

2005

Pacientes en tratamiento de hemodiálisis: un estudio desde la perspectiva de la resiliencia

Ambrústolo, Mariana

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/578>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CS. DE LA SALUD Y EL SERVICIO SOCIAL
LIC. EN SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO:

DIRECTORA: Magíster Amelia Dell' Anno.

CODIRECTORA: Lic. Cristina Álvarez.

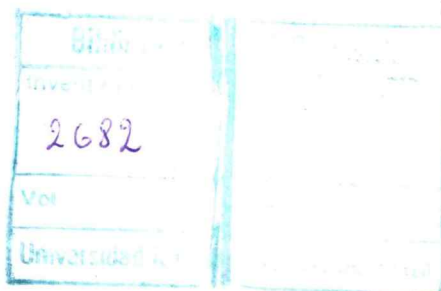
ALUMNAS: Mariana Ambrústolo.

Gisela Ylz.

MATRICULAS: 5306/99

5350/99

AÑO: 2005



TEMA:

**“PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS: UN ESTUDIO
DESDE LA PERSPECTIVA DE LA RESILIENCIA”.**

INDICE:

Página:

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	5
METODOLOGÍA.....	8
MARCO TEÓRICO	
-Concepción de Salud- Enfermedad.....	14
-Intervención del Trabajo Social con Pacientes en Hemodiálisis.....	17
-Trabajo en Equipo.....	19
-Resiliencia.....	23
-Características de la Problemática. Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y Perfil del Paciente.....	31
ENCUADRE INSTITUCIONAL	
-Hospital Privado de Comunidad.....	48
-Organización y Funcionamiento del Servicio Social.....	53
-Descripción del Servicio de Unidad Renal.....	58
ENTREVISTAS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	62
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	120
BIBLIOGRAFIA.....	132

Introducción:

En la actualidad se presentan diferentes investigaciones que dan cuenta sobre la capacidad de todo ser humano para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido por experiencias de adversidad. Estas experiencias pueden estar causadas por pobreza, exclusión, desigualdad, abuso, enfermedad, etc. A pesar de estas situaciones de riesgo a las que están expuestos, muchos seres humanos logran sobreponerse a las adversidades y construirse como personas la posibilidad de un futuro. Esto es lo que se conoce como “resiliencia”.

El siguiente trabajo intenta describir e indagar dichas capacidades en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

La intervención esta orientada por las premisas del paradigma interpretativo, el cual postula la necesidad de comprender el motivo de la acción social dentro del contexto en el que surge y desde la perspectiva de los propios participantes.

El proceso de una enfermedad crónica conlleva para el paciente un sentimiento de pérdida que afecta el área personal, familiar y social del individuo dando lugar a nuevas necesidades de tipo psicosocial que no se resuelven únicamente con el trabajo médico, haciendo prioritario un abordaje desde otras disciplinas como el trabajo social.

Este paradigma entiende que los hechos sociales no se pueden comprender desde afuera y por lo tanto exige la inserción del trabajador social en el terreno y a través de la experiencia comunicativa poder conocer como piensan, actúan y porque actúan de esa forma los participantes. (Vasilachis.1992).

El profesional apunta a que el paciente y sus allegados encuentren alternativas de solución a problemas y preocupaciones que se plantean en estos ámbitos, promoviendo y facilitando el uso de los recursos propios y de la comunidad. Implica la búsqueda del desarrollo de facultades como la responsabilidad, la participación y la toma de decisión, con la finalidad de que el sujeto alcance el máximo grado de adaptación y autonomía, aumentando su bienestar y el de su familia

El propósito es llevar a cabo acciones que promuevan la resiliencia en el plano individual y grupal mediante el reforzamiento de los factores protectores en el desarrollo, estimulando comportamientos de adecuado afrontamiento de su situación en las personas, sus familias y la comunidad.

Se rescata la posibilidad de realizar esta experiencia con una problemática de irrupción brusca, desestructurante del medio familiar – social como es el tratamiento de hemodiálisis, ya que la atención de los emergentes que el mismo plantea, requiere de la generación perentoria de soporte socio- familiar. Así mismo se valora la oportunidad de efectuarla en el marco de una institución de alta complejidad y con abordaje interdisciplinario que considera el eje médico y social simultáneamente, siendo dicha institución el Hospital Privado de Comunidad.

Este estudio se ha estructurado en siete partes y un anexo: Introducción, Objetivos, Metodología, Marco teórico referencial, encuadre institucional, trabajo de campo, Conclusiones y Propuestas, Bibliografía.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo General:

Aproximarse al conocimiento de los factores que favorecen u obstaculizan respuestas resilientes en los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis y elaborar algunas orientaciones posibles como aporte del Servicio Social a la labor del equipo interdisciplinario.

Objetivos Específicos:

- Conocer la dinámica institucional del Servicio de Unidad Renal con respecto a la relación paciente- equipo de salud.
- Conocer datos relevantes de la historia personal de los pacientes que favorezcan u obstaculicen respuestas resilientes ante su problemática.
- Indagar sobre la integración social previa al tratamiento de hemodiálisis y a cerca de algunos aspectos de su actual vida cotidiana individual y familiar.
- Aportar propuestas alternativas de trabajo tendientes a la promoción de la resiliencia en la población estudiada.

Hipótesis Preliminares:

- Los antecedentes y situación individual- familiar inciden en la existencia de factores protectores en la persona.
- Pacientes con un entorno social continente desarrollan una mayor fortaleza ante su problemática.

- La edad en la que emerge la enfermedad incide en la forma en que la persona transita la misma.
- La calidad de atención del Servicio de Hemodiálisis referida a la relación paciente- equipo de salud, condiciona la respuesta adaptativa al tratamiento.

METODOLOGIA

El estudio a realizar es de tipo Cualitativo: “La postura metodológica de esta concepción es la del examen directo del mundo empírico social entendiendo que tal estudio permitiría al especialista satisfacer todos los requisitos básicos de la ciencia empírica. Enfrentarse a un mundo susceptible de observación y análisis, suscitar problemas con respecto al mismo, reunir los datos necesarios a través de un examen detenido y disciplinado, descubrir relaciones entre las respectivas categorías de los datos, formular proposiciones respecto de esas relaciones, incorporarlas a un sistema teórico y verificar problemas, datos, relaciones, proposiciones y teorías por medio de un nuevo examen del mundo empírico”. (Vasilachis. 1992. Pág. 58)¹.

El objetivo de estudio es el proceso social y su dimensión histórico dinámica y no solamente su configuración formal y estructural. El propósito es descifrar el significado de la conducta, incluyendo la explicación tanto de lo aparente como de lo no tan aparente.

Según la opinión de las autoras Pineda, Alvarado y Canales la clasificación expuesta a continuación es la más relevante para el estudio a realizar. (Pineda, E. de Alvarado, E. de Canales, F. 1994. Pág. 81)².

Según el período y secuencia del estudio; el mismo es transversal, ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Según el análisis y alcance de los resultados, el estudio es exploratorio y descriptivo.

¹ Vasilachis hace referencia a las características de los métodos cualitativos

² Pineda, E. de Alvarado, E. de Canales, F. Hacen referencia a la clasificación de tipos de investigación.

Exploratorio porque busca indagar aspectos poco conocidos de la situación y abrir nuevas perspectivas de análisis. Es descriptivo porque trata de conocer las características de la situación de los pacientes renales.

El trabajo a realizar es una investigación en un área específica.

Las hipótesis ante mencionadas orientan la búsqueda de un sentido para la situación a describir pero no remiten en este caso a un diseño explicativo-analítico.

Como paso inicial se efectuarán entrevistas con informantes claves, con el objetivo de realizar una primera aproximación al tema y de enriquecer las dimensiones de análisis previstas. Entre estos informantes se incluirán profesionales del servicio.

Para realizar esta investigación se comenzará utilizando los datos recabados, por los profesionales de Servicio Social del Servicio de Unidad Renal; en el momento en que cada paciente ingresa al servicio. La técnica utilizada es una entrevista en profundidad. A través de estas se indaga sobre: datos personales, grupo familiar conviviente- no conviviente, aspectos habitacionales, económicos, entre otros.

Se indagan también aspectos que tienen relación con la historia de vida sin utilizar la técnica específicamente. Al realizar preguntas abiertas surge de los entrevistados el relato espontáneo de vivencias personales.

UNIVERSO:

Población de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, que asisten a tratamiento de hemodiálisis, en el Servicio de Unidad Renal del Hospital

Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, con una antigüedad mínima de un año a diciembre de 2004.

UNIDADES DE ANÁLISIS:

- Servicio de hemodiálisis del HPC (informantes: profesionales y técnicos del servicio)
- Pacientes que concurren a tratamiento de hemodiálisis en el servicio de Unidad Renal del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

MUESTRA:

Se seleccionará una muestra intencional de pacientes con una antigüedad mínima de un año de tratamiento incluido en el universo que cubran diferentes situaciones existenciales:

- Género: femenino / masculino
- Pacientes menores de 50 años
- Pacientes de 51 a 65 años
- Pacientes mayores de 65 años
- Pacientes con necesidades básicas insatisfechas
- Pacientes con necesidades básicas cubiertas
- Pacientes que conviven con su grupo familiar
- Pacientes que viven solos
- Pacientes institucionalizados en hogares y/o geriátricos

- Pacientes que deambulan por sus propios medios
- Pacientes con movilidad limitada

Se tratará de integrar una muestra que abarque la totalidad de esta situación en forma aislada y/o combinada, estimándose un mínimo de diez casos. La muestra podrá ampliarse a un mayor número de casos al emplear un criterio de saturación teórica, en el sentido de la búsqueda de situaciones diversas al interior de dicha muestra.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Análisis documental: Esta técnica hace posible la obtención de una serie de datos que son directamente observables, a través de la lectura de informes, documentos, etc.
- Observación: “Desde el punto de vista de la investigación, es considerada como uno de los procedimientos para la recogida de datos, la observación consiste en utilizar los propios sentidos del investigador para observar los hechos y realidades sociales presentes, y a la gente en el contexto real en donde desarrollan normalmente sus actividades”. (Ander- Egg, E. 1995. pág. 208)³.
- Entrevista: “Es un proceso comunicativo por el cuál un investigador extrae información de una persona “el informante”. Es una comunicación con un

³ Ander- Egg hace referencia al concepto de observación.

propósito". (Alonso en Delgado y Gutiérrez.1998). Sirve para adquirir información a través de los relatos verbales.

- Entrevista en profundidad: "Por entrevista cualitativa en profundidad se entiende reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Este tipo de entrevista son flexibles, dinámicas y abiertas. Permiten conocer a la gente lo bastante bien como para comprender lo que quiere decir, y crean una atmósfera en la cual es probable que se exprese libremente". (Taylor y Bogdan.1990).

Se adopta esta modalidad en relación a los objetivos propuestos en la presente investigación, realizándose un solo encuentro por paciente, al considerar que es suficiente para aproximarse a los hechos que se pretenden conocer.

MARCO TEORICO

CONCEPCIÓN DE SALUD- ENFERMEDAD

De acuerdo a la época y a la cultura predominante de cada periodo histórico se ha conceptualizado la salud-enfermedad desde distintos lugares.

En el siglo XX se hace necesario redefinir la salud-enfermedad. En el año 1948 la OMS conceptualiza salud y enfermedad: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad"⁴.

En el año 1978 Alma Ata prioriza la atención primaria de la salud, junto con OMS Y UNICEF. Pacto san José de Costa Rica: Convención Americana de los Derechos humanos.

En el año 1986 la Carta de Ottawa fundamenta la Promoción de la salud.

El objetivo de la OMS de "Salud para todos en el año 2000"⁵ plantea la salud como "derecho humano fundamental" y una participación activa e informada de la población en el cuidado de la propia salud, reconoce la grave desigualdad en el estado de salud de la población y la brecha existente entre la salud de las poblaciones de los países desarrollados y los subdesarrollados, apela al desarrollo económico y social en el nuevo orden económico y social, establece el derecho al pueblo, el deber de participar individual y colectivamente en los procesos de prestación de salud.

A partir de este momento no es posible seguir pensando a la salud-enfermedad como algo mono causal, místico (propio de la sociedad feudal),

⁴ Redi, C. "Principales corrientes explicativas de la salud y enfermedad en la historia". Apuntes de la cátedra Medicina Preventiva de la Facultad de Cs. De la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P. 1998.

⁵ Zurro, M. Gené Badía, J. y Subias Loren, P. "Actividades preventivas y de promoción de la salud" (Cáp. 21) en "Prevención y Promoción de la Salud".

mágico (a. C) o biológico. Es decir, que se deben tener en cuenta una serie de factores como la aptitud personal, las capacidades físicas, mentales, los factores ambientales y los acontecimientos políticos, sociales y económicos.

Aspectos a considerar en la relación paciente - equipo de salud

En los espacios sociales o profesionales la modalidad de trabajo dependerá del concepto de "salud - enfermedad" que prevalezca.

Dicha concepción tendrá consecuencias directas sobre el tratamiento que se le da a la persona que acude a la institución.

En las organizaciones medicas, es posible detectar la presencia de distintos paradigmas respecto de la idea de salud (paradigma biologista, tecnocratico o totalizador) y de la relación compuesta por el binomio paciente - equipo de salud.

En lo referente a la relación paciente - equipo de salud pueden darse diferentes modelos.

En algunas organizaciones prevalece un modelo "hegemónico", caracterizado por una verticalidad en las decisiones.

En este modelo los profesionales sostienen una relación asimétrica con el paciente, manteniendo así el monopolio de la información. Aquí los pacientes son consideradas como agentes pasivos que acceden al sistema sanitario para lograr un tratamiento de sus dolencias.

En otros casos, los profesionales perfilan su papel organizándose y desarrollando sus normas deontológicas a las que dan un valor de "imperativo

ético". La asimetría de la información se ve parcialmente compensada por el derecho de las personas, cuyo papel es más activo.

El otro modelo llamado "integrador" se caracteriza por la horizontalidad en las decisiones, considera que los profesionales conjugan criterios integradores manteniendo una relación simétrica con el paciente y el equipo de salud.

Desde este abordaje el sujeto exigirá relaciones más satisfactorias y a cambio deberá asumir su propia responsabilidad en su nivel de salud y en los medios necesarios para mantenerlo.

La relación simétrica facilita el ejercicio del derecho a la información y el conocimiento que debe adquirir para construir su propia salud, es considerado sujeto activo, por lo tanto se le asigna el lugar de sujeto pensante.

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

El Trabajador Social de Unidad Renal se encuentra frente a una situación concreta:

- La enfermedad concreta.
- La posibilidad que sea terminal.
- La indefensión del paciente frente a su problemática vital.

El trabajador social debe acompañar al paciente renal crónico en su proceso de aprendizaje de situaciones alternativas de vida. La influencia del accionar profesional contribuirá a dar precisión, planeamiento y efectividad a la orientación, organización y movilización que el paciente realice.

No se establece una relación lineal de poder, sino un proceso dialéctico en que ambos, profesional y paciente redescubren y revitalizan alternativas de sobrevivencia dignas.

Ambos se asumen como sujetos cognoscentes frente al desafío de la realidad.

Esta realidad involucra el esfuerzo profesional hacia el equipo de salud como catalizador de emergentes que, bien orientados permitan que el trabajo cotidiano sea coordinado y convergente. Que se base en una lectura crítica de la situación, que permita ver a la realidad como es- y no como debiera- único camino que conduce a la praxis y a la búsqueda.

Desde la perspectiva profesional de servicio social se considera necesario, promover una lectura crítica de la situación que permita al paciente la búsqueda de una verdadera alternativa de vida. Ello supone aceptar los aspectos que trae

consigo la enfermedad: miedo, vergüenza, inutilidad, disminución física, resentimiento, resquebrajamiento de los vínculos por la presencia permanente de la enfermedad y la muerte, esta última como presencia tácita que oscurece el futuro.

Y al decir paciente, involucra a la familia que debe reconocerse también inmersa en un nuevo aprendizaje que le permita elegir alternativas de vida, no por diferentes menos dignas.

En el área de Unidad Renal es función del Trabajador Social contribuir al tratamiento integral del paciente, orientándolo a resolver situaciones problemas que interfieren o se originan en su tratamiento, ya que perturban al paciente y a su familia. Desde el servicio social se trata a través de una acción educativa y orientadora, con el paciente y su familia de aliviar esta influencia negativa de los problemas sociales, logrando una mejor adaptación al tratamiento y facilitando su reinserción social en la medida de las posibilidades.

Resulta fundamental que el trabajador social intervenga desde una perspectiva que incluya: la capacidad de afronte, la estimulación de potencialidades, la consideración de la esperanza; como componentes indispensables en el desarrollo de la persona.

TRABAJO EN EQUIPO

El tener un concepto totalizador de la salud y la convicción de que el tratamiento debe prestarse en forma integrada permite una interdependencia disciplinaria; en otros casos el tener una mirada parcial limita el trabajo en equipo.

Trabajar en equipo y en forma multidisciplinaria es tema corriente en las conversaciones con los profesionales de la salud, debido a que la realidad es tan compleja que resulta incomprendible desde un enfoque particular y requiere una mirada transdisciplinaria para solucionar el complejo problema de la recuperación y el mantenimiento de la salud.

Ninguna profesión del campo médico posee todos los conocimientos para solucionar problemas que requieren técnicas o procedimientos pertenecientes a distintas disciplinas, las que deben ser aportadas por el médico, la enfermera, el trabajador social, el psicólogo y otros profesionales.

Fundamentalmente el tratamiento debería ser integral y es muy importante que para un efectivo trabajo en equipo cada profesional respete la función específica de cada uno de los otros.

El pensamiento integrador del equipo se mantiene si cada miembro posee la flexibilidad necesaria para condicionar sus conclusiones frente al aporte de las otras disciplinas.

Rubén Narváez⁶ plantea diferentes estilos de trabajo:

⁶ Narváez, R. "Trabajo en Equipo: Interdependencia Disciplinaria". Apunte de la cátedra Medicina Preventiva. Facultad de Cs. De la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.

⇒ ***Profesional o Investigador aislado***

Trabaja de manera individual y puede estar dentro de la pirámide jerárquica con atributos de rango y jurisdicción. El investigador solitario y ensimismado indaga en su parcela científica, y al "relacionado", con fluidos contactos académicos, pero que mantiene su independencia inefable.

⇒ ***Profesional o investigador y "su grupo"***

En esta clase hay un líder que subordina a los miembros del grupo a los que asigna tareas. El objetivo de las actividades pertenece al líder, quedando los miembros del grupo dependientes de él sin alcanzar los niveles de decisión.

Se trata de profesionales que pertenecen generalmente a un área científica, y las diferencias epistemológicas son de matices, sub. especialidades.

Como por ejemplo en medicina, el profesor que hace "escuela" o que "dirige" en un campo definido a otros médicos.

⇒ ***Equipo intra disciplinario***

En este caso el equipo está integrado por profesionales del mismo campo científico o por especialidades que se consideran afines al área dominante.

El liderazgo también aquí es indiscutido, y en el objetivo de trabajo convergen con énfasis las tareas de cada uno de los miembros del grupo. Pero en este equipo se reconocen las especialidades, lo que distribuye la responsabilidad y otorga cierto grado de decisión no ejecutiva. Como por ejemplo el cirujano que actúa con su equipo.

⇒ **Equipo multidisciplinario**

Se trata de un grupo integrado por profesionales de distintas disciplinas.

Generalmente las interacciones que se juegan en él están determinadas por el objetivo de trabajo, y un liderazgo - coordinación reconocido como función ineludible.

Donde encontramos la mayor caracterización de este grupo, lo que diferencia de otros tipos, es en la flexibilidad de los límites de las distintas disciplinas o campos que se conjugan, en los objetivos perseguidos y en la carencia de decisiones que pudieran fundamentarse en las leyes de un solo campo científico.

Hay diversos participantes que logran accionar con una dinámica que privilegia una finalidad u objetivo, desechando la rigidez de los procedimientos propios de cada ciencia y aportando diversos ángulos de interpretación para obtener un resultado que presente la contribución indiscriminada de todos.

No obstante, generalmente tales logros aparecen enmarcados dentro de un área científica que cubre las demás disciplinas participantes.

⇒ **Equipo interdisciplinario**

Esta forma de trabajo en equipo se realiza con un grupo de profesionales que, perteneciendo a diversas disciplinas, se reúnen para obtener un objetivo y resultado común, pero manteniendo campos científicos con fronteras bien perfiladas y de acuerdo con ello, aportando una cuota de determinación que debe respetarse como regla de interdependencia disciplinaria.

Aunque por razones legales se instituye un director o jefe, si se trata de un equipo de esta clase, el rol del líder es alternativo.

Los resultados obtenidos representan, entonces, aportes de las diferentes ciencias y son consecuencia de una integración que consideró a cada una de las disciplinas con sus metodologías y conceptos instrumentales.

⇒ ***Equipo transdisciplinario***

Se trata de un grupo de profesionales que, integrados a fines y objetivos de proyectos, programas o trabajos científicos, se distinguen por la creación, conciente y/o inconsciente, de metodología que, en lo operativo, plantean la metadisciplinariedad.

La cooperación de los diversos profesionales tanto en lo formal como en los supuestos y contenidos, terminan produciendo logros que no se incluyen en los límites simples de una ciencia, como tampoco en las sumas de los campos y yuxtapuestos de las áreas participantes. Tales resultados plantean producciones transdisciplinarias que se acercan aproximadamente a la complejidad de los sectores de la realidad que estudian.

RESILIENCIA

El término resiliencia surge del ámbito de la física (de resilio: volver al estado original, recuperar la forma original) se refiere a la capacidad de los materiales de volver a su forma cuando son forzados a deformarse.

Se trata de un término adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. No se trata de invulnerabilidad, ya que no existiría un individuo con una resistencia total. (Dell'Anno, A. 2004).

La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permitan enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

Diferentes autores nos acercan definiciones sobre el concepto de resiliencia:

Edith Henderson Grotberg quien describe el término como “La capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas”.

Luthar y otros definen la resiliencia como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.

Esta definición distingue tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto:

- La noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano.

- La adaptación positiva o superación de la adversidad.
- El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.
(Melillo, A. Suárez Ojeda, E. 2003)

La resiliencia se produce en función de procesos sociales e intra psíquicos.

No se nace resiliente ni se adquiere “naturalmente” en el desarrollo: depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos, responsables de la construcción del sistema psíquico humano.

No es solo sobrevivir a pesar de todo, sino que es tener la capacidad de usar la experiencia sobre las situaciones adversas para proyectar el futuro.

Se puede pensar que los rasgos positivos descritos como “propios” de algunos individuos son favorecidos por algunas interacciones y dificultados por otras, y que por lo tanto es posible contribuir a construir las resiliencias desde los distintos grupos sociales e instituciones de la comunidad.

- Las conductas de resiliencia requieren factores de resiliencia y acciones.

En efecto, las conductas de este tipo suponen la presencia e interacción dinámica de factores, y los factores en si van cambiando en las distintas etapas de desarrollo. Las situaciones de adversidad no son estáticas, sino que cambian y requieren cambios en las conductas resilientes.

Se entiende por factores protectores a las “... Influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo”. Se refiere a las características existentes en los

diferentes ámbitos que parecen cambiar o revertir circunstancias potencialmente negativas. (Publicaciones Internet)

El magíster en Servicio Social Amelia Dell' Anno postula como factores protectores los siguientes:

- Atributos personales, como condiciones de la personalidad y capacidad de respuesta ante el riesgo; en realidad estos recursos internos del individuo no pueden determinarse como totalmente independientes del influjo que este recibe del medio social.

- Apoyos del sistema familiar; donde el individuo encuentre un sostén, donde exista una persona significativa, donde halle una respuesta afectiva a sus necesidades y pueda desarrollar un sentido de pertenencia (familia resiliente, mediadora).

- Apoyos provenientes de la comunidad, a través del contacto con una red social extra familiar, que comprende tanto el vecindario, grupos de pertenencia, colectividad, amistades, como aquellos apoyos brindados por diferentes instituciones.

Por su parte Edith Henderson Grotberg en el libro Resiliencia: Descubriendo sus propias fortalezas identifica factores resilientes organizados en cuatro categorías diferentes: "Yo tengo" (apoyo); "Yo soy" y "Yo estoy" (Atañe al desarrollo de fortalezas intra psíquicas); "Yo puedo" (remite a la adquisición de habilidades interpersonales y de resolución de conflictos).

Yo tengo:

- Personas del entorno en quienes confié y quienes me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros y problemas.
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

Yo soy:

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mi mismo y del prójimo.

Yo estoy:

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.

Yo puedo:

- Hablar sobre cosas que me asustan y me inquietan.
- Buscar la manera de resolver los problemas.

- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar alguien que me ayude cuando lo necesito.

Otro autor reconocido que se abocó a este tema fue Suárez Ojeda quien hizo hincapié en ciertos atributos considerados resilientes en las personas y los designó como “pilares de la resiliencia”:

- Introspección: Arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
- Independencia: Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
- Capacidad de relacionarse: Habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
- Iniciativa: Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- Humor: Encontrar lo cómico en la propia tragedia.
- Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- Moralidad: Consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores.
- Autoestima conciente: Base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente de la persona por parte de otra significativa.

Existe un creciente interés en considerar la resiliencia como un proceso, esto significa que esta no es una simple respuesta a una adversidad, sino que incorpora los siguientes aspectos:

- Promoción de factores resilientes
- Compromiso con el comportamiento resiliente (identificar la adversidad; seleccionar el nivel y clase de respuesta apropiada).
- Valoración de los resultados de resiliencia (aprender de la experiencia; estimar el impacto sobre otros; reconocer un incremento del sentido de bienestar y de mejoramiento de la calidad de vida).

Si bien se reconoce que hay individuos que parecen poseer naturalmente una fortaleza especial, se considera que estos atributos personales se han desarrollado bajo la influencia de apoyos proporcionados por su entorno.

Con respecto a esto, Froma Walsh observa que en las relaciones entre personas, es muy importantes que estas lleguen a:

- reconocer los problemas y limitaciones que hay que enfrentar
- comunicar abierta y claramente a cerca de ellos
- registrar los recursos personales y colectivos existentes
- organizar y reorganizar las estrategias y metodologías tantas veces como sea necesario, revisando y evaluando los logros y las pérdidas

Para esto, Walsh sostiene que es necesario que en las relaciones se produzcan las siguientes prácticas:

- actitudes demostrativas de apoyo emocional
- conversaciones en las que se compartan lógicas

- conversaciones en las que se construyan significados compartidos a cerca de los acontecimientos perjudiciales, con coherencia narrativa y con sentido dignificador para sus protagonistas.

Contextualizar la promoción de la resiliencia dentro del ciclo de vida permite tener una guía respecto de lo que se debe hacer en cada etapa del desarrollo y promover nuevos factores de resiliencia sobre la base de aquellos factores ya desarrollados en etapas anteriores.

No hay edad para ser resiliente. Todos podemos serlo en determinado momento ya sea por una situación de pérdida, fracaso o simplemente por el hecho de comprender que se tienen de sobra capacidades para luchar.

Lo que aporta el concepto de resiliencia es, una mayor comprensión y conocimiento empírico de los factores que protegen al sujeto de los efectos deletéreos de las malas condiciones del ambiente humano y social que lo rodea, y permite el diseño de métodos prácticos de promoción de dichos factores, para asegurar un desarrollo favorable.

El enfoque de la resiliencia representa un cambio de paradigma que incluye el pasaje del modelo médico tradicional, centrado en la debilidad y la enfermedad, a otra perspectiva que incluye, además, la capacidad de afronte, la estimulación de potencialidades, la consideración de la esperanza como componentes indispensables en el desarrollo de las personas.

Se habla de factores de riesgo, de factores protectores, y del pasaje del modelo de riesgo al modelo de desafío.

Todos los seres humanos tienen la posibilidad de afrontar la adversidad y aun algo más: de atravesarla y salir fortalecidos.

Para poder promover salud en la vida cotidiana de los sujetos; se debe aprender a no obsesionarse solamente en identificar los riesgos, ya que esto es una práctica que debilita estigmatiza y daña.

Alguien dijo una vez que: “Cuando se atenúan las situaciones adversas y se restablecen las necesidades humanas básicas, la resiliencia se manifiesta”.

Lo que desarrolla la capacidad resiliente de un individuo es la formación de personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad y utilidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, y esto es una tarea diaria que involucra distintos lugares sociales partiendo de la familia hacia las demás instituciones.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROBLEMÁTICA. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) Y PERFIL DEL PACIENTE RENAL.

Se considera importante poder destacar y resaltar las características de la problemática que motivan la intervención del trabajador social en una institución determinada ya que su conocimiento es un aspecto constitutivo de la configuración del perfil profesional.

En una institución de salud el trabajador social que atiende problemas renales no podrá desconocer las características relevantes que hacen a las enfermedades renales prevalentes. Resulta insoslayable el conocimiento de la problemática en relación con: la patología, el perfil del paciente renal y el apoyo social. Este conocimiento permitirá evaluar dentro de la situación social problemática los aspectos que hacen al problema precipitante motivo de intervención del trabajador social:

- Las características relevantes de las enfermedades prevalentes.
- Las conductas de auto cuidado que requiere el paciente.
- La asimilación por parte de los involucrados de la situación de enfermedad.
- El nivel de comprensión de la situación de enfermedad del paciente, por parte de este como de su entorno familiar- social.
- El impacto de esta nueva situación en la vida familiar y en el proyecto vital.
- Las expectativas proporcionadas respecto al grado de recuperación esperado.

- El conocimiento de la problemática permite al trabajador social mantener un mismo lenguaje con el equipo médico interviniente, participar de la comunidad de discurso del equipo interdisciplinario del que forma parte.

Insuficiencia Renal crónica (IRC): (D. Rodríguez y M. Praga en Nefrología Clínica.1998)

“...La función renal normal la determina el funcionamiento armónico y conjugado de la nefrona, unidad glomerulotubular donde se filtra la sangre: el ultra filtrado glomerular pasa a los tubulos y se excreta finalmente como orina, cuya composición varia da acuerdo con la dieta, el balance hidrosalino y la actividad psicofísica...”

“... La IRC se define como una pérdida irreversible del filtrado glomerular. Aunque la pérdida progresiva de la función renal puede cursar a sintomática, en general cuando el filtrado glomerular desciende aparecen las complicaciones derivadas de la anemia, alteraciones metabólicas, neurológicas y finalmente digestivas y cardiovasculares.

Cuando el filtrado glomerular desciende por debajo de 5-10ml/min. Debe iniciarse en los pacientes seleccionados el tratamiento sustitutorio de la función renal (diálisis, trasplante).

El diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica en un paciente puede ser casual (control rutinario por otro proceso) por síntomas de enfermedad renal (edemas) o motivados por los síntomas que acompañan la pérdida de la función renal, en cuyo caso el grado de insuficiencia renal es avanzado...”

Causas de la Insuficiencia Renal Crónica. (D. Rodríguez y M. Praga en Nefrología Clínica. 1998)

Según la Asociación Europea de diálisis y trasplante, las enfermedades renales que más frecuentemente evolucionan a la insuficiencia renal crónica terminal son:

- **Glomérulo nefritis: (glomerulonephritis)** Enfermedad no infecciosa del glomérulo renal que se caracteriza por proteinuria, hematuria, disminución de la producción de orina y edema. Entre los distintos tipos se encuentra la glomérulo nefritis aguda, la glomérulo nefritis crónica, y la glomérulo nefritis subaguda
- **Nefropatías: (nephropathy)** Cualquier trastorno o enfermedad del riñón incluyendo procesos inflamatorios, degenerativos y escleróticos.
- **Diabetes:** Trastorno caracterizado por la excesiva excreción de orina. El exceso puede deberse a una deficiencia de la hormona antidiurética como es el caso de la diabetes insípida o puede estar condicionada por la hiperglucemia propia de la diabetes mellitus.

Diabetes de comienzo de madurez: Diabetes mellitus que se produce en la vida adulta, por lo general después de los cincuenta años de edad.

- Nefroangiosclerosis: Afección asociada con la hipertensión arterial en la cual las arterias más pequeñas de los riñones se lesionan y aparece una insuficiencia renal que progresa rápidamente.
- Disproteinemias: Descripción del proceso normal de la síntesis proteica. Anomalías que pueden generarse con relación a un cuadro patológico. Déficit total o parcial de proteínas séricas. Aberraciones a nivel del ADN, ARN y de los mecanismos de empaquetamiento proteico.
- Hipertensión: Trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por elevación mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mm de Hg.

Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: (J. Borrero en Insuficiencia renal crónica, diálisis y trasplante. Pág.82)

El desarrollo de la tecnología médica generalmente ocurre en largos periodos de tiempo y con frecuencia participan en él muchas personas e instituciones nacionales e internacionales. Sus avances, a pesar de los costos mejoran los servicios de salud.

En el tratamiento de la IRC el desarrollo de la tecnología ha permitido la sobrevivencia de pacientes que de otra forma hubieran muerto. En los Estados Unidos de América, en los años sesenta y setenta, durante la fase inicial del

programa de enfermedad renal crónica terminal, debido a la escasez de personal, de máquinas de diálisis y a la poca disponibilidad de órganos donados para trasplante, los candidatos potenciales eran analizados por comités de selección que determinaban los pacientes mas adecuados a la nueva tecnología.

El aumento de la disponibilidad de recursos para el tratamiento de la IRC, produjo un aumento del número de pacientes tratados, debido principalmente a la libertad cada vez mayor de los criterios de selección. De esta manera, se empezaron a incluir pacientes que antes no se habían considerado como posibles candidatos: pacientes con otras enfermedades sistémicas, con historia psiquiátrica, mujeres pobres, negros, grupos minoritarios y pacientes de edad avanzada.

En los países en desarrollo todavía es necesario que cada centro de diálisis y trasplante fije los criterios de selección, ya que la disponibilidad de recursos sigue siendo escasa o insuficiente.

Son muchos los factores que influyen, y mientras existan restricciones, seguirá siendo difícil tomar decisiones acertadas.

Una elección apropiada depende de los siguientes factores: indicaciones médicas, edad e inteligencia del paciente y su condición y motivación hacia el programa, disponibilidad de las diferentes modalidades de tratamiento y actitud de los profesionales médicos hacia ellas; estabilidad y apoyo familiar; disponibilidad de donantes familiares motivados y factores sociodemográficos.

El trasplante renal generalmente se realiza a pacientes con IRC que no presentan otras enfermedades crónicas que lo contraindiquen y que son

menores de sesenta años. Es ineludible considerar los recursos financieros disponibles y la aceptación del enfermo una vez informado de su situación.

Diálisis:

Comprende la hemodiálisis y la diálisis peritoneal con dos variedades: la diálisis peritoneal ambulatoria continúa (DIPAC) y la diálisis peritoneal cíclica continua.

Una unidad de diálisis debe concebirse desde su instalación física. Para los pacientes con enfermedades agudas que suprimen la función renal (insuficiencia renal aguda) se debe preferir el uso de máquinas de diálisis en habitaciones individuales, debido a que con gran frecuencia el estado crítico del paciente requiere una vigilancia continua. En cambio, en el paciente con IRC, se debe procurar que el ambiente de la sala de diálisis semeje más bien un salón de reuniones sociales que una hospitalaria.

Cada máquina de diálisis requiere instalaciones eléctricas apropiadas, fuente de agua corriente para el líquido de diálisis y un desagüe para desechar el líquido proveniente del dializador.

Las unidades de diálisis deben ser dirigidas por nefrólogos adecuadamente certificados. La diálisis en si es un procedimiento de enfermería altamente calificado, encomendado a un enfermero jefe, con un número variable de auxiliares de enfermería que ejecutan el trabajo de rutina: esterilización de máquinas y de los dializadores, conexión y desconexión de los pacientes, control del curso de la diálisis y toma y envío de las muestras para control bioquímico, clasificación sanguínea, y detección de hepatitis y SIDA.

Hemodiálisis:

La hemodiálisis consiste en un tratamiento mecánico que se basa en la remoción de productos de desecho metabólico normalmente depurados por el riñón a través del tracto urinario. La sangre del paciente es bombeada de un acceso arteriovenoso o fístula quirúrgica entre la arteria radial y una vena del antebrazo, circula dentro del aparato dializador ("riñón artificial") y regresa al paciente. Los productos de desecho de la sangre del paciente difunden a través de una membrana semipermeable, gracias a los gradientes de concentración establecidos por el flujo sanguíneo por un lado y una solución de electrolitos por el otro.

Para la circulación del líquido de diálisis el sistema de flujo continuo mezcla automáticamente el agua y los concentrados a medida que cursa la diálisis; un reóstato calienta el líquido de diálisis a la temperatura corporal, y un conductómetro asegura la proporción adecuada de solutos.

El concentrado de diálisis más usado es el acetato; se calcula que 85% de las unidades lo utilizan en todo el mundo.

La estabilización y el mantenimiento del equilibrio en hemodiálisis requiere la práctica de tres sesiones semanales de cuatro horas de duración cada una. Las máquinas simulan el trabajo del riñón pero no lo pueden reemplazar, la primera condición del tratamiento es que el paciente colabore, que comprenda sus limitaciones y aprenda a convivir con ellas y con la máquina, a la cual debe adaptarse.

Diálisis Peritoneal:

En la diálisis peritoneal el líquido de la diálisis se introduce en la cavidad peritoneal del paciente a través de un catéter permanente. Los productos de desecho metabólico y el exceso de líquido difunden en la solución, la cual se drena.

Se introducen en la cavidad peritoneal del paciente dos litros de solución de diálisis, que se presentan en bolsas plásticas, a través de un tubo de unos 120 cm de longitud, el cual se conecta al catéter permanente del paciente. Este catéter se encuentra muy cerca de la cicatriz umbilical y provee acceso a la cavidad peritoneal por largo tiempo. El líquido se drena a la bolsa plástica. Este procedimiento se realiza tres veces al día, conectando una bolsa nueva en cada ocasión.

La diálisis peritoneal ambulatoria continua es una variedad muy adecuada de diálisis extracorpórea por lo siguiente: sostiene satisfactoriamente la vida del paciente; la calidad de vida que facilita es adecuada en cuanto se refiere a bienestar, capacidad de rehabilitación, actividad sexual y autocontrol; los niños la toleran bien y les facilita el crecimiento; el control bioquímico es adecuado; detiene y aun mejora las complicaciones urémicas, y sus resultados pueden compararse favorablemente con la hemodiálisis.

Este tratamiento tiene una serie de ventajas a saber: independencia de la máquina de diálisis; mayor libertad individual; menor costo; simplicidad de manejo, y adaptabilidad para la diálisis en el hogar.

Las principales complicaciones del método incluyen, en primer lugar, peritonitis bacteriana relacionada con la apertura del sistema para los cambios frecuentes. Sin embargo, el paciente detecta si hay infección muy rápidamente, pues el líquido de drenaje se vuelve lechoso por el concentrado de células blancas.

Otras dificultades son deterioro de la permeabilidad de la membrana peritoneal; síndrome doloroso crónico, hernias abdominales e inguinales, y fuga del líquido de diálisis y migración del catéter de diálisis peritoneal.

Los requisitos para una correcta selección del paciente son: Nivel socioeconómico y cultural adecuado que le permita independencia para realizar el procedimiento con un margen de seguridad suficiente y que garantice su continuidad; visión óptica para verificarlo sin contratiempos; estabilidad emocional, ya que el método puede estimular los intentos de suicidio; ausencia de cirugías abdominales previas y un cociente intelectual adecuado.

Una nueva modalidad de la diálisis peritoneal es la diálisis peritoneal cíclica continua. En esta, durante el día no se cambia el líquido de diálisis de la cavidad peritoneal. Durante la noche el paciente se conecta a una máquina que efectúa el cambio cada tres o cuatro horas mientras el paciente duerme.

Con esta modalidad se han reducido las infecciones y las complicaciones asociadas cuando se compara con la DIPAC, ya que solo requiere una apertura del sistema por día, pero con un notorio aumento de los costos.

Perfil del Paciente: (Nefrología Clínica, 1998)

Cada enfermo con insuficiencia renal crónica terminal tiene una vivencia singular de la enfermedad. Ella dependerá de su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno. Sin embargo a medida que transcurre el tratamiento, los sentimientos de desesperanza invalidez y angustia que surgen son comunes a todos los pacientes. La calidad de vida que logre será resultado, además de la adecuación médica de su diálisis, de su proceso de adaptación psicológica y de su red interpersonal.

El proceso de adaptación psicológica a la hemodiálisis, definido como aceptación sin excesiva angustia ni depresión del tratamiento en todas sus facetas y de las nuevas posibilidades y limitaciones laborales, ha sido descrito como la superación gradual de tres períodos diferentes. En el comienzo al experimentar mejoría física, luego de un corto período agudo de enfermedad o prolongado de cronicidad, aparecen sentimientos de confianza y esperanza; algunos denominan esto "período de luna de miel". En un segundo momento surge la tensión entre tener que reorganizar la vida de una manera distinta y los sentimientos de tristeza que acompañan a los necesarios cambios de actividad.

El paciente se siente atrapado entre la necesidad de hacer proyectos para su rehabilitación y la pasividad y dependencia implícitas en el tratamiento. Es el período llamado de "desencanto y desaliento". Finalmente en el período de "adaptación a largo plazo" predomina la aceptación de las limitaciones, de las desventajas y de las complicaciones de la diálisis.

El modo en que se suceden estas etapas no es rígido, así como es variable el modo en que transcurre la enfermedad. Algunos lograda la adaptación, se

mantienen estables, otros hacen evoluciones cíclicas o vueltas a etapas anteriores y otros no alcanzan a superar la segunda etapa.

Si el cambio de salud a enfermedad ha sido abrupto, como en un proceso agudo, la adaptación es más dificultosa. En cambio, lo es menos si el ingreso a diálisis es el resultado de un proceso largo, durante el cual fue posible la información y la adaptación a la enfermedad.

Estudios de los últimos años muestran que la edad es uno de los factores que predicen la adaptación. Con apoyo de la familia y el equipo, los pacientes mayores tienen más posibilidad de aceptar la nueva realidad y cumplir mejor el tratamiento. Para los más jóvenes, ingresar en hemodiálisis afecta en mayor grado a sus aspiraciones laborales, económicas y recreativas.

Un adecuado apoyo familiar en los momentos de crisis, en colaboración con el grupo asistencial, es un factor importante en el proceso de adaptación. En un primer momento suele haber colaboración y acompañamiento, en respuesta a las necesidades del enfermo. A medida que persiste la enfermedad, las situaciones de conflicto que existían antes de la aparición del cuadro renal se agudizan y aparecen otras. El conocimiento de la problemática familiar por parte del equipo asistencial puede ayudar al mismo en su asistencia.

Cada paciente recurre a modalidades propias para tolerar el peso psicológico de la enfermedad y adaptarse a la situación de diálisis. Sin embargo, hay recursos que en grado variable, son adoptados por la mayoría de los pacientes. Son estos la dependencia, la regresión, la negación y la apropiación.

Por la naturaleza del tratamiento, el paciente necesita establecer relaciones de estrecha dependencia con algún miembro de la familia y del medio

hospitalario. Requiere la atención de un adulto que le ayude a organizarse y delega buena parte de los cuidados en el otro. Aquellas personas con características previas extremadamente independientes tienden a presentar más dificultades en la adaptación de este tipo de relación, tanto respecto de otros como del tratamiento en sí.

Un grado intenso de dependencia suele ir asociado a regresión, un retorno a formas más tempranas del pensamiento y del comportamiento. En el paciente se reactivan pautas infantiles que promueven que el otro, ya sea familiar o médico, asuma tareas, decisiones y cuidados hacia él.

Ante los intensos sentimientos de desesperanza e incertidumbre y ansiedad de muerte el paciente se protege con la negación, desconociendo en algún grado la gravedad de su enfermedad y actuando, a veces, como si olvidara que ésta existe.

En relación al riñón artificial y a la sala de diálisis, el paciente recurre a la apropiación. El órgano artificial, reemplazo del órgano propio, es vivido como parte del esquema corporal. Esto explica, en gran parte el estado de alerta y las reacciones emocionales ambivalentes e intensas que tiene el paciente ante las vicisitudes del aparato, así como su resistencia a cambiarlo.

La sala se convierte en la prolongación de la familia y en un nuevo lugar de pertenencia, con rangos y lugares preferenciales. El paciente se incluye en una nueva red de relaciones que se articulan o reemplazan la red familiar o laboral. Esto se exagera cuando el grupo familiar no es acogedor o está ausente. El paciente tiene resistencia a los cambios de lugar y prefiere las salas pequeñas donde la atención es más personalizada. Por eso en situaciones especiales que

requieren un cambio dentro de la sala, ya sea por cuestiones de bioseguridad u otros motivos, es aconsejable hacer un trabajo de preparación.

Los estudios psicopatológicos de los pacientes que están en tratamiento hemodialítico se han centrado en la depresión. Entre estos pacientes la depresión es más frecuente que en la población sana pero no mayor que en otros enfermos crónicos.

En esta población, el riesgo de suicidio es quince veces mayor que en la población general. La falta de apoyo familiar, la personalidad dependiente e insatisfecha, las tendencias pasivas muy marcadas y la historia previa de depresión son aspectos que pueden favorecer las tendencias suicidas.

Síntomas de depresión son: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del interés, pérdida del peso, insomnio, agitación, fatiga, lentitud psicomotriz disminución de la capacidad para concentrarse e indecisión. Debe descartarse que estos síntomas sean consecuencia de la uremia, de la anemia de enfermedades sistémicas, como el lupus o efecto de la medicación (antihipertensivos, antiinflamatorios, sedantes, hipnóticos). Síntomas que contribuyen al diagnóstico diferencial y deben ser explorados son sentimientos de culpa, deseos o ideas de muerte e intención suicida. Es importante estar atento a los indicadores de depresión y brindar asistencia terapéutica preventiva, promoviendo la autoestima y estrategias adaptativas. No tratar tempranamente este cuadro aumenta los riesgos de hospitalización de mortalidad y de suicidio.

La conducta de cumplimiento con todas las indicaciones médicas se torna difícil de lograr aun en aquellos pacientes con un buen nivel de adaptación. El cumplimiento es inestable y cíclico. Las transgresiones más comunes son las de

la dieta, especialmente la ingesta de líquido, y de la medicación, el calcio, entre otros. La falta a las sesiones de diálisis es menos común e indica problemas más serios (depresión, negación extrema, etc).

El grado de cumplimiento del tratamiento también depende de la comprensión y aceptación que tenga el paciente, y con la convicción de que su participación influye en el resultado. Las carencias en este sentido pueden suplirse con intervenciones (educativas y psicoterapéuticas) del equipo y con apoyo familiar. Son efectivos los programas de educación a pacientes y familiares y la reflexión con ellos sobre las dificultades de incumplimiento observadas.

En la enfermedad renal, al igual que en otras enfermedades crónicas, se deteriora la capacidad sexual. Se expresa en la disminución de deseo y frecuencia de relaciones o en su interrupción, muchas veces definitiva. La disfunción aparece tanto en el hombre como en la mujer y ocurre hasta en un 80 % de los casos.

Los factores que afectan a la sexualidad pueden ser de orden físico y psicosocial. El desequilibrio hormonal, los trastornos vasculares y el efecto de la medicación, en particular la antihipertensiva, se suman a la dificultad para manejar los cambios corporales, al temor a dañar los accesos vasculares, a las diferentes reacciones emocionales (cólera, depresión, ansiedad) a la regresión y a la dinámica de los cambios familiares. Por ejemplo, es común el cambio de roles en la pareja, en que la esposa asume una función maternal hacia el paciente. Los estudios realizados no han aclarado aun los factores que tienen mas peso. De hecho, en la mayoría de los casos coexisten tanto los problemas orgánicos como los psicosociales.

Las funciones que presentan mas dificultad en el área intelectual son la atención, la memoria inmediata y la capacidad de concentración. Estas alteraciones se observan hasta en un 55% de los casos. Es común, además, la coartación de la productividad intelectual y de la expresión de emociones.

En la medida que la capacidad de comprensión este mas deteriorada, la adaptación al programa de rehabilitación será más dificultosa. El equipo de asistencia debe tener en cuenta estas dificultades cognitivas y transmitir repetidamente conceptos claros y concretos.

A pesar de los avances médicos, en la adecuación de la diálisis, el porcentaje de pacientes sin actividad laboral oscila entre el 45 y 75% y es más elevado en la mujer que en el hombre. El estado físico, la compatibilidad del tratamiento hemodialítico con su empleo previo, el nivel de educación y la actitud del paciente frente a sus limitaciones son las variables que mas afectan la conducta laboral.

Siempre que sea posible, el equipo y la familia deben alentar al paciente a continuar trabajando, ya que esto fortalece su autoestima y mantiene sus redes sociales.

El ingreso a diálisis altera la vida cotidiana y el equilibrio familiar. Los nuevos horarios, la disminución de ingresos, las limitaciones de las vacaciones y la nueva dinámica familiar generan estrés.

Es usual que ante la necesidad de dependencia del enfermo, uno de los miembros de la familia asuma la responsabilidad que se le adjudica con una actitud sumamente activa o incluso de sobreprotección. La relación de parentesco y el tipo de vínculo previo determinan como el familiar responderá a las nuevas

necesidades del paciente. Hay una amplia gama de posibilidades entre la sobreprotección autoritaria, la actitud ambivalente, la complicidad ante las transgresiones del tratamiento, o menos frecuente, las conductas de abandono. El equilibrio previo a la enfermedad se pierde y la familia debe poner en juego recursos que le permitan recuperar la homeostasis perdida. Las consecuencias sociales, económicas y sexuales que tiene la enfermedad para el cónyuge hacen que este busque ayuda a su angustia o depresión en el equipo, especialmente si no encuentra apoyo en el cónyuge enfermo.

Definida la calidad de vida por el bienestar físico, las relaciones interpersonales, la actividad laboral, social y recreativa y el desarrollo personal, esta se ve afectada desfavorablemente en la etapa de hemodiálisis tanto desde parámetros objetivos como subjetivos.

ENCUADRE INSTITUCIONAL

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

El libro "Médicos e Instituciones de salud"⁷ describe el nacimiento y formación del H.P.C. La Fundación Medica Marplatense surgió el 14 de abril de 1965 por iniciativa de un grupo de médicos, que provenían del Hospital Interzonal General de Agudos del partido de General Puyrredón, quienes tenían como objetivo crear, mantener, y desarrollar un hospital privado con sistema de elevadas pautas científicas y técnicas, con proyección social a la comunidad, siendo la finalidad básica promover, apoyar y patrocinar todas las actividades tendientes a la promoción, protección y recuperación de la salud.

En la página web del H.P.C. se encuentra desarrollado los inicios y posterior formación de la institución: una fundación era la figura jurídica que permitía adquirir un inmueble contemplando ambos requisitos, no pertenecer al estado ni perseguir fines de lucro.

Por ello se constituyó la Fundación Médica de Mar del Plata.

Se elaboraron los Estatutos, fijándose como objetivo primordial el de crear un hospital cuya misión sería la de llevar a cabo ciertos postulados que habrían de sostenerse a través del tiempo.

Ni bien se aprobaron, se comenzó a divulgar la idea de fundación, procurar captar a amigos y pacientes como socio fundadores, asegurándoles como contrapartida ciertos beneficios económicos en la asistencia médica de su grupo familiar, además la posibilidad de integrar el futuro Consejo de Administración.

⁷ Alvarez, A. y Reynoso, D. "Médicos e Instituciones de la Salud". Ed. H.I.S.A. Universidad de Mar del Plata.

El 31 de mayo de 1971, con el apoyo de miembros de la comunidad marplatense, Fundación Médica Mar del Plata inaugura, con el nombre de HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD.

Es un hospital de agudos de alta complejidad que se caracteriza por: asistencia especializada, ausencia de lucro, reinversión para el crecimiento, historia clínica única, generar programas de investigación, trabajo profesional de tiempo completo y dedicación exclusiva para el plantel médico, programa de educación médica de post - grado, escuela de enfermería dependiente de la Universidad Nacional de Buenos Aires, internación domiciliaria, atención domiciliaria, formación de recurso humano en todos los niveles, y atención en los tres niveles de la salud.

En un primer momento funcionó en la dependencia de la actual clínica del niño y posteriormente se trasladó al actual H.P.C en las calles Córdoba y Juan B. Justo.

Su dirección y administración conformada por: Presidente, vice-presidente (médicos), un secretario, cuatro vocales titulares y cuatro vocales suplentes y un síndico elegido por los fundadores reunidos en la asamblea.

Como dato distintivo su estatuto establece que en ningún caso y bajo ningún concepto la fundación puede distribuir utilidades entre los fundadores.

La creación de esta institución coincide con la aparición del instituto de servicios sociales para jubilados y pensiones (I.N.S.S.P) y la instrumentación del Programa Asistencial Médico Integral (PAMI), donde la principal herramienta del convenio es la capitación.

El H.P.C sostenía una concepción médico-hospitalaria basada en la capitación.

Asiste actualmente a una población cautiva de 60.000 afiliados al INSSJP, (Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados), y 40.000 afiliados provenientes de otras obras sociales, mutuales, servicios de medicina prepaga y planes de salud del hospital.

El Hospital Privado de Comunidad cuenta con un plantel profesional conformado por: médicos de todas las especialidades, enfermeras, kinesiólogos, fonaudiólogos, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos, profesores de educación física, auxiliares de enfermería, mucamas, personal administrativo y de mantenimiento, etc.

La dirección del Hospital Privado de Comunidad depende del Consejo de Administración de Fundación Médica Mar del Plata, entre sus facultades tiene como misión dirigir las acciones de atención de la salud que se brinden en el hospital tendiendo a obtener la calidad total en la programación y ejecución de las mismas, según la demanda de la población beneficiaria, contando con especialistas en gestión y administración hospitalaria.

En su infraestructura existe un área de capacitación permanente, área de docencia e investigación, conformada por una biblioteca con acceso a la red Medline.

Cada paciente cuenta con una historia clínica única, documento para el análisis del desarrollo histórico del sujeto en relación con su salud, en la misma se detallan todas las consultas, prácticas, intervenciones, diagnósticos, que la

persona ha concretado con los diferentes servicios desde su ingreso a la institución.

Modelo Institucional

Con el fin de brindar servicios médicos integrales y de alta calidad a la comunidad, el modelo institucional contempla: La organización de los efectores, escalonados y articulados según niveles de complejidad configurando una Red de Servicios Integrales. Trabajo a tiempo completo y dedicación exclusiva de los profesionales. Historia clínica única.

Archivo central de historias y codificación de diagnósticos según Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

Organización y ejecución de programas de docencia, en particular residencias médicas en las diversas especialidades y escuela de Enfermería.

La organización esta conformada por una red de servicios que tiende que las personas reciban la atención que necesitan de acuerdo a sus problemas de salud, desde los de primer nivel hasta los de mas alta complejidad, obteniendo así una gran capacidad de resolución de problemas, mayor eficiencia y alto grado de satisfacción de la población que utiliza los servicios.

El primer nivel de atención: El H.P.C cuenta con servicios descentralizados ubicados en diversos lugares de la ciudad y coordinados por el Departamento de Atención Primaria de la salud. En ellos se desempeñan médicos de familia, clínicos, pediatras y ginecólogos.

Segundo nivel de atención: Bajo la coordinación de la Dirección del hospital y de la Jefatura del Departamento Médico, funciona un conjunto de divisiones, áreas y servicios médicos que cubren todas las especialidades que exige la medicina.

Los servicios de primer y segundo nivel se hallan interconectados mediante una red informática a la que todos los componentes tienen rápido acceso.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO SOCIAL

El Servicio Social se inserta en los diferentes servicios del hospital (trabajo de rutina - intervención programada) de acuerdo a criterios predeterminados, y se integra a equipos y/o programas institucionales.

En la práctica de pre-grado realizada se observó y analizó la inserción del profesional en los servicios de Unidad Renal y el servicio de Atención de la Tercera Edad (SATE).

Para una mejor comprensión del trabajo se hace necesario especificar las pautas de organización y funcionamiento y describir los criterios de intervención del Servicio Social.

El Servicio Social está a cargo de una Licenciada en Servicio Social, todos los profesionales del servicio poseen título habilitante y matrícula profesional.

Lic. en Servicio Social: 6

Asistente Social: 1.

El Servicio Social tiene como objetivo asistir al paciente y su familia en los emergentes sociales que plantea la situación de enfermedad.

Existen normas y procedimientos escritos y revisados periódicamente, como también, protocolos específicos para tipificar diagnósticos sociales, tratamiento social e ínter disciplina.

Registro en Historia Clínica de la situación socio familiar abordada y de la intervención profesional.

Organización y Funcionamiento:

Ámbitos de atención y origen de la demanda:

Internación

Consultorio externo

Urgencia

Demanda programada

Demanda espontánea

Domicilios

Evaluación para ayuda alimentaria (personal de nuestra institución).

Modalidad de intervención:

a) En Internación

Recorrida de sala

Recepción y respuestas a ínter consultas

Entrevistas de evaluación y/o tratamiento

b) En Consultorio Externo

Demanda Programada

Demanda espontánea

Urgencias

c) Como integrantes de equipos de salud

Salud Mental

Unidad Renal

SATE

PADES

Finalidad de la Intervención

Asesorar y orientar para promover una organización familiar continente.

Esto es capaz de asumir la situación de enfermedad y acceder a recursos que posibiliten la atención post alta.

Criterios de intervención en servicio Social.

Toda persona que toma contacto con la Institución en busca de salud, conviene que esté informado respecto de la posibilidad de acudir al Servicio Social, cuando la situación de enfermedad le ocasione dificultades en los aspectos familiar, social e incluso institucional y requiera orientación para una mejor solución. Se parte del concepto de que la enfermedad, de por sí, desestructura en mayor o menor grado, la cotidianeidad de la persona enferma y su núcleo de referencia y la curación y rehabilitación van mas allá de la superación del problema físico que lo aqueja.

Habitualmente el Asistente Social va al encuentro del paciente y a través de una entrevista preliminar detecta la situación socio-familiar prolongando o no su intervención según la problemática social planteada.

Otra forma de intervención es a través del médico tratante o de otro profesional del equipo profesional.

Por esto, se debe determinar en que áreas el Asistente Social intervendrá como trabajo de rutina y en que áreas lo hará por derivación, de acuerdo a una selección en base criterios establecidos.

La intervención del Servicio Social con respecto a una persona enferma, va dirigida a completar la imagen del paciente con la dimensión sociocultural de la enfermedad y a desarrollar un hacer metódico, científicamente fundado, que integre en la realidad concreta del paciente, todo lo que es capaz de aprovechar de sí mismo y de los recursos disponibles para superar la situación de enfermedad, restableciendo un equilibrio armónico consigo mismo y con el medio, aún con limitaciones e incluso con un diagnóstico irreversible.

El Servicio Social aporta el diagnóstico social de:

Población de mayor riesgo social

Población derivada para ínter consulta

Población que consulta por demanda espontánea

Población que consulta por consultorio externo

Criterio de riesgo social: - Población carente de recursos o con severa dificultad para acceder a ellos

- Población afectada en su estructura relacional socio-familiar con respecto a la aparición o persistencia de la enfermedad.

El servicio social ha elaborado y desarrollado programas asistenciales, y programas que contemplan los tres niveles de atención.

En el área de Unidad Renal los propósitos que se pretenden alcanzar en la intervención con los pacientes está centrada en: - Mantener y/o mejorar la calidad de vida del paciente. Entendiendo Calidad de Vida desde el punto de vista social ya que contempla la participación del paciente en relación a su propia salud, las funciones sociales que sostiene y el aspecto económico.

La incorporación desde el año 2001 de pasantes al servicio permite tener un conocimiento más exhaustivo de la población. Las evaluaciones realizadas hasta el momento demuestran las siguientes características en la población: Achicamiento de la red social, disminución y/o pérdida de contactos sociales; pérdida de objetivos vitales; modificación en la función social y en los roles de la dinámica familiar asumiendo una actitud pasiva ante los diferentes eventos cotidianos; sentimiento de soledad y tendencia al aislamiento.

Con el objetivo de mejorar estas conductas que contribuyen a empeorar la calidad de vida, se focaliza la intervención a través de acciones tendientes a fomentar encuentros del grupo fuera del ámbito hospitalario en el cual realizan su tratamiento y donde puedan obtener satisfacciones.

Hasta el momento se han realizado salidas a diferentes lugares: espectáculos musicales, asados, espacios al aire libre.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD RENAL

Fecha de inicio: 1979

Propósitos:

Brindar asistencia y seguimiento a los pacientes con deterioro crónico de la función renal que necesitan terapia sustitutiva a través de la hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Ofrecer formación de pos-grado: Residencia de nefrología, Pasantía de profesionales de otras especialidades

Objetivos:

Ofrecer todas las posibilidades terapéuticas al paciente con afecciones renales, tanto agudas como crónicas, incluyendo el trasplante renal.

Integrantes:

Médicos: 3 médicos nefrólogos

Enfermeros: 1 Jefa de enfermeras y 10 enfermeros (todos técnicos en hemodiálisis).

Psicólogos: 1

Asistente social: 1

Secretarias: 2

Mucamas 4

Localización:

El servicio esta ubicado en el subsuelo de la estructura hospitalaria y cuenta con un espacio propio.

Factores Organizacionales:

Área a la cual se dedica: Enfermedad Renal.

Servicio que presta: El servicio aborda tres niveles de prevención a través de la implementación de los tratamientos sustitutivos de la función renal, el abordaje es individual.

Población a la que se orienta: Personas que padecen de insuficiencia renal (aguda o crónica) en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal. También reciben atención personas trasplantadas.

Registro: En la historia clínica del paciente se transcribe la atención y seguimiento que realizan los diferentes profesionales que asisten al paciente.

Actividades, programas y proyectos que se ejecutan:

Programas que se desarrollan:

- Programa de Hemodiálisis crónica y aguda.

- Programa de Diálisis Peritoneal aguda y crónica.

- Programa de Trasplante

- Docencia

Infraestructura y equipamiento:

Servicio que cuenta con una secretaría equipada con dos computadoras conectadas al equipo central, fax, y demás elementos necesarios para las tareas administrativas. Un consultorio, multifuncional, otro consultorio equipado para el tratamiento de diálisis peritoneal, una sala de hemodiálisis equipada con 15 sillones con sus respectivas máquinas dializadoras, esta sala cuenta con computadora para consulta de los enfermeros que allí se desempeñan, y cinco televisores con cable, para distracción de los pacientes mientras permanecen en su tratamiento.

Otra sala de diálisis que cuenta con cuatro sillones con sus respectivas máquinas destinadas a pacientes con serología para hepatitis positiva y/o HIV., esta sala esta equipada con un televisor.

ENTREVISTAS Y ANÁLISIS DE DATOS

De acuerdo a los objetivos propuestos en la presente investigación, se considera la técnica de entrevista en profundidad como la más idónea.

Dentro de los tipos de entrevista en profundidad se toman los lineamientos preliminares de la historia de vida a partir de la cual se pretende aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que el sujeto le otorga a tales experiencias.

El entrevistador orienta al entrevistado en su relato mediante tópicos que le permiten conocer factores de riesgo y factores protectores.

Instrumento de recolección de datos:

Fecha de entrevista:

Caso Número:

Datos Personales del Entrevistado:

Sexo:

Fecha y lugar de nacimiento:

Edad:

Estado Civil:

Dirección:

Teléfono:

Nivel de Instrucción:

Ocupación:

Grupo familiar conviviente:

Grupo familiar no conviviente:

Aspecto económico:

Aspecto Habitacional:

Datos relevantes de historia de vida según los tópicos abordados libremente por el entrevistado:

VG: Red personal- Ciclo de vida familiar- historia ocupacional-relaciones interpersonales-vivencias en relación a la enfermedad y el tratamiento.

En el análisis de la información se trata de interpretar la misma, respecto a la identificación de factores protectores y de riesgo que inciden en la vida del paciente y su familia

Luego de investigar y haber elaborado el marco teórico referencial correspondiente a la temática; se consideró necesario poder conocer la perspectiva de aquellos actores que intervienen en el tratamiento de la problemática puntual (Insuficiencia Renal Crónica) desde el Hospital Privado de Comunidad.

Se realizaron contactos de manera informal con enfermeros, médicos, psicólogos, nutricionista y trabajador social, quienes acordaron sobre determinadas situaciones que se presentan en la persona, en el proceso de la enfermedad y tratamiento.

Los profesionales coinciden en:

- Que el paciente atraviesa en su proceso de enfermedad por las tres etapas planteadas en las teorías; en un primer momento al experimentar una mejoría física, la persona se muestra confiada y esperanzada y cuenta con todo el apoyo y atención de toda su red personal.

Luego surgen momentos de reorganización tanto en la vida del paciente como de su familia, generando situaciones de angustia al tener que realizar cambios en por ejemplo: la realización de actividades habituales. Además se presentan también transformaciones en cuanto a la forma de acompañamiento, ya que la familia debe integrar la enfermedad a su vida cotidiana, sin descuidar sus responsabilidades. La persona se siente atrapada entre la necesidad de hacer proyectos para su rehabilitación y la pasividad y dependencia implícitas en el tratamiento.

Finalmente en el período de adaptación a largo plazo, luego de la reorganización cotidiana predomina la aceptación de las limitaciones, de las desventajas y de las complicaciones que trae aparejado el tratamiento; como lo son: la tendencia al aislamiento, la pérdida de la realización de las actividades que generan placer, la alteración de la vida cotidiana y el equilibrio familiar, entre otras.

- Que cumplir con los cuidados médicos que el tratamiento requiere (por ejemplo: cumplir con una dieta alimentaria; mantener la higiene, etc.) es indispensable para la obtención de resultados favorables, al igual que contar con personas del entorno que acompañen y contengan dentro y fuera del ámbito Hospitalario.
- Que en esta población las personas no solo deben adaptarse a esta enfermedad y todas sus implicancias, sino que además se encuentran en la última etapa de su vida experimentando situaciones de pérdida, soledad, temor, etc.
- Que la periodicidad y frecuencia de las diálisis genera que se establezcan vínculos y dependencia con el equipo de salud.

Teniendo en cuenta lo que se planteo en la metodología, en el punto que hace referencia a la muestra seleccionada, para el presente estudio y la información recabada a través de la teoría y los informantes claves, se toman como representativos trece casos de pacientes que se encuentran atravesando la tercera etapa de la enfermedad, denominada "período de adaptación a largo plazo"; por considerar que la persona vivencia un cierto equilibrio con respecto a su enfermedad.

A continuación se exponen las entrevistas realizadas a los pacientes con su respectivo análisis, en los relatos se destacan algunas frases que hacen referencia a los factores protectores y/o de riesgo que se pretenden identificar.

Fecha: 04/03/2004

Caso Número: 1

Datos personales:

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 18/06/1927

Nivel de instrucción: PI

Estado Civil: Viuda

Ocupación: Jubilada

Obra Social: INSSJP

Fecha de ingreso a Diálisis: 09/10/2003

Grupo Familiar Conviviente:

Observaciones: La paciente vive con dos cuidadoras formales, una de día y otra de noche

Grupo Familiar no conviviente:

Vinculo	Nombre	Edad	Estado civil	Ocupación	L. de residencia
Hijo	Jaime	53 años	casado	mecánico	MDP
Hijo	Julián	50 años	casado	carpintero	MDP

Observaciones: Mantiene contactos esporádicos con los nietos y las nueras, no así con los hijos que la visitan periódicamente.

Aspecto Habitacional:

Tenencia: Propia

Vivienda tipo: Casa

Comodidades: dos habitaciones- cocina- comedor- baño y patio

Servicios: completos

Aspecto Económico:

Ingresos: \$ 360

Egresos: Canasta familiar- servicios- transporte-

Observaciones: Los ingresos cubren las necesidades actuales recibiendo ayuda material de los hijos.

Aspectos Relevantes del relato del entrevistado:

Te cuento que nací en Italia, en un pueblito llamado Mafalda. Mi papá se dedicaba a la costura y además era músico: tocaba el trombón en una compañía.

iban por los pueblos tocando. Mama era ama de casa, nosotros éramos cinco hermanos: tres mujeres y dos varones.

Estudie solo el primer grado, porque repetí y mi papa dijo que no podía ser, que si repetía el primer grado no servia para estudiar. Me saco del colegio y me llevo a trabajar a la chacra que teníamos cuidando los animales. También cosechábamos. Con mi marido éramos vecinos y amigos, jugábamos juntos, yo tenía 17 años y el 18 cuando nos casamos. El también cosechaba. Tuve tres hijos pero el primero murió al nacer.

Después de la guerra por toda la destrucción y miseria que había, nos vinimos a la Argentina. Mis padres y dos de mis hermanos ya estaban acá. Mi otro hermano se vino junto a nosotros.

Estuvimos en Buenos Aires siete años. Mi marido trabajaba para una bodega de vinos. Habíamos comprado un terreno y nos construimos una casita. En el año 1962 vendimos y nos vinimos a Mar del Plata porque acá estaban mis hermanos. Ese año falleció mi mama por problemas de corazón y a los 92 años falleció mi papá de viejito.

Al principio mi marido trabajaba en la construcción, pero no le pagaban bien, conseguimos trabajo en la campagnola, yo era envasadora, se trabajaba mucho pero también se cobraba bien. Vivíamos bien y no nos faltaba nada. Acá en Mar del Plata quede otra vez embarazada, pero lo perdí, los médicos me dijeron que era una nena.

Mi marido falleció hace 14 meses por problemas de corazón, también fallecieron tres de mis hermanos. Solamente me queda uno vivo pero no lo veo, no tengo a

nadie, ni amigos, ni vecinos estoy muy sola, debe ser porque siempre me dedique a la casa, y te imaginas que no voy a salir ahora a querer hacer amigas.

Yo vivo con dos cuidadoras una de día y una de noche, lo que pasa es que no puedo estar sola, me da miedo morirme y que nadie se entere, tengo muchos problemas de salud, me descompongo y mis hijos están más tranquilos si estoy acompañada.

Con el tratamiento ando más o menos me descompongo muy seguido, cumplo con la dieta pero igual me siento mal. Me gusta venir porque acá me tratan bien son muy amables y cariñosos y charlo mucho con mis compañeros.

Análisis del caso:

Paciente que vive sola, con ayuda formal brindada por cuidadoras. Posee dificultades para adaptarse al tratamiento.

No posee red personal que acompañe y contenga como tampoco iniciativa para establecer nuevos vínculos.

SE observa dependencia y tendencia al aislamiento.

Manifiesta temor a la muerte.

Expresa sentirse a gusto con compañeros y equipo de salud lo que se observa como un factor importante a fomentar debido al aislamiento que presenta.

Fecha: 18- 06-02

Caso Número: 2

Datos Personales:

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 23/03/1929

Lugar de Nacimiento: Tandil

Edad: 76 años

Nivel de Instrucción: PI

Ocupación: Pensionada

Estado civil: viuda

Fecha de ingreso a diálisis: 4/08/1999

Grupo Familiar Conviviente:

Vínculo	Edad	Estado civil	Ocupación	Lugar de Residencia
Hija	50 años	soltera	Empleada	Mar del Plata
Hijo	43 años	casado	taxista	Mar del Plata
Nuera	26 años	casada	Ama de casa	Mar del Plata
Nieto	2 años			Mar del Plata

Grupo familiar no conviviente:

Hermanos que residen en Mar del Plata, con los que mantiene contactos esporádicos.

Aspecto Habitacional:

Tenencia: propia

Vivienda tipo: casa

Comodidades: Dos dormitorios, comedor, cocina, baño, garaje, quincho.

Servicios: Completos

Aspecto Económico:

Ingresos: Pensión Paciente: \$ 300

Haber hijos

Egresos: Canasta familiar

Observaciones: Si bien no especifica el ingreso de sus hijos, expresa que estos alcanzan a cubrir las necesidades actuales.

Aspectos relevantes del relato del entrevistado:

“ En Tandil, vivíamos en el campo, mis padres eran Italianos, a mi me gustaba el campo, los animales... nos vinimos a vivir a Mar del Plata cuando yo tenía 16

años... vine con mi papá, mi mamá y mis tres hermanos... vinimos a la ciudad, acá todos trabajábamos en el comercio de mi padre... el mayor de mis hermanos falleció de cáncer hace como cuatro años, otros dos viven acá en Mar del Plata, nos llevamos muy bien, nos vemos y hablamos por teléfono, no siempre, pero se de la vida de ellos, a mi hermano lo veía más antes pero ahora se cambió de religión a la Evangelista, nosotros somos católicos y el se empezó a alejar de la familia, mi hermana más chica me lleva como quince años, prácticamente por la diferencia de edad te digo que la crié yo.

A los 22 años me casé, mi marido trabajaba en obras sanitarias, falleció por un pico de presión, fue todo muy rápido, estábamos tomando mate, le dimos uno y se le cayó de la mano, se le paralizó la cara, estuvo un día sin reaccionar y luego murió, no pudimos hablar nada, pero a veces es preferible, antes que sufriera como lo hizo mi hermano; por suerte tengo una familia hermosa y muchas amigas que me quedaron de cuando mis hijos iban al colegio y yo participaba en la cooperadora. con ellas a veces me junto a jugar a las cartas...ahora tengo un perrito que me hace compañía me lo regalaron porque el que yo tenía se murió, me estoy encariñando mucho con el.

Con las cosas de la casa tengo una señora que me ayuda, viene una vez por semana, dos de mis nietas viven en Neuquen con la madre, vienen para las vacaciones, y después se hablan con mi hijo casi todas las semanas, ahora tienen 16 y 18 años, cuando se fueron para allá sufrieron mucho y yo también porque las extrañaba, pero bueno la madre es de allá y es importante que los hijos estén con la mamá, ahora mi hijo está en pareja y tiene un hijo, Matías que es la luz de mis ojos y me alegra la vida, la señora no trabaja, se queda a cuidar al bebé.

Ahora no me estoy sintiendo muy bien, me cuesta hacer las cosas que hacia antes porque me siento muy cansada y encima tengo problemas de varices en las piernas, me cuido mucho en las comidas porque si no me siento mal, me descompongo. Trato de hacer actividades más tranquilas, salgo a pasear, leo, escucho la radio, a veces salgo con una amiga de acá de diálisis a caminar un ratito, después de compartir tanto tiempo nos hicimos amigas, la quiero mucho y nos entendemos muy bien porque a las dos nos pasa lo mismo.

Acá me siento muy cómoda, contenida por todo el equipo de salud, son muy amables me hacen sentir como en mi casa, la verdad después de tanto tiempo los quiero mucho a todos.

Análisis del caso:

Presenta red personal compuesta por familia de origen, procreación y amistades y sostiene buena relación con todos, la familia brinda apoyo material y contención.

Ejerce rol de auto cuidado ya que cumple con la dieta e indicaciones del equipo de salud.

Posee iniciativa para realizar nuevas actividades desde el ingreso a diálisis y capacidad para generar nuevas amistades en este ámbito.

Manifiesta sentirse contenida y querida por el equipo de salud.

Fecha: 10/07/04

Caso Número: 3

Datos Personales:

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 6/02/21926

Edad: 78 años

Estado Civil: Casado

Nivel de Instrucción: PI

Ocupación:

Jubilado

Fecha de ingreso a Diálisis: 7/10/03

Grupo Familiar Conviviente:

Vínculo	Edad	Ocupación	Lugar de Residencia
Esposa	71 años	Ama de casa	Mar del Plata

Grupo Familiar no conviviente:

Vínculo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Lugar de Residencia
Hijo	43 años	casado	Empleado municipal	Mar del Plata
Hija	33 años	casada	Ama de casa	Mar del Plata

Aspecto Habitacional:

Tenencia: Propia

Vivienda tipo: Casa

Comodidades: Dos habitaciones- cocina comedor- baño

Observaciones: Su hija Silvia ha edificado en el terreno posterior a la vivienda su casa donde vive con su esposo e hijos.

Aspecto Económico:

Ingresos: \$ 360

Egresos: Canasta familiar- servicios- transporte

Observaciones: Los ingresos cubren en forma limitada las necesidades.

Aspectos Relevantes del relato del entrevistado:

Yo te cuento que nací hace unos cuantos años en esta hermosa ciudad, viví con mis padres y hermanos pero ya no queda nadie de mi familia, estude parte de la primaria y después comencé a trabajar como era chico hacia changas hasta que cuando fui mas grande comencé a trabajar en Aerolíneas Argentinas y allí trabaje hasta que me retire por problemas cardiacos, antes no era como ahora que para tener un buen trabajo tenes que tener un titulo o carrera Universitaria, había mas empleo entonces no se privilegiaba tanto el estudio, “ Esa si que era otra Argentina”.

Un día me atrevería decirte que el mas hermoso de mi vida, conocí a mi esposa Aurora, nos pusimos de novio y no nos separamos mas, gracias a dios pudimos construir una hermosa familia, con mis hijos y mis nietos que son un regalo de la vida y me alegran la vida, mas ahora con esto que me pasa... la verdad es que a esta edad no me lo esperaba. Gracias a dios tengo mucha gente a mí alrededor que me hace olvidar un poco esto que me pasa y me quiere mucho, mis vecinos, mis amigos y fundamentalmente mi familia te aseguro que ellos me mantienen vivo.

Hay muchas cosas que ya no las puedo hacer, antes salía a caminar, hacia arreglitos en mi casa, pero ahora no hago nada de eso porque me siento sin fuerzas. No se cual es la causa de mi enfermedad, porque nunca tuve problemas de este tipo, me dijeron que tengo que hacer una dieta pero para serte sincero no la hago... con todo lo que me pasa mira si también me voy a privar de comer cosas que me gustan, creo que ya seria demasiado.

Acá en el tiempo que vengo a diálisis, trato de traer cosas para hacer, leer un libro, me traigo la radio y la escucho, siempre encuentro algo para que el tiempo se me pase mas rápido y si no charlo con mis compañeros y con los enfermeros que son muy buenas personas, yo estoy asombrado de lo bien que me tratan, eso ayuda a sobrellevar mejor esta situación.

Análisis del caso:

Presenta red personal heterogénea, compuesta por sector familia de origen, procreación y amistades quienes brindan compañía y contención.

No ejerce rol de auto cuidado ya que no cumple con cuidados y con la dieta alimentaria que su patología requiere.

Se observa perdida en la realización de actividades que generan placer, así como también en la capacidad laboral, pero se destaca la capacidad de iniciativa y creatividad par realizar nuevas actividades como por ejemplo leer un libro.

Siente compañía y contención por parte del equipo de salud, permitiéndole esto realizar el tratamiento en mejores condiciones.

Fecha: 15- 09-2004

Caso Número: 4

Datos Personales:

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 10-10-1931

Edad: 73 años

Estado Civil: casado

Ocupación: jubilado

Nivel de Instrucción: Terciario

Fecha de ingreso a diálisis: Octubre 2003

Grupo Familiar Conviviente:

Vinculo	Nombre	Edad	Ocupación	Salud
Esposa	Gladis	69 años	Jubilada	Buena

Grupo Familiar no conviviente:

Vinculo	Nