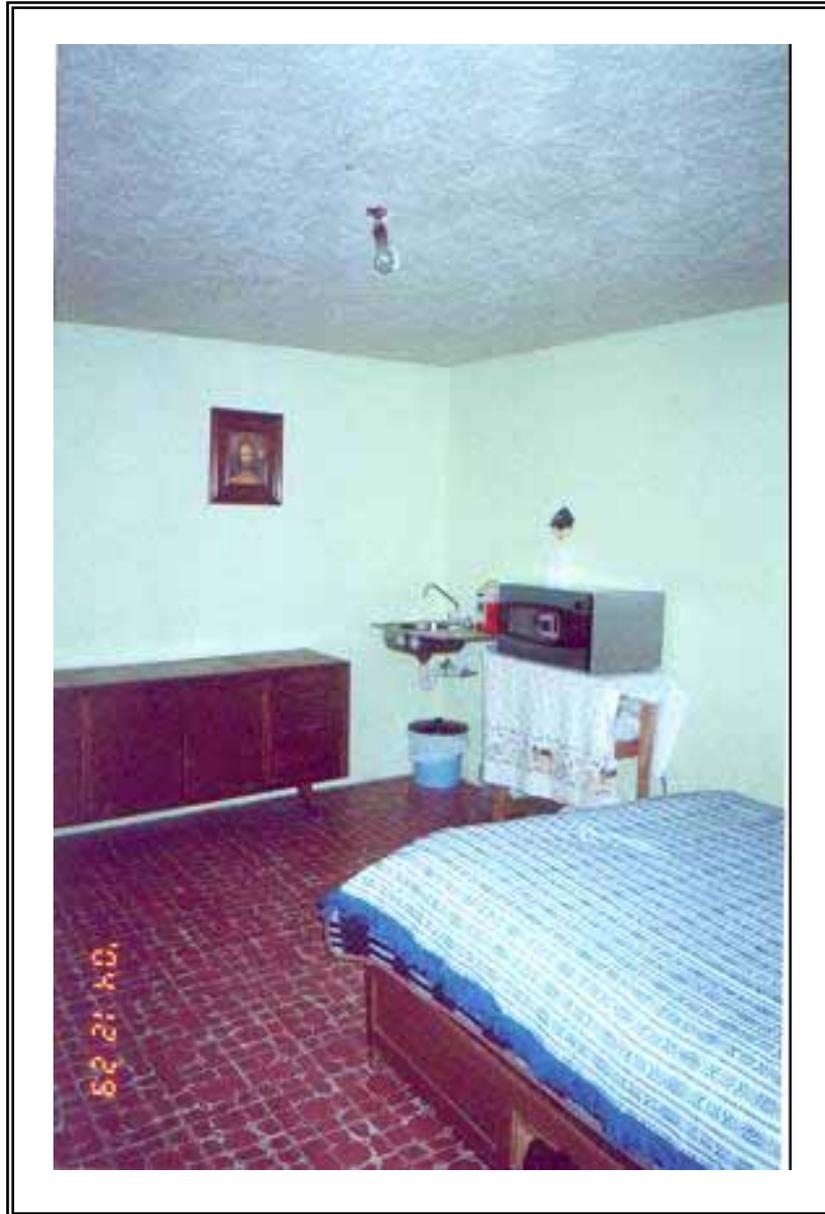
#### **CASO No. 4**

Masculino de 67 años, viudo, católico, pensionado, inactivo, portador de Insuficiencia Renal Crónica desde hace 2 años, manejado en el Programa de Diálisis Peritoneal Ambulatorio, tratamiento que se realiza en su domicilio.

Pertenece a una familia nuclear, funcional, nutridora, integrada por el paciente y sus 4 hijos; los cuales viven en forma independiente, ya que se encuentran casados.

Los ingresos económicos son solventados por los hijos, siendo suficientes para las necesidades del paciente, el cual lleva a cabo su tratamiento en una habitación exclusiva para dicho fin, con los requisitos ideales para un buen tratamiento, mobiliario adecuado, higiene intra y extra domiciliaria adecuada, iluminación y ventilación.

Existe interacción entre los miembros de la familia, participando e integrándose al proceso de educación que otorga la institución para llevar adecuadamente el tratamiento.



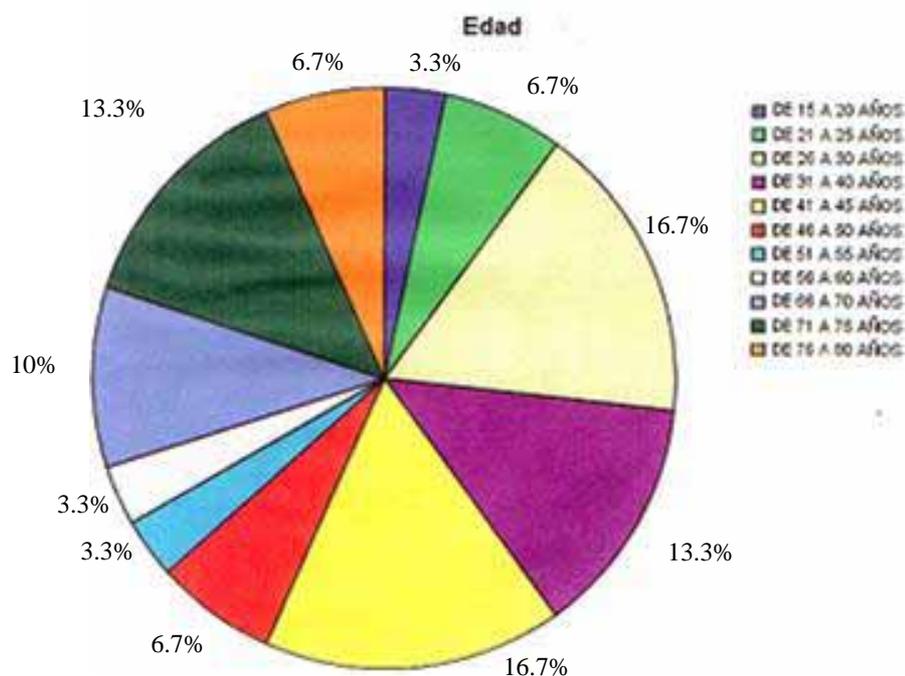
**CONDICIONES DE VIVIENDA ACEPTABLES DEL  
CASO 4**

## RESULTADOS

Éste estudio reúne la situación de 30 pacientes susceptibles de ser considerados pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica, adscritos al **H.G.Z.M.F. NÚM. 1 Pachuca, Hidalgo.**

### I. DATOS GENERALES

**GRÁFICA No. 1**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN LA EDAD**



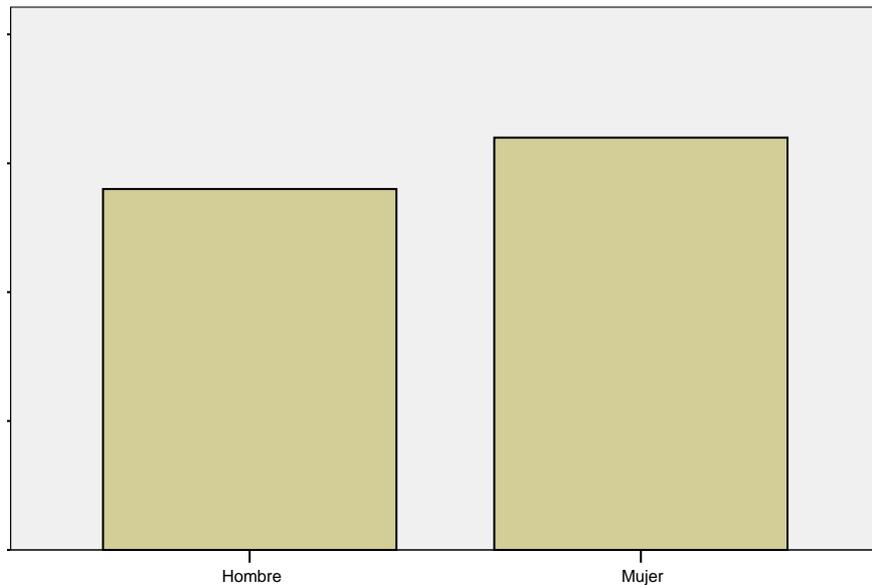
Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Periodo septiembre – Octubre del 2005

La edad media de los encuestados es de 43.8 años, esto supone que los pacientes con ésta enfermedad es de inicio temprano, consecuentemente, sufren un proceso de cronificación a edades más tempranas, acorde a la incidencia en nuestro país, la cual se estima entre cuatro a cinco mil casos nuevos al año, por lo que nos hace pensar que existen variables que determinan el gran incremento de ésta enfermedad.

**GRÁFICA No. 2**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN EL SEXO**

**2. Sexo**

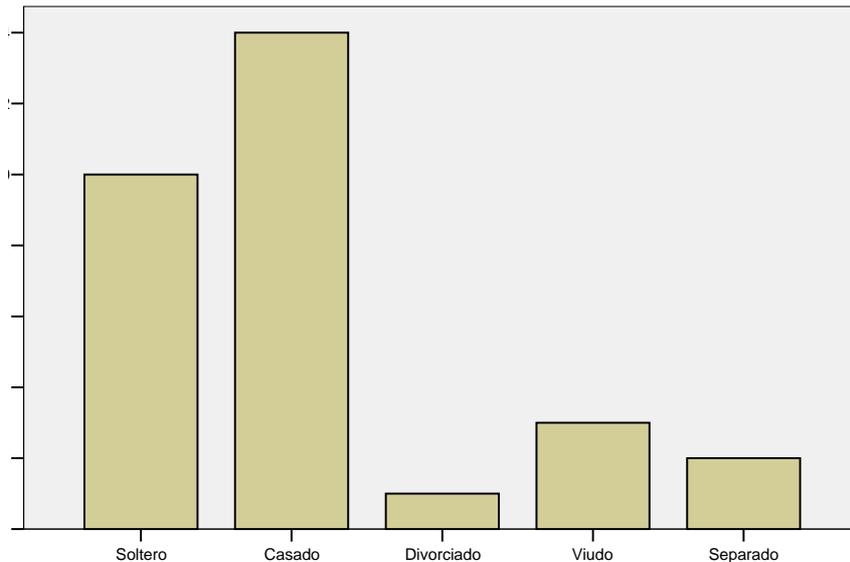


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

En cuanto a la distribución por sexos, se concluye que resulta en proporción semejante siendo la representación muy equivalente, por lo que se ratifica que la Insuficiencia Renal Crónica puede presentarse en hombres y mujeres.

**GRÁFICA No. 3**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN EL ESTADO CIVIL**

**3. Estado civil**

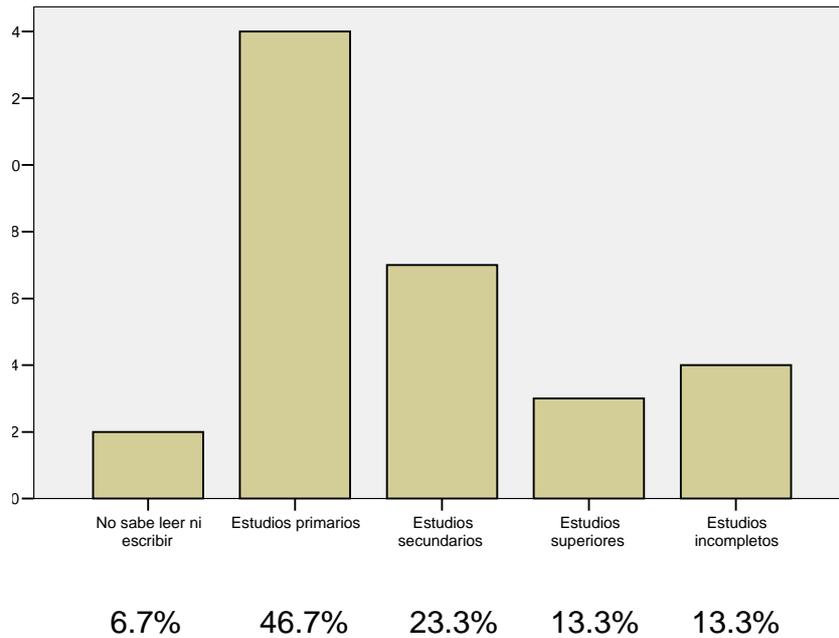


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

El estado civil, indica que la mayoría se encuentra ubicada dentro del matrimonio, sin embargo también existe un elevado porcentaje de personas solteras, por lo que se infiere que el padecimiento no dificulta que la persona contraiga matrimonio.

**GRÁFICA No. 4**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS**

**4. Nivel de estudios**



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

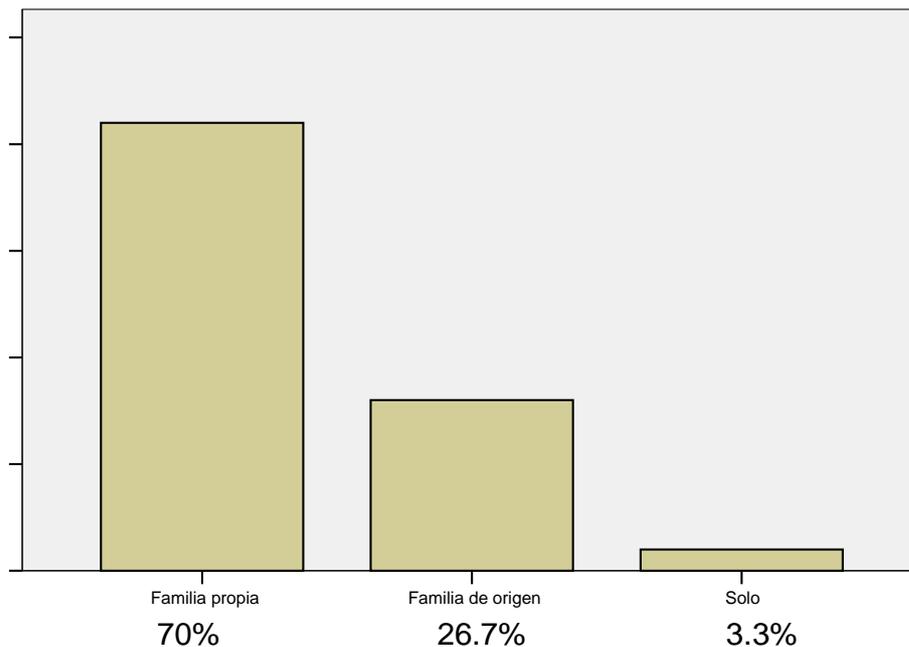
El nivel de estudios alcanzados en la mayoría de los casos es el de nivel primaria, éste dato refleja el hecho de que gran parte de las personas entrevistadas son de nivel socio-cultural bajo, abandonando todo tipo de actividad en pro de la formación de una familia propia.

## II. SITUACIÓN FAMILIAR

### GRÁFICA No. 5

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN EL NÚCLEO DE CONVIVENCIA

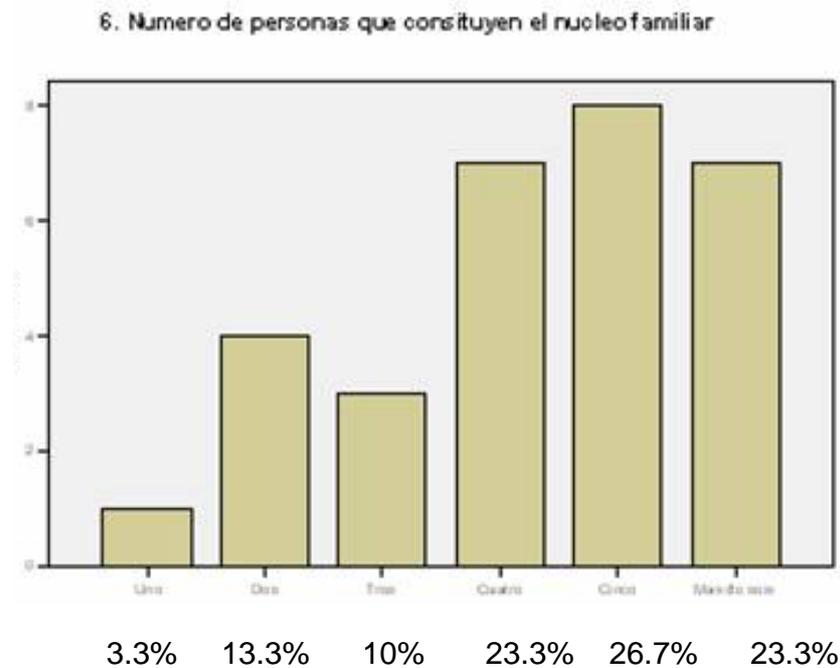
##### 5. Nucleo de convivencia



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Enlazando con el apartado anterior, vemos como en cuanto al núcleo de convivencia, más de la mitad de los entrevistados viven con la familia propia, existiendo convivencia con la familia de origen lo que determina que la familia es la estructura social del individuo.

**GRÁFICA No. 6**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN EL NÚMERO DE PERSONAS QUE CONSTITUYEN EL NÚCLEO**  
**FAMILIAR**



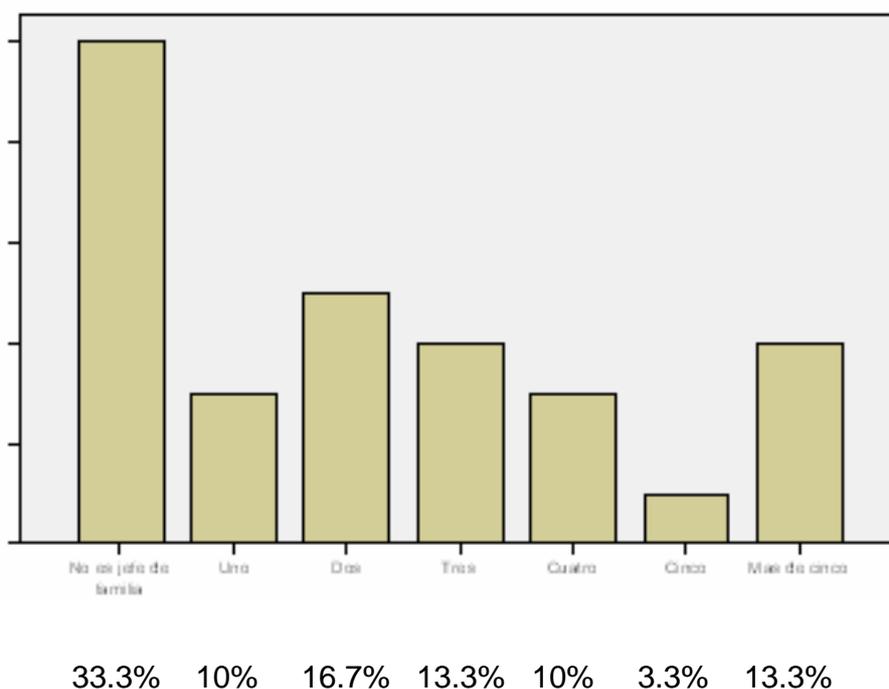
Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Referente al porcentaje promedio de personas que constituyen el núcleo familiar, se encuentra que la familia es integrada por un promedio de cinco miembros, sin embargo se observa un porcentaje aún alto de familias con más de seis integrantes, lo que muchas veces no favorece la atención al paciente deslindándose de él argumentando actividades propias y delegando la responsabilidad a los hijos menores quienes fungen un rol distinto al perteneciente dentro de la familia.

### GRÁFICA No. 7

## PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN EL ROL DE JEFE DE FAMILIA Y EL NÚMERO DE HIJOS DEL MISMO

7. En caso de fungir el rol de jefe de familia numero de hijos del entrevistado

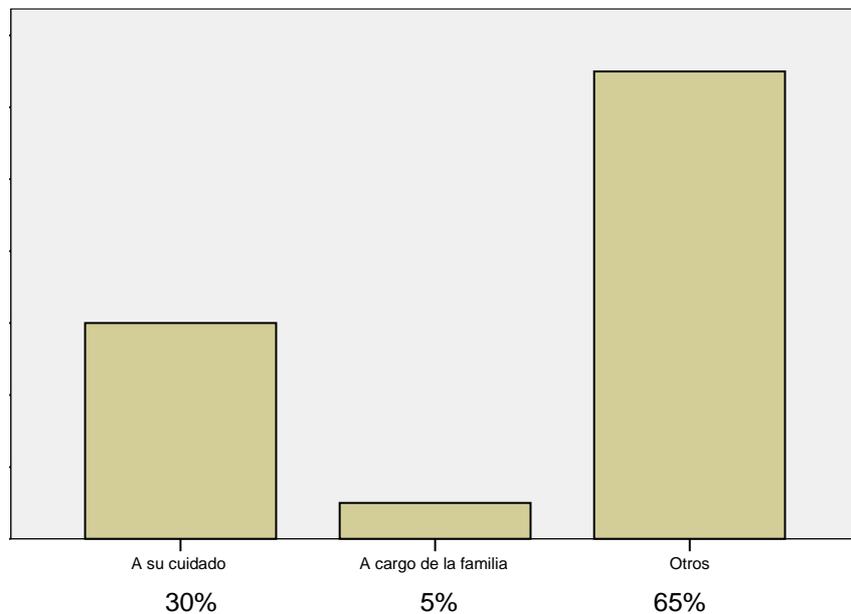


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Referente al rol como jefe de familia, se observa un alto porcentaje de amas de casa, adultos mayores, estudiantes, población económicamente inactiva que no afecta la capacidad productiva aparentemente, sin embargo provoca alteraciones emocionales en el jefe de la familia repercutiendo su capacidad productiva.

**GRÁFICA No. 8**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN SITUACIÓN DE LOS HIJOS MENORES DE 20 AÑOS**

**8. Situación de los hijos menores de 20 años**



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

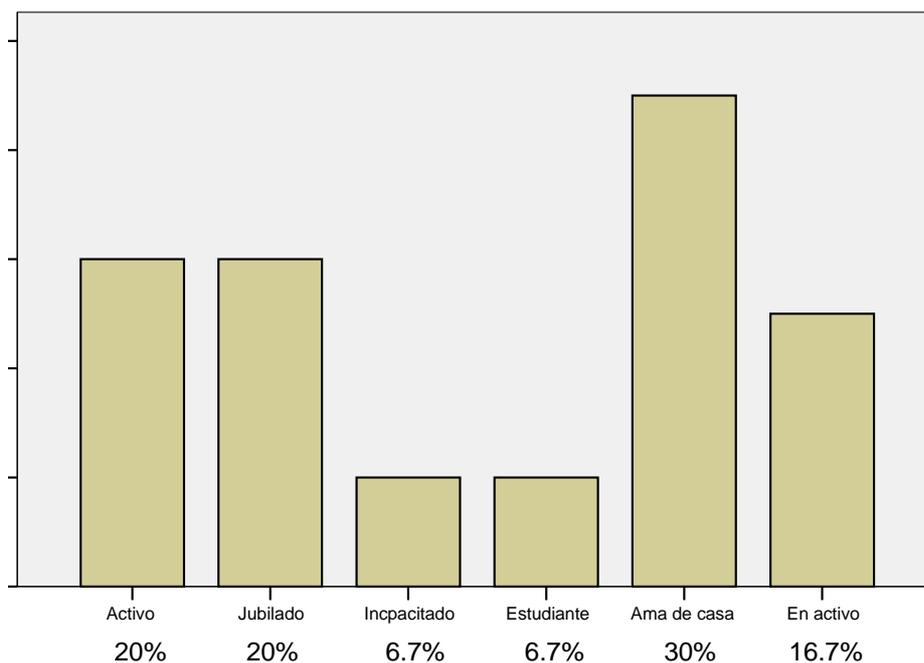
En relación a la situación de los hijos, se observa que en más de la mitad de las personas entrevistadas, los hijos son independientes y formadores de nuevos núcleos familiares.

### III. SITUACIÓN LABORAL

#### GRÁFICA No. 9

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN SITUACIÓN LABORAL DEL ENTREVISTADO

##### 9. Situación laboral del entrevistado

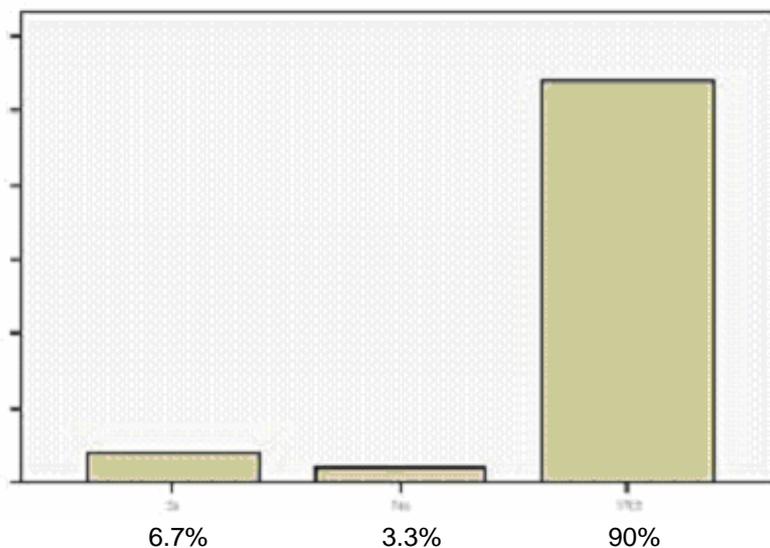


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Respecto a la situación laboral, en un alto porcentaje se encuentra la situación de condición de ama de casa, en la que no se contempla la capacidad o incapacidad por lo que es una población no productiva.

**GRÁFICA No. 10**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO EN CASO DE PERMANECER ACTIVO SU**  
**EMPLEO**

10. En caso de permanecer activo su empleo esta relacionado con su nivel de estudio

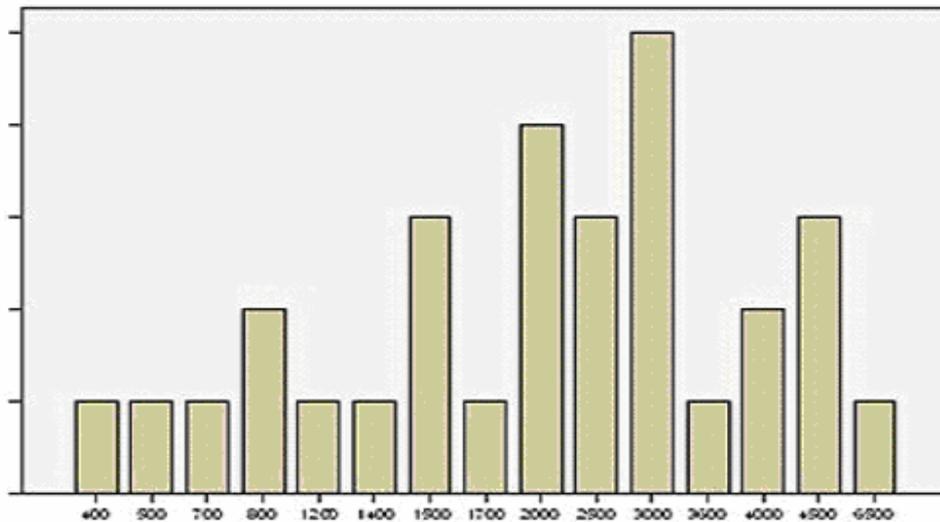


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

En cuanto a la situación laboral, más de la mitad, se encuentra en situación de incapacidad, lo que hace pensar que la población se integra por personas mayores, que requerirán de más atención médica, ante las enfermedades que se irán presentando, siendo una población vulnerable para el surgimiento del padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica.

**GRÁFICA No. 12**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN INGRESO MENSUAL FAMILIAR**

12. ¿Cuál es su ingreso mensual familiar

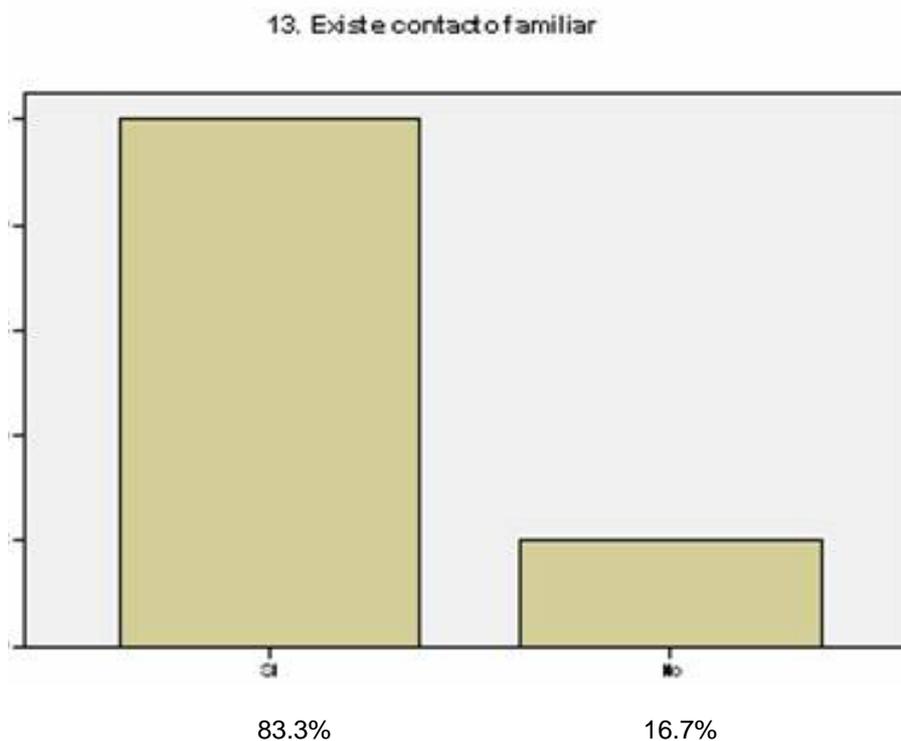


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Con antecedente de que el salario mínimo asciende a \$44.05 pesos diarios, observamos que el porcentaje que se fija no satisface ni resarce el poder adquisitivo de los entrevistados al no cubrirse las necesidades elementales de un núcleo familiar (alimentación, vivienda, vestimenta, atención médica, etc.).

#### IV. SITUACIONAL SOCIAL

### GRÁFICA No. 13 PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN CONTACTO FAMILIAR

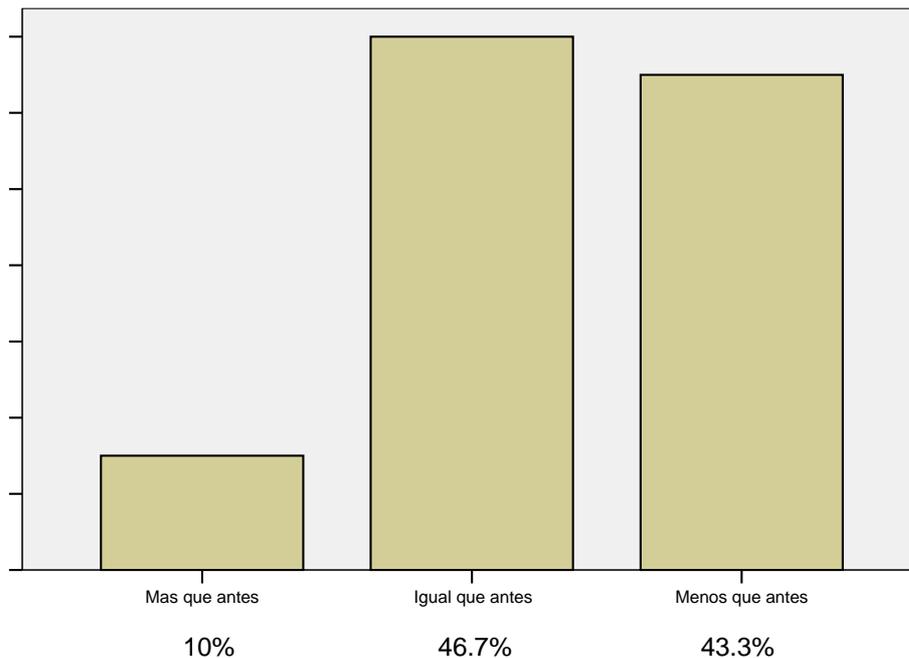


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Respecto a la situación social de las personas entrevistadas, se concluye que mantienen contacto familiar, sin embargo no significa que exista buena atención hacia el paciente, lo que implicaría una buena inserción a su entorno bio-psico-social.

**GRÁFICA No. 14**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN EL NÚMERO DE AMIGOS**

**14. Numero de amigos**

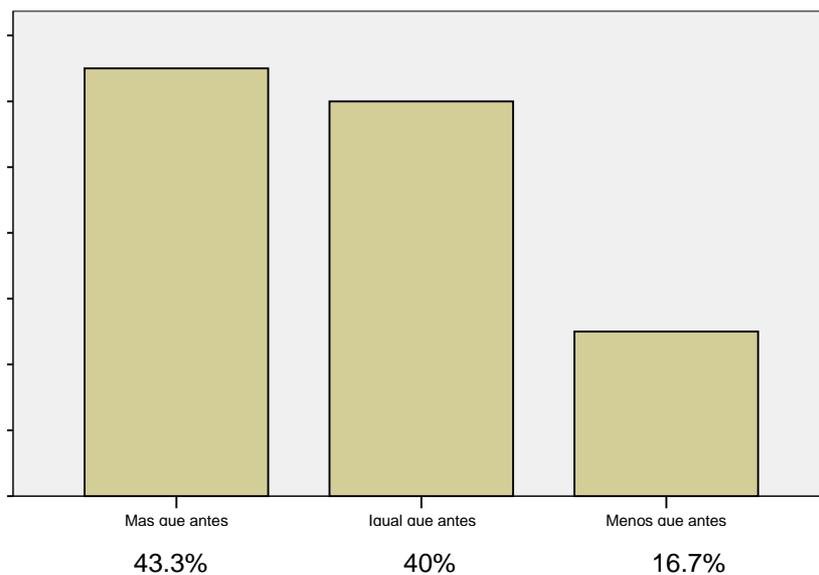


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

La red de amistades, se encuentra equilibrada entre los que se mantienen igual, independiente de la enfermedad y los que se alejan desde el inicio del padecimiento, provocando en éste caso el aislamiento del paciente.

**GRÁFICA No. 15**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN SU ESTADO EMOCIONAL**

**Se siente abandonado, ansioso o tenso, aunque este rodeado de su familia**

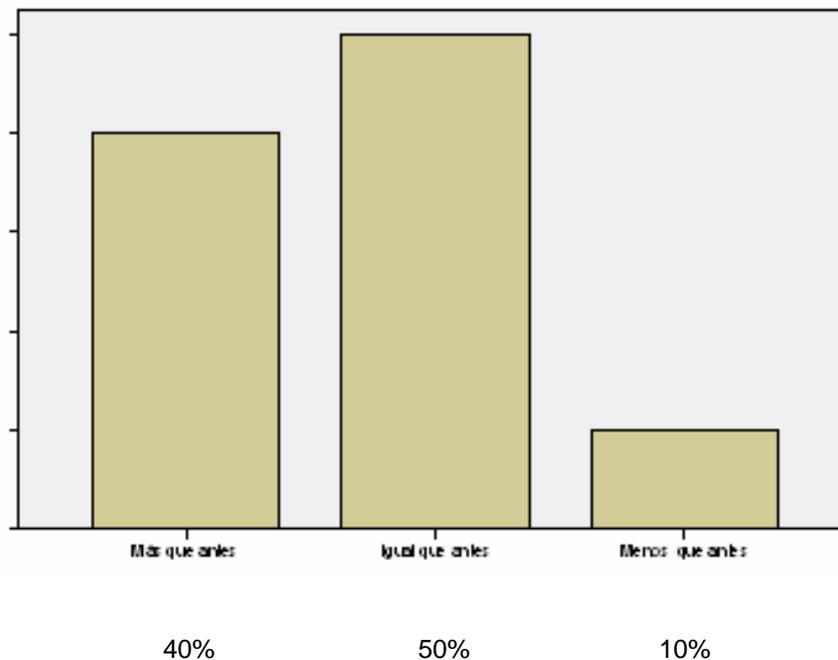


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Señalamos que en el caso de la red de amistades, se encuentra también enlazada con el punto anterior, ya que en la mayoría se encuentran contactos limitados y esporádicos, no ofreciendo al paciente muchas posibilidades de contacto, sintiéndose más sólo que antes del padecimiento.

**GRÁFICA No. 16**  
**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN LAS ACTIVIDADES DIARIAS**

16. Su tratamiento impide el desarrollo de las actividades diarias de su familia



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

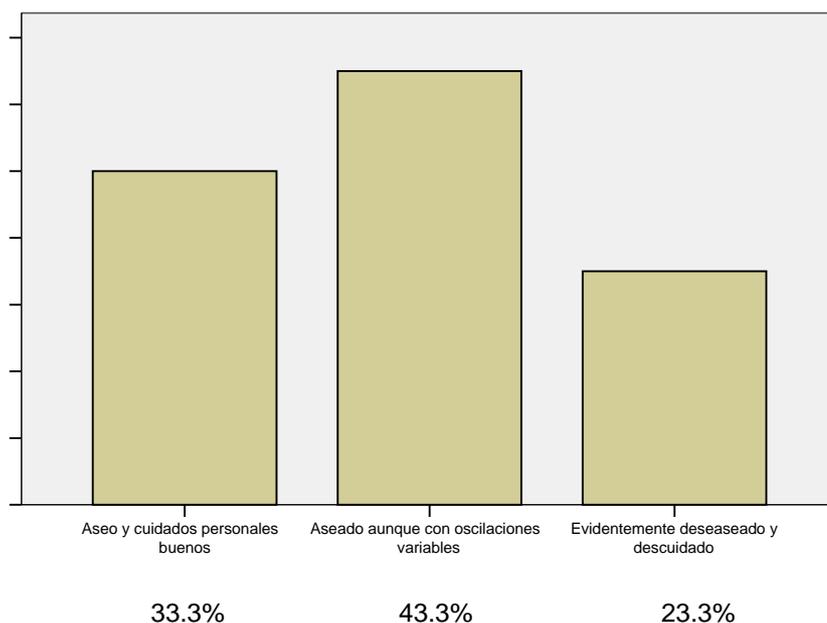
La muestra refleja que la familia, es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización o fracaso y que en su proceso de evolución se debe adaptar a las situaciones presentes de sus miembros, sin embargo se observa una distribución equilibrada lo que implica que la mitad de los casos manifiestan una alteración en sus actividades cotidianas.

## V. AUTOCUIDADO Y SALUD

### GRÁFICA No. 17

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN SU HIGIENE PERSONAL

17 Como es su higiene personal



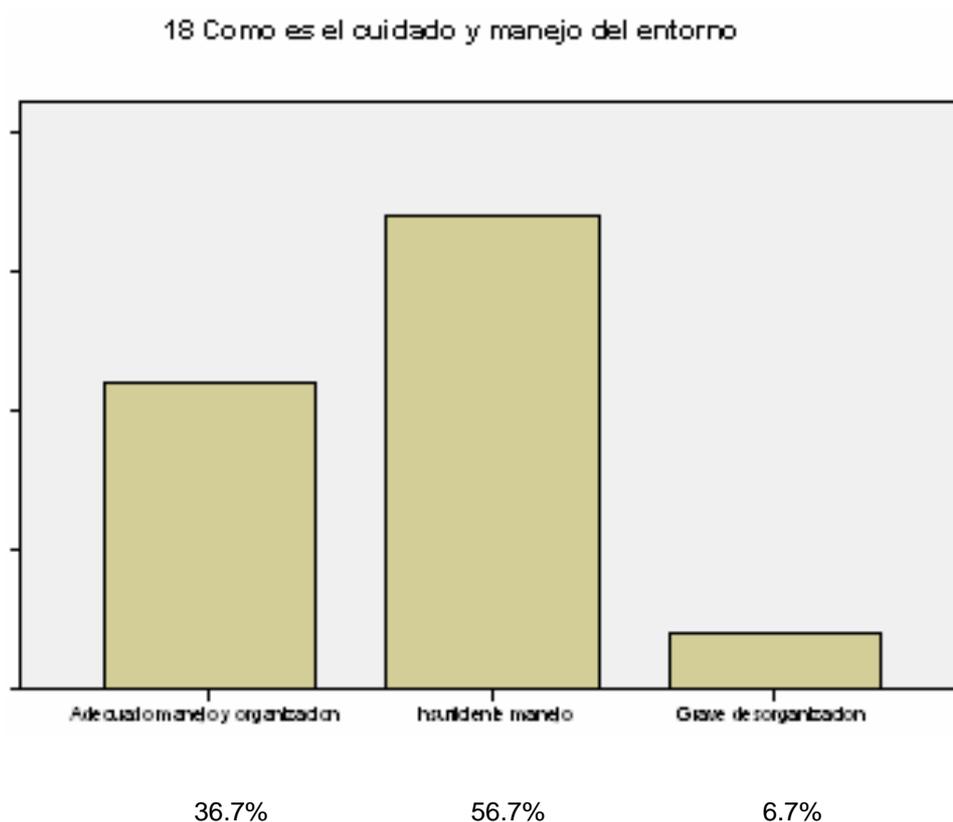
Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

En cuanto a los cuidados de higiene personal, el paciente se maneja en mayor porcentaje sin dificultad, con desvalances variables propias de la enfermedad, ya que se siente más familiarizado por su carácter cotidiano.

## VI. MANEJO DEL ENTORNO

### GRÁFICA No. 18

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN EL CUIDADO Y MANEJO DEL ENTORNO



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

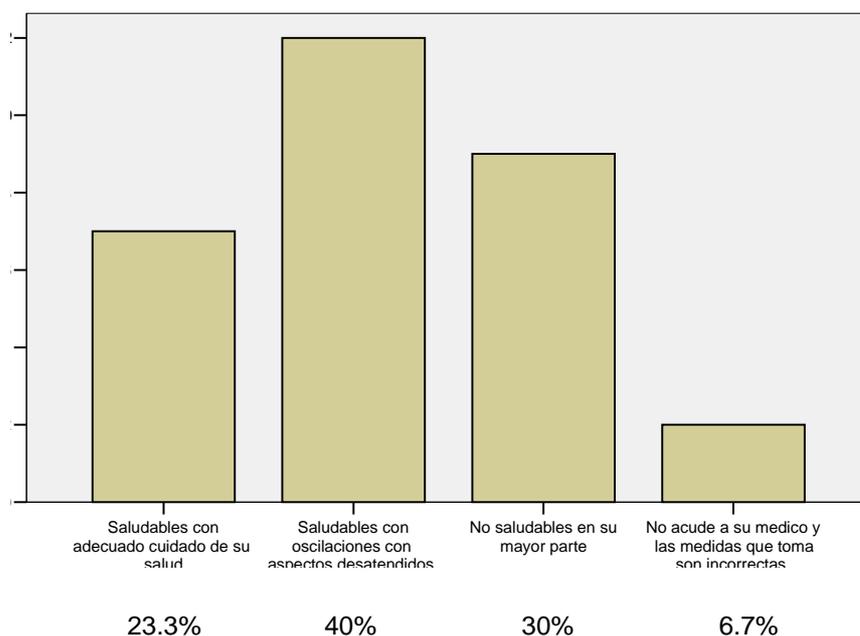
Por el contrario en los aspectos relacionados con auto control, relaciones interpersonales, familia y otros aspectos, son cuestiones que en éste tipo de personas se plantean con mayor dificultad, observando que más de la mitad habitualmente no las realizan.

## VII. HIGIENE EN SALUD

### GRÁFICA No. 19

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN SUS HÁBITOS DE VIDA

19 Como son sus habitos de vida



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

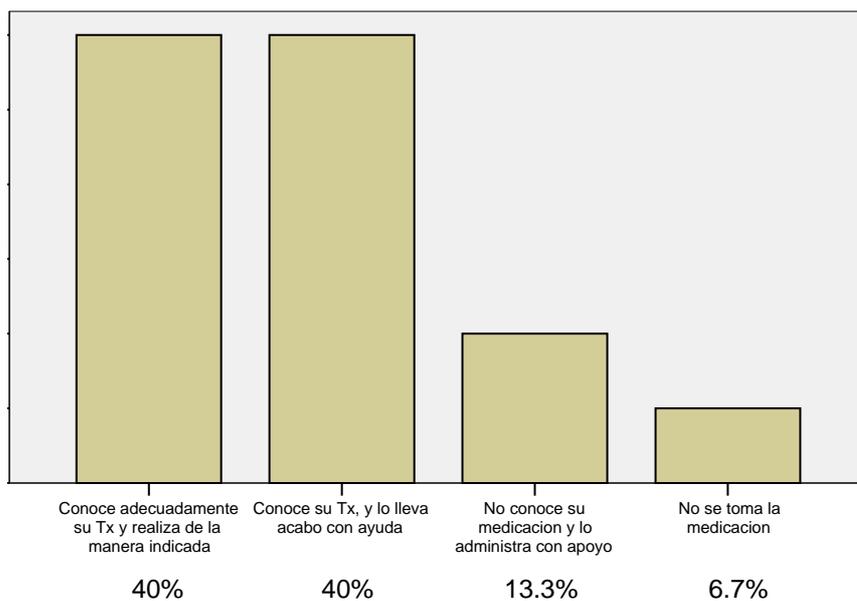
Los aspectos relacionados con sus hábitos de vida de los pacientes se desarrollan parcialmente con limitaciones propias de la misma enfermedad, ya que se presenta en las personas depresión, desgano, etc.

## VIII. MANEJO DE LA MEDICACIÓN

### GRÁFICA No. 20

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN

20 Cumplimiento a las indicaciones medicas y la administracion del medicamento indicado



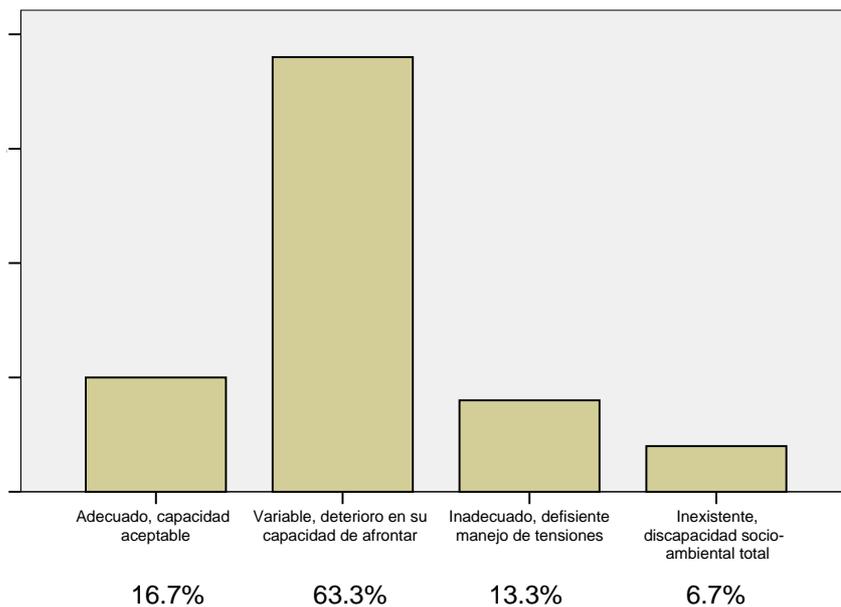
Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

En lo referente al tratamiento, no plantea muchas dificultades, ya que se observa porcentajes similares al conocimiento del tratamiento y sus indicaciones.

**IX AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL**  
**GRÁFICA No. 21**

**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN EL AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL**

**21 Buen manejo para enfrentar situaciones de estrés**



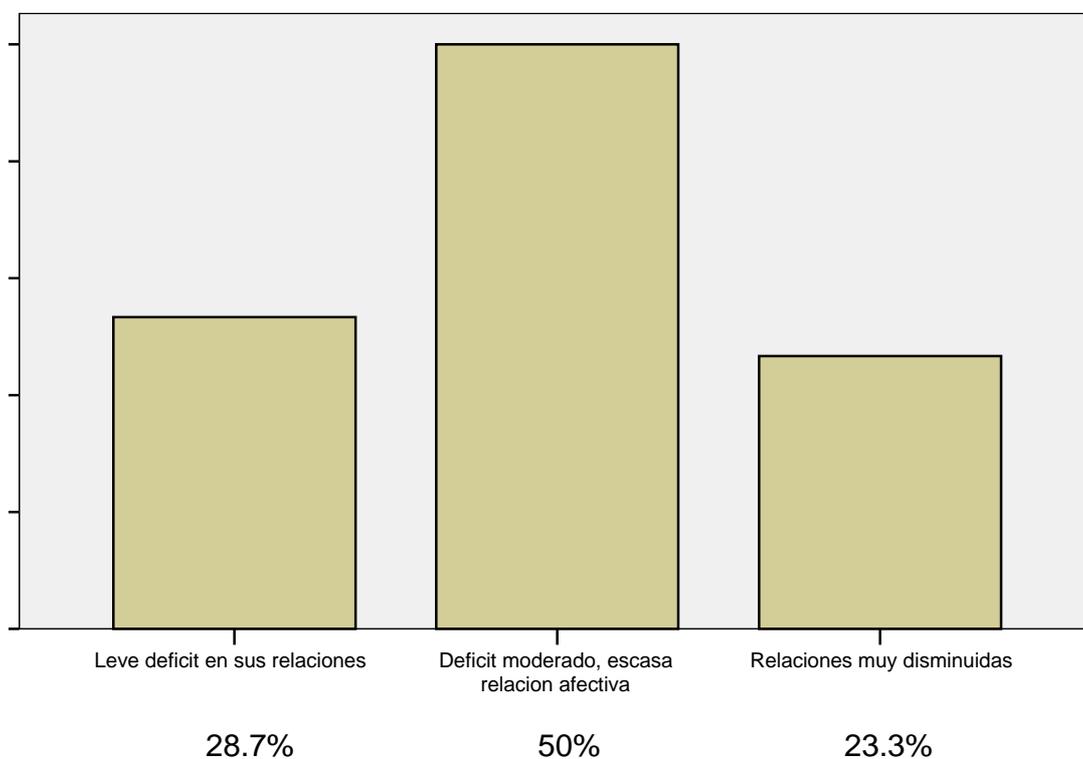
Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

## X. RELACIONES INTERPERSONALES

GRÁFICA No. 22

### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

**22 Cuenta con capacidad para mantener relaciones interpersonales  
significativas**

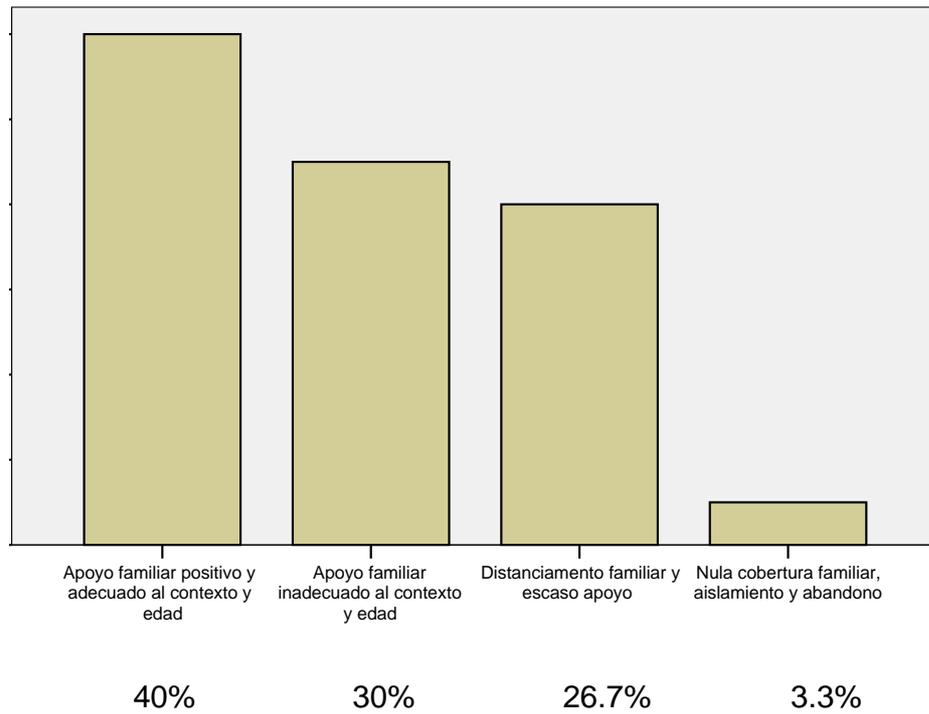


Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

## XI. FAMILIA

### GRÁFICA No. 23 PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

23 Grado de cobertura por parte de la estructura familiar



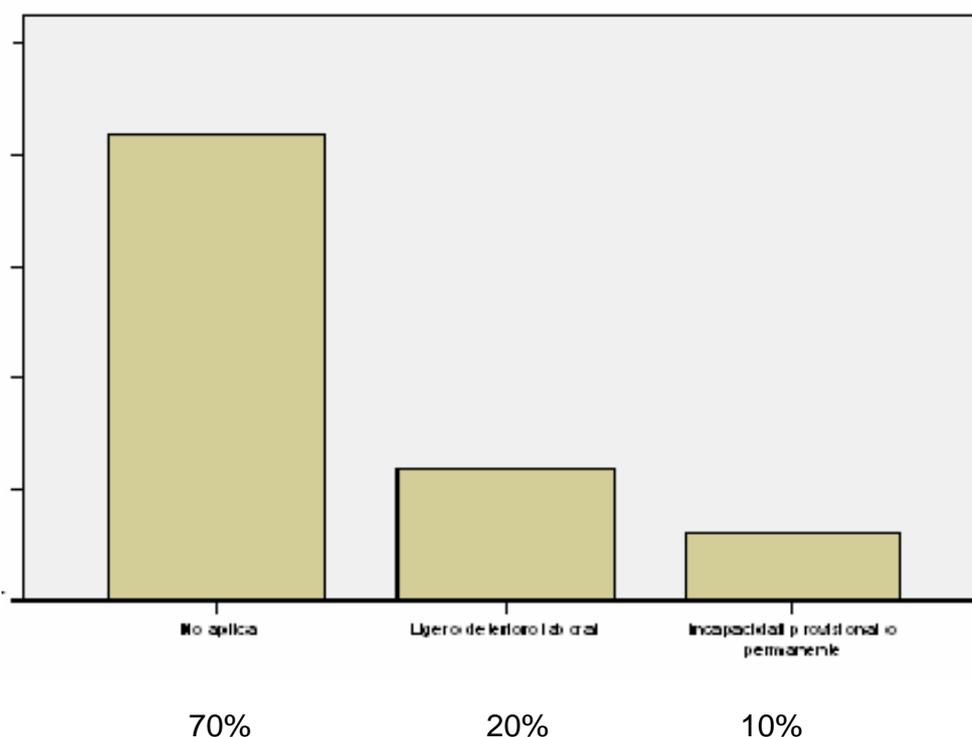
Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

## XII. TRABAJO

### GRÁFICA No. 24

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN SU RELACION LABORAL

24 Su relación laboral es normal, con sus respectivas prestaciones



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

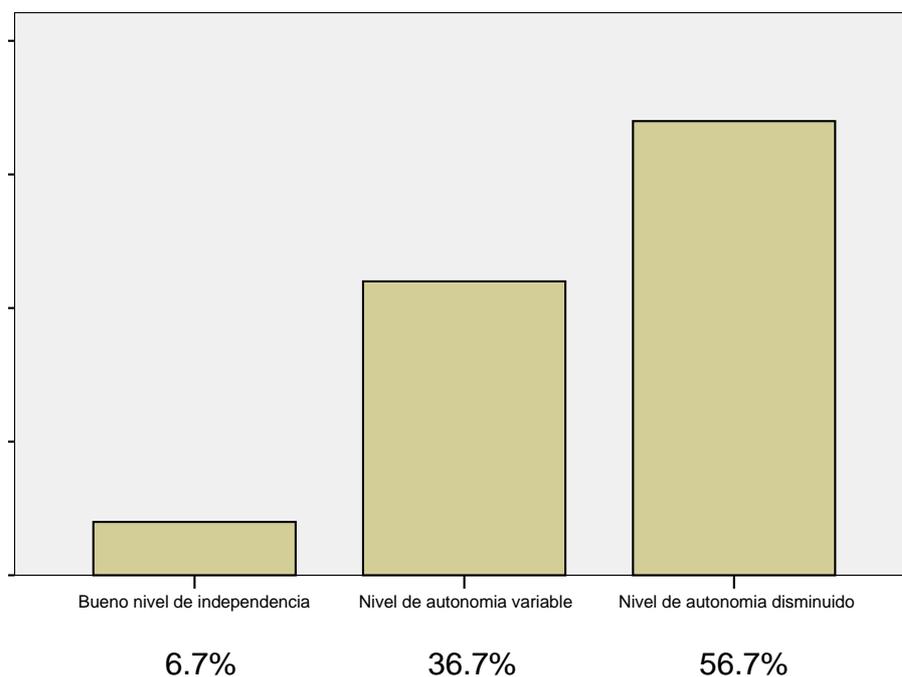
En cuanto a los anteriores datos vinculados entre sí por las relaciones interpersonales familia, trabajo y afrontamiento personal se mantienen en buen apoyo, sin embargo se refleja la existencia de un porcentaje considerable en desequilibrio lo que implica una afectación en el paciente repercutiendo en su calidad de vida.

### XIII. AUTONOMIA ECONÓMICA

#### GRÁFICA No. 25

### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN SU INDEPENDENCIA ECONÓMICA

25 Existe nivel de independencia economica



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

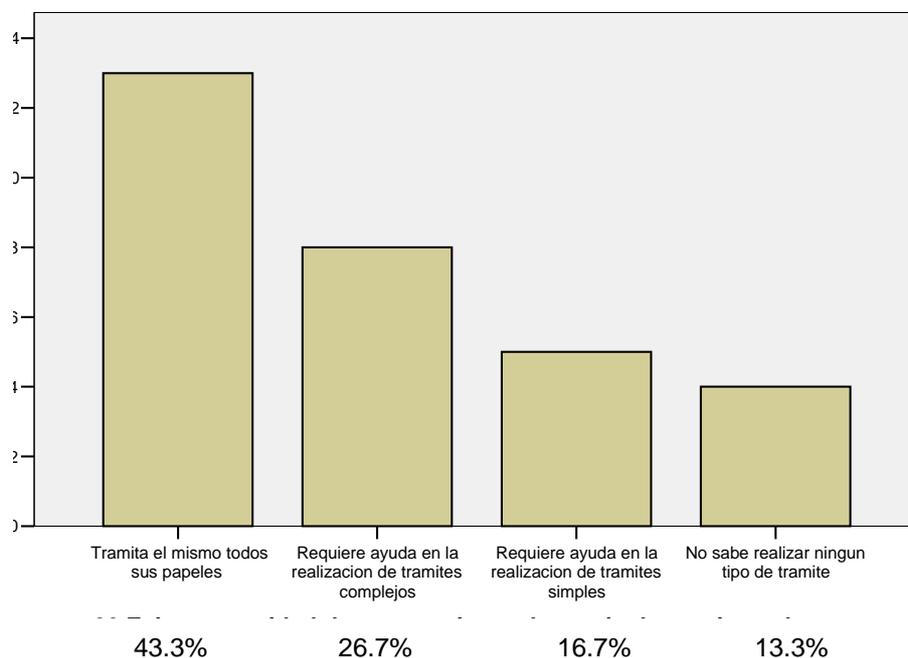
Respecto al nivel de economía se refleja insuficiente a las necesidades básicas por lo que depende de un ingreso extra disminuyendo su calidad de vida

#### XIV. AUTONOMÍA DE GESTIÓN

##### GRÁFICA No. 26

### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN LA CAPACIDAD DE AUTONOMÍA EN EL MANEJO DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

26 Existe capacidad de autonomia en el manejo de tramites admvos.



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

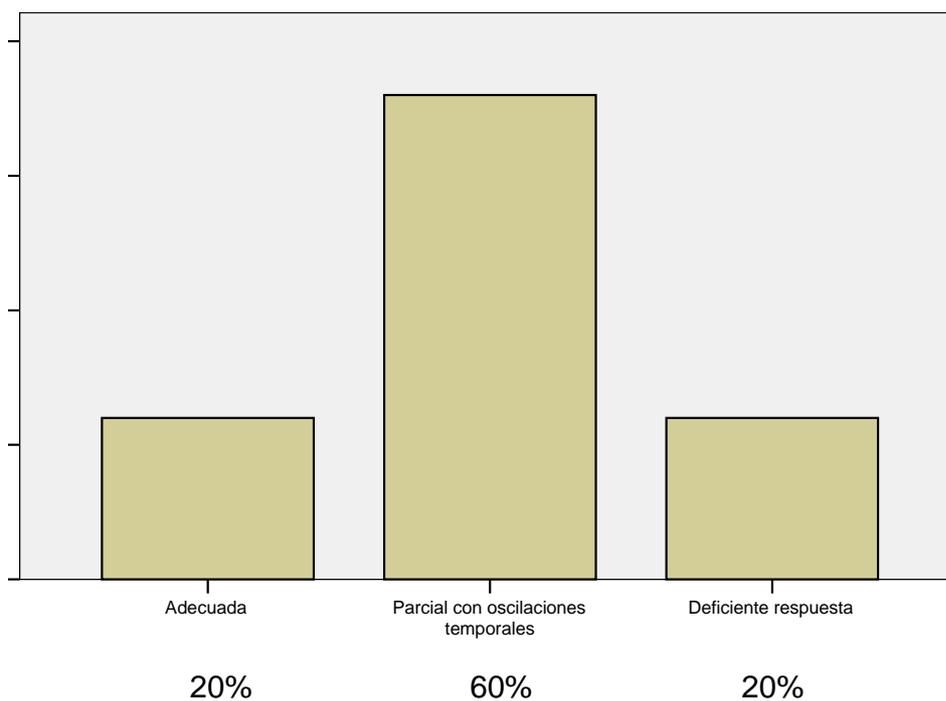
Nos percatamos que la mayoría de las personas realizan sus trámites de gestión administrativa a pesar de sus condiciones; existe disposición de mantenerse autónomos.

## XV. TRATAMIENTO

### GRÁFICA No. 27

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO INDICADO

27 Cual es la respuesta al tratamiento indicado



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

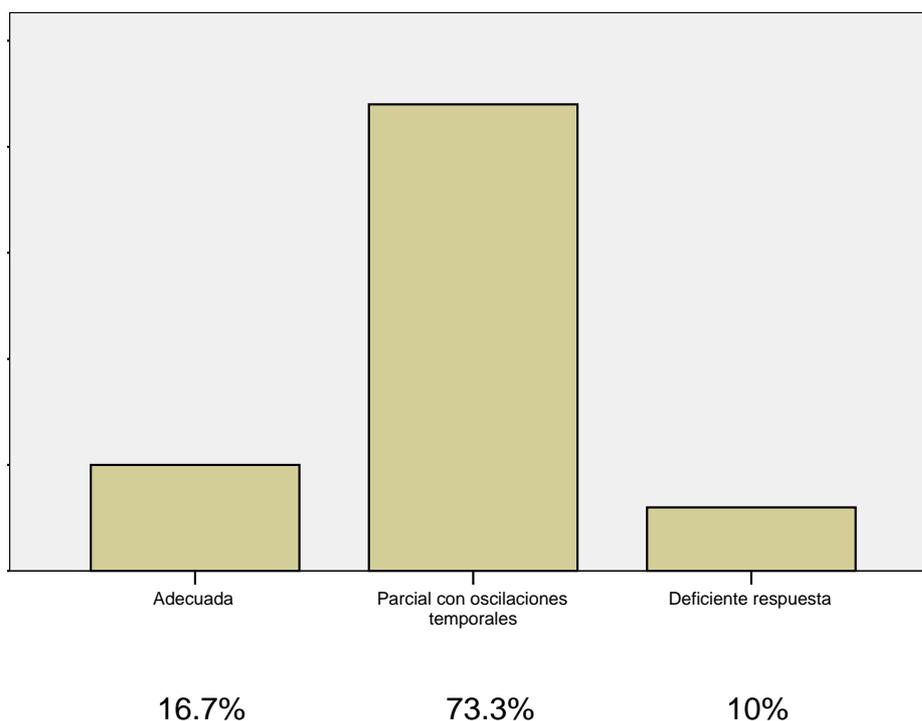
En cuanto al tratamiento refleja que los pacientes cumplen con las indicaciones médicas con desbalances temporales debido a las descompensaciones.

## XVI. RESPONSABILIDAD ANTE EL TRATAMIENTO

### GRÁFICA No. 28

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN SU RESPONSABILIDAD ANTE EL TRATAMIENTO INDICADO

28 Cual es la respuesta al tratamiento indicado



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

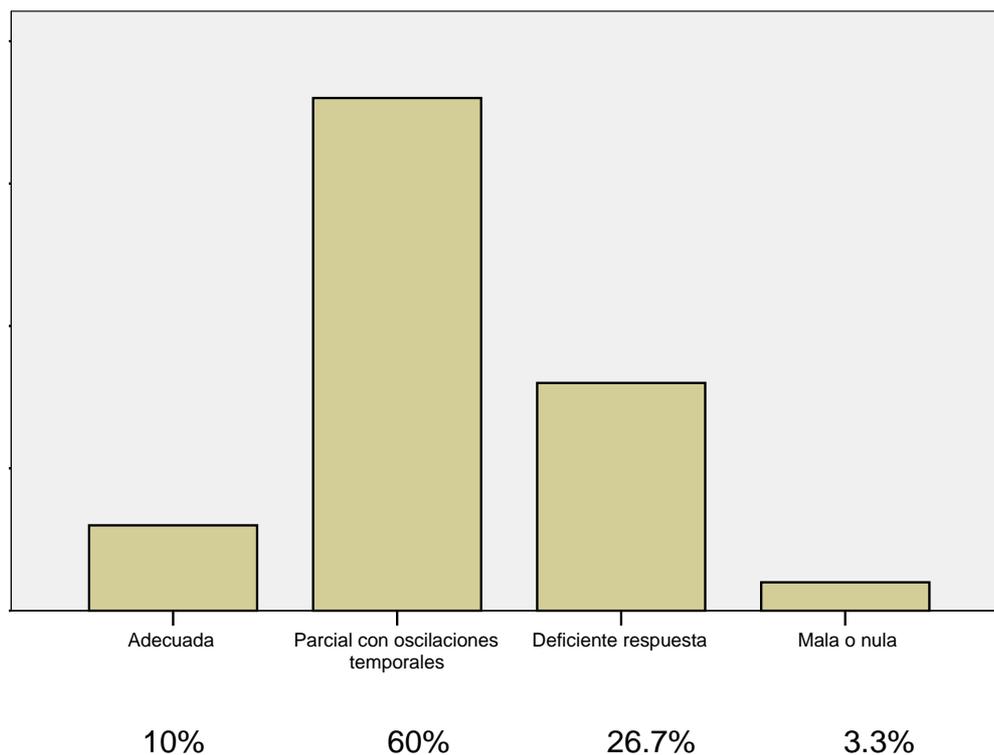
En un porcentaje alto existe una adecuada responsabilidad ante el tratamiento, sin embargo se presentan vacilaciones propias de la adaptación de los pacientes ante sus nuevas situaciones.

## XVII. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

### GRÁFICA No. 29

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN LA CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

29 Cual es la respuesta al tratamiento indicado



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

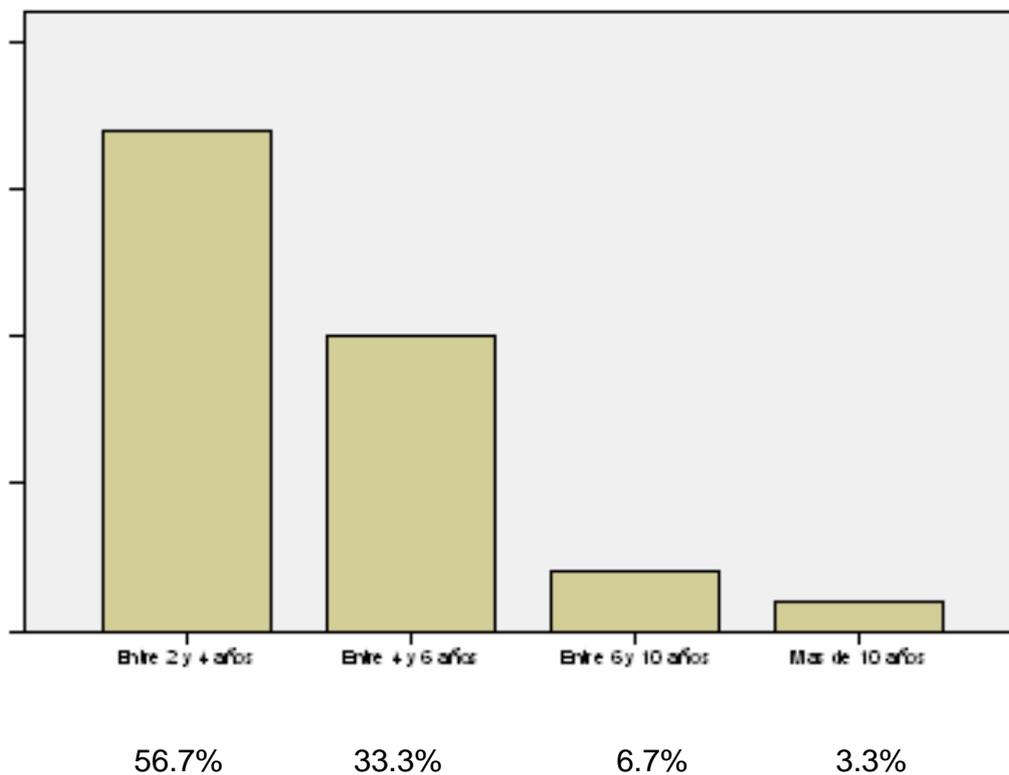
Similar al punto anterior existen oscilaciones ante los cambios que trae consigo la Insuficiencia Renal Crónica, sin embargo los pacientes muestran tener conciencia de su padecimiento.

## XVIII. AÑOS DE EVOLUCIÓN

### GRÁFICA No. 30

#### PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO

30 ¿Que tiempo ha transcurrido desde el conocimiento del padecimiento



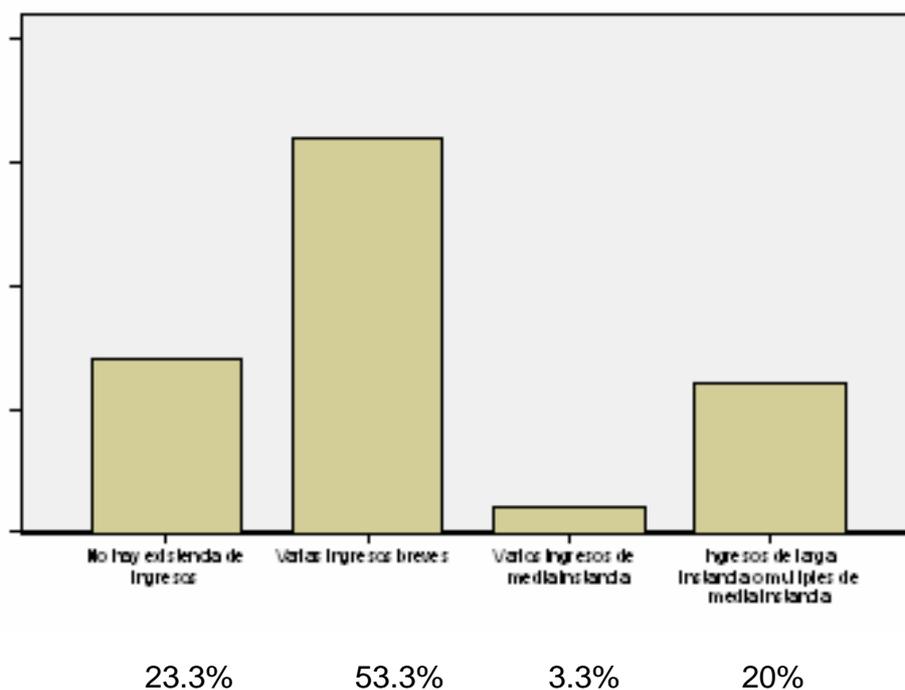
Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

En relación al tiempo transcurrido con conocimiento del padecimiento, observamos que el mayor porcentaje comprende entre los dos y cuatro años, lo que refleja que en la actualidad se encuentran factores predisponentes al desarrollo de éste padecimiento.

**XVIII. NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS**  
**GRÁFICA No. 31**

**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**  
**SEGÚN EL NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS**

31 Cuantas veces ha ingresado al hospital desde el inicio del padecimiento



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

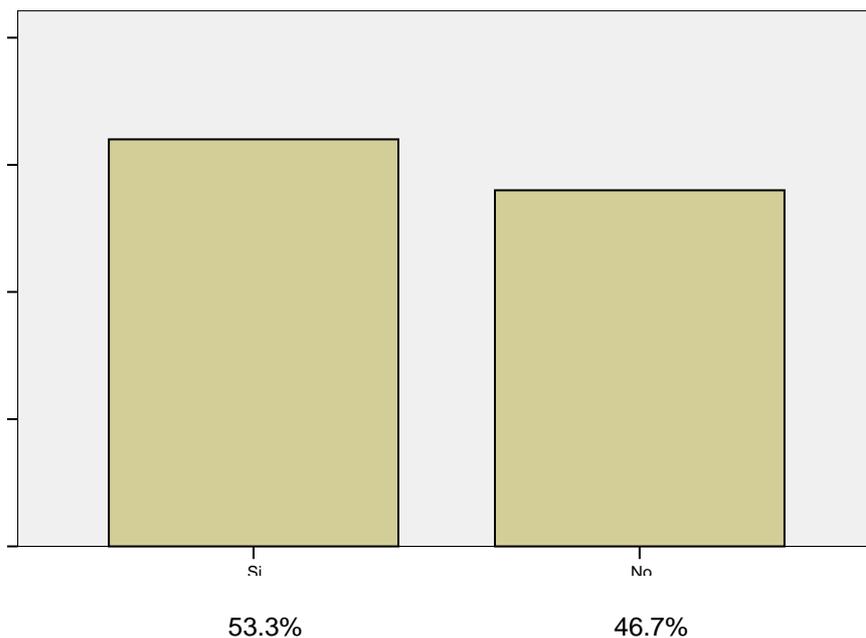
La mitad de las personas entrevistadas manifiestan varios ingresos hospitalarios, reflejando la presencia de limitantes en el entorno biopsicosocial en el que se desarrollan impidiendo el adecuado tratamiento por lo que es importante la intervención del profesional de trabajo social quien coadyuve orientando al respecto.

**XIX. DIETA ALIMENTICIA**

**GRÁFICA No. 32**

**PACIENTES CON PADECIMIENTO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA  
SEGÚN SU DIETA ALIMENTICIA**

**¿2 Esta dispuesto a modificar sus habitos alienticios acostumbrados**



Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica (I. R. C.) en el H. G. Z. M. F. No. 1

Éste aspecto refleja, la resistencia al cambio, ya que sus hábitos y costumbres son difícilmente modificables, lo cual se refleja en los porcentajes semejantes.

## CONCLUSIONES

La profesión de Trabajo Social, ha expresado histórica y afirmativamente una atención hacia los intereses de las personas y en su intervención como acción dirigida a inducir un cambio, se han utilizado los métodos de trabajo directo con el individuo, el grupo y la comunidad.

El valor óptimo que rige la práctica de Trabajo Social, es estimar que cada individuo debe tener la oportunidad de ejecutar su potencial, de vivir una vida personalmente satisfactoria y socialmente deseable, en donde nuestro fin será el mejorar el funcionamiento objetivo y subjetivo, entre el individuo y su ambiente.

Las personas con presencia de limitaciones físicas o enfermedades crónicas, como en el caso de la Insuficiencia Renal Crónica, son vistas como renuentes e indisciplinadas al cambio, sin embargo al irse relacionando con las realidades de éste grupo, muchas visiones negativas van desapareciendo y para los cuales una intervención profesional es efectiva, ya que se presentan situaciones como: la salida de los hijos del hogar, la pérdida de amigos, el retiro de la vida productiva ; lo que trae consigo limitaciones económicas, y la pérdida en el hogar de jerarquía, provocando cambios que afectan la independencia, auto imagen, confianza y sentido de auto respeto del individuo y es aquí en donde el Trabajador Social demandará atenderlo en toda su complejidad, según su interacción con su ambiente, principalmente en sus transacciones y el medio, ya que el objetivo es capacitarlo para mejorar su funcionamiento social, intentando encontrar un balance entre las demandas del ambiente social y los esfuerzos de ajuste de la persona mediante el trabajo individual y/o en grupo, ya sea directa o colaborativamente.

Y es solo dentro de una relación de apoyo, que las personas con padecimiento crónico como en el caso de la Insuficiencia Renal Crónica, serán capaces de

sentirse compensados por las pérdidas, adaptándole a su ambiente y fortaleciendo o restaurando las áreas de funcionamiento que han sido afectadas.

El no encontrar una buena relación de apoyo en la familia puede llevar a la persona a explotar su enfermedad, utilizando los síntomas en los que puede aparentar una lucha hostil y resentida ya que muchas personas pueden sentirse defraudadas por su pérdida de autosuficiencia e inconscientemente culparse por su padecimiento, ya que el ambiente donde se desenvuelve el individuo, puede estar lleno de privaciones que van desde la carencia de un techo, hasta el poco acceso al sistema de servicios.

Todos los conocimientos y destrezas que los Trabajadores Sociales han adquirido en su preparación profesional y en especial los principios que guían su acción, se aplican con personas con éstas problemáticas, en donde la acción puede ir dirigida al individuo, su familia y/o comunidad.

Por lo que la intervención con estos pacientes y su familia, puede estar orientada, hacia la prevención y establecerse en tres niveles: primario, secundario y terciario.

- La prevención primaria encaminada a llevar acciones a detener o prevenir el daño, de tal forma que le reste efectividad.

- La intervención secundaria, dirigida al manejo de la situación problema que ya existe.

- Y la intervención terciaria, dirigida a disminuir los efectos de una condición incapacitante, ayudando al individuo a recuperar su nivel de funcionamiento.

Aceptando que la familia es un componente esencial, a pesar de sus formas y funciones cambiantes, ésta sigue siendo un punto de referencia crucial para la mayoría de los pacientes con padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica, ya que es la principal fuente de guía emocional necesaria, comprobándose de que la familia sostiene el peso mayor en la prestación de cuidados al paciente y reduce la posibilidad de constantes ingresos hospitalarios por infecciones atribuibles al paciente por un inadecuado manejo del tratamiento indicado.

# **A N E X O S**



**IV.- SITUACIÓN SOCIAL**

13- EXISTE CONTACTO FAMILIAR:	1- SÍ	2- NO
14- NÚMERO DE AMIGOS:		
1- MÁS QUE ANTES	2- IGUAL QUE ANTES	3- MENOS QUE ANTES
15 - SE SIENTE ABANDONADO, ANSIOSO O TENSO, AUNQUE ESTÉ RODEADO DE SU FAMILIA:		
1- MÁS QUE ANTES	2- IGUAL QUE ANTES	3- MENOS QUE ANTES
16 - SU TRATAMIENTO IMPIDE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE SU FAMILIA:		
1- MÁS QUE ANTES	2- IGUAL QUE ANTES	3- MENOS QUE ANTES

**V.- AUTOCUIDADO Y SALUD.**

17.- COMO ES SU HIGIENE PERSONAL:
1 ASEO Y CUIDADOS PERSONALES BUENOS, MANTIENE SU HIGIENE PERSONAL DE FORMA AUTÓNOMA Y CORRECTA ADECUADA AL CONTEXTO.
2 ASEADO AUNQUE CON OSCILACIONES VARIABLES, CON PERÍODOS BREVES DE DESATENCIÓN.
3 EVIDENTEMENTE DESASEADO Y DESCUIDADO O BIEN MANTIENE SU ASEO PERSONAL BAJO SUPERVISIÓN.
4 ASPECTO DESASEADO QUE DESPIERTA RECHAZO EN LA MAYORÍA QUE LO RODEA.

**VI.- MANEJO DEL ENTORNO.**

18.- COMO ES EL CUIDADO Y MANEJO DEL ENTORNO:
1- ADECUADO MANEJO Y ORGANIZACIÓN DEL ENTORNO, ACORDE CON EL CONTEXTO, REALIZANDO TAREAS DE LA CASA QUE SE ESPERÁN DEL PACIENTE.
2- INSUFICIENTE MANEJO DEL ENTORNO, QUE LO LLEVA ACABO CON AYUDA, MUY DISMINUIDO, CON CIERTA DIFICULTAD Y NO REALIZA LAS TAREAS DE LA CASA A NO SER QUE SE LE INSISTA.
3- GRAVE DESORGANIZACIÓN DEL ENTORNO E INCAPACIDAD PARA MANEJARLO, DESATIENDE TOTALMENTE EL ASEO DEL LUGAR DONDE VIVE.

**VII.- HIGIENE EN SALUD**

19.- COMO SON SUS HÁBITOS DE VIDA:
1- HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES CON ADECUADO CUIDADO DE SU SALUD.
2- HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES CON OSCILACIONES CON ASPECTOS DESATENDIDOS.
3- HÁBITOS DE VIDA NO SALUDABLES EN SU MAYOR PARTE, CUANDO ESTA ENFERMO.
4- NO ACUDE A SU MEDICO Y LAS MEDIDAS QUE TOMA, SON INCORRECTAS.

**VIII.- MANEJO DE LA MEDICACIÓN.**

20.- EXISTE CUMPLIMIENTO A LAS INDICACIONES MEDICAS Y A LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO INDICADO:
1- CONOCE ADECUADAMENTE SU TRATAMIENTO Y LO REALIZA DE LA MANERA INDICADA.
2- CONOCE SU TRATAMIENTO, Y LO LLEVA ACABO CON APOYO.
3- NO CONOCE SU MEDICACIÓN Y LO ADMINISTRA CON APOYO
4- NO SE TOMA LA MEDICACIÓN.

**VIX.- AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL.**

21.- EXISTE BUEN MANEJO PARA ENFRENTAR SITUACIONES DE ESTRÉS Y TENSIÓN SIN PRESENTAR CONDUCTAS AGRESIVAS, DESTRUCTIVAS:

1. MANEJO SOCIAL ADECUADO, CAPACIDAD ACEPTABLE PARA AFRONTAR SITUACIONES NATURALES DE ESTRÉS Y TENSIÓN Y/O POBRE UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE, NO EXISTEN CONDUCTAS AGRESIVAS.
2. MANEJO SOCIAL VARIABLE, DETERIORO EN SU CAPACIDAD DE AFRONTAR SITUACIONES DE ESTRÉS Y/O POBRE UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE, NO EXISTE CONDUCTA AGRESIVA.
3. INADECUADO MANEJO SOCIAL, DEFICIENTE MANEJO DE TENSIONES Y DEFICIENTE UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE, EXISTE CONDUCTA AGRESIVA Y DESTRUCTIVA.
4. MANEJO SOCIAL INEXISTENTE, DISCAPACIDAD SOCIO-AMBIENTAL TOTAL.

**X.- RELACIONES INTERPERSONALES.**

22.- CUENTA CON CAPACIDAD PARA MANTENER RELACIONES INTERPERSONALES SIGNIFICATIVAS:

1. LEVE DÉFICIT EN SUS RELACIONES, POBREZA DE RELACIONES AFECTIVAS Y RECREATIVAS, TIENE POCOS AMIGOS CON LOS QUE SALE REGULARMENTE, ÉSTOS AMIGOS SE HAN MANTENIDO DE FORMA MÁS O MENOS ESTABLE.
2. DÉFICIT MODERADO. ESCASA RELACIÓN AFECTIVA AUNQUE SÍ EXISTEN CÍRCULOS RECREATIVOS POBRES.
3. RELACIONES MUY DISMINUIDAS, CÍRCULOS DE RELACIÓN POBRES Y ALTERADOS.
4. RELACIONES TOTALMENTE AUSENTES.

**XI.- FAMILIA**

23.- GRADO DE COBERTURA AL PACIENTE POR PARTE DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR:

1. APOYO FAMILIAR POSITIVO Y ADECUADO AL CONTEXTO Y EDAD.
2. APOYO FAMILIAR INADECUADO AL CONTEXTO Y A LA EDAD.
3. DISTANCIAMIENTO FAMILIAR Y ESCASO APOYO, CON HOSTILIDAD OCASIONAL.
4. NULA COBERTURA FAMILIAR. AISLAMIENTO Y ABANDONO

**XII.- TRABAJO**

24.- SU RELACIÓN LABORAL SE ENCUENTRA INMERSA EN EL CIRCUITO NORMALIZADO CON SUS RESPECTIVAS PRESTACIONES:

1. EXISTENCIA DE UN TRABAJO FIJO O TEMPORAL REMUNERADO.
2. LIGERO DETERIORO LABORAL.
3. INCAPACIDAD PROVISIONAL O PERMANENTE. ( PUEDE TRABAJAR EN OTRO TRABAJO).
4. INCAPACIDAD LABORAL. ABSOLUTA PARA CUALQUIER TIPO DE TRABAJO.

**XIII.- AUTONOMIA ECONOMICA.**

25.- EXISTE UN NIVEL DE INDEPENDENCIA ECONÓMICA EN EL MANEJO Y OBTENCIÓN DE SU PROPIO DINERO:

1. BUEN NIVEL DE INDEPENDENCIA. TIENE RENUMERACIÓN ECONÓMICA PERSONAL QUE LE PERMITE SATISFACER SUS NECESIDADES BÁSICAS.
2. NIVEL DE AUTONOMIA VARIABLE, REQUIERE DE AYUDA PARA COMPLETAR SUS INGRESOS.
3. NIVEL DE AUTONOMIA DISMINUIDO, NO TIENE AUTONOMÍA PARA SATISFACER SUS NECESIDADES BÁSICAS, AUNQUE SÍ PARA PEQUEÑOS GASTOS.

**XIV.- AUTONOMIA DE GESTIÓN.**

26.- EXISTE CAPACIDAD DE AUTONOMIA EN EL MANEJO DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:

1. TRAMITA EL MISMO TODOS SUS PAPELES.
2. REQUIERE DE AYUDA EN LA TRAMITACIÓN DE TRÁMITES BUROCRATICOS COMPLEJOS.
3. REQUIERE AYUDA EN LA TRAMITACIÓN DE TRÁMITES BUROCRATICOS SIMPLES.
4. NO SABE REALIZAR NINGUN TIPO DE TRÁMITE.

**XV.- TRATAMIENTO**

27.- CUAL ES LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO INDICADO:

1. ADECUADA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.
2. RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO. CON OSCILACIONES TEMPORALES.
3. DEFICIENTE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.
4. MALA O NULA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

**XVI.- RESPONSABILIDAD ANTE EL TRATAMIENTO.**

28.- CUÁL ES LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO INDICADO:

1. ADECUADA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.
2. RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO. CON OSCILACIONES TEMPORALES.
3. DEFICIENTE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.
4. MALA O NULA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

**XVII.- CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD.**

29.- CUÁL ES LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO INDICADO:

1. ADECUADA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.
2. RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO. CON OSCILACIONES TEMPORALES.
3. DEFICIENTE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.
4. MALA O NULA RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

**XVIII.- AÑOS DE EVOLUCIÓN**

30.-QUE TIEMPO A TRANSCURRIDO DESDE EL CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

1. ENTRE 2 Y 4 AÑOS
2. ENTRE 4 Y 6 AÑOS
3. ENTRE 6 Y 10 AÑOS.
4. MÁS DE 10 AÑOS.

**XVIII.- NÚMERO DE INGRESOS HOSPITALARIOS**

31.- CUANTAS VECES HA INGRESADO AL HOSPITAL DESDE EL INICIO DE SU PADECIMIENTO:

1. NO HAY EXISTENCIA DE INGRESOS-
2. VARIOS INGRESOS BREVES.
3. VARIOS INGRESOS DE MEDIA INSTANCIA
4. INGRESOS DE LARGA INSTANCIA O MÚLTIPLES INGRESOS DE MEDIA INSTANCIA.

**XIX- DIETA ALIMENTICIA**

32- ESTARÁ DISPUESTO A MODIFICAR SUS HÁBITOS ALIMENTICIOS ACOSTUMBRADOS:

1- SI

2- NO

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

OCTUBRE 2005.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

NOTA DE TRABAJO SOCIAL MEDICO

MF-4-30-54/2000

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL										AGREGADO	
NOMBRE DEL PACIENTE											
PACIENTE				MUTUO				TERCEROS			
CURP											
UNIDAD DE ADSCRIPCION											
No. CONSULTORIO						TURNO					

EDAD ( ) SEXO MASCULINO ( ) FEMENINO ( )

REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES DE T.S. Y SEGUIMIENTO	FECHA Y HORA	
		NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL



ESTUDIO MEDICO SOCIAL

CONDICIONES DEL HOGAR


DATOS COMPLEMENTARIOS


DIAGNOSTICO MEDICO SOCIAL

Del paciente:


De la familia:


PLAN SOCIAL


RECOMENDACIONES HECHAS EN LA VISITA




MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE CUBA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

## BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN KINDEY FUND,(1991): Enfermedades del riñón: Guía para el Paciente y su Familia. Pag.7, 18
- ANDA GUTIERREZ, Cuauhtémoc, (1985): Introducción a las Ciencias Sociales, México, Limusa.
- ANDER, Ezequiel, (1999): Introducción a las técnicas de investigación social, Editorial Humanitas, Buenos Aires.
- ANDER-EGG, Ezequiel, (1988): Diccionario del trabajo social, Edit. Ateneo, México.
- ARECHABALA MANTULIZ, María, (2000): Apoyo Social percibido por un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crónico, Chile.
- BANK, Norman, (2992): Sobrellevar la Insuficiencia Renal, Kindey Urology Foundation of America.
- BAXTER-MÉXICO (1997) Manual de capacitación para el paciente en Diálisis Peritoneal.
- BUENDIA, José, (1999): Familia y Psicología de la Salud, Edit. Pirámide, Madrid.
- BUENDÍA, José, (1999): Familia y Psicología de la Salud, Edit. Pirámide, Madrid.
- CANGULLHEM, Georges, (1966): Le Normal el le patohologique, Paris; Lecourt, (versión en español: lo normal y patológico, México siglo XXI, 1986).
- CASAS. TORRES, Graciela, (1981): "Propuesta de un curso Monográfico para Licenciados en Trabajo Social", Tesis para obtener Título de Licenciado en Trabajo Social. ENTS-UNAM. Pág. 15
- CIE-10, (1992), Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, Madrid, Neditor.
- Definición de la Organización Mundial de la Salud
- DURKHEIM, Emile ( 1976): Las reglas del método sociológico, Buenos Aires la pléyade, Pág. 72-73.
- G. J. MAC Gregor, (1999); Insuficiencia Renal Crónica. Actualizaciones en Medicina Interna de la revista de la Asociación de Medicina Interna en México.
- GOMEZ, Maria, SABEH, Eliana, (1999): Calidad de Vida, Universidad de Concepción, (1985): Hacia un Nuevo Siglo. Pág. 10

- GUTIÉRREZ ARAGÓN, Raquel, (2000): Ciencias Sociales y Económicas en la vida cotidiana hacia el nuevo siglo, México, Edit. Porrúa.
- <http://www.tusalud.com.mx/120503htem>
- I.M.S.S A tu salud ( 2005) Número 11, Pág. 38.
- IBN, Juntos por la Familia, ( 200):Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con un enfermo Crónico. México, Pag. 55
- IMSS, (2004): Programa para la detección y tratamiento temprano del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, México.
- J. A. Wltitworth, ( 1987 ): Enfermedades Renales, México. Edit. Manual Moderno. <sup>28</sup> NATHAN, W, Ackerman,(1994): Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares, Argentina. Pág.35.
- JINICH, Horacio ( 1988) Tratado de medicina interna, México, Pág. 532
- LUQUE PARRA, Diego, (1998): Trastorno Crónico, Elementos para una intervención.
- MACIAS LOZANO, Diana (1994): Disfunción Familiar y Enfermedad Crónica, México.
- MARTINEZ NAVARRO, F. J. M. Antó (1998): Salud Pública, MC GRAW HILL INTERAMERICANA DE ESPAÑA
- MÉNDEZ RAMÍREZ, Ignacio, (1987): El protocolo de investigación, Edit. Trillas, México.
- MITCHELL,(1992) citado en FEDEAFES. Pág. 24
- NAVARRO GÓNGORA, José, (1995): Avances de la familia sistemática, Edit. Paidós, Barcelona, pág. 300.
- Organización Mundial de la Salud (1994).
- PADÚA, Jorge, (1996): Técnicas de la investigación aplicadas a las ciencias sociales, Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- PAPPER, S. M. Insuficiencia Renal Crónica, Nefrología Clínica, Salvat.
- Programa para la detección y tratamiento temprano del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, (1998): IMSS, Pág 7
- Revista Trabajo Social, (2003): Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Trabajo Social, México. Pág. 14
- ROJAS SORIANO, Raúl, (1986): El proceso de la investigación científica, Editorial Trillas, México.

- ❑ ROLLAND, J. S., (1987): Chronic Illness and the life cycle: A conceptual framework family process, Pág. 26
- ❑ SAN MARTÍN, Hernán, (1992): Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas; salud y enfermedad. Pág. 345
- ❑ SANCHEZ ROSADO, Manuel, (1983): Elementos de Salud Pública, Pág. 4
- ❑ SATIR, Virginia,(1998):Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo Familiar. Pax-México
- ❑ SOBERON ACEVEDO, Guillermo, (1986-1988): La protección de la Salud en México.
- ❑ SONTAG, Susan, (1996): El SIDA y sus metáforas (Aids and its mephaphors 1998), Madrid Taurus.
- ❑ TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R., (1987): Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Edit. Paidos, Barcelona.
- ❑ VEGA BECERRA, Yolanda,(2002): Guía de Apoyo Técnico para Trabajo Social, IMSS, Pág. 10.
- ❑ WALL MC, Esteban, (1982): La familia, México, Pág. 3-11.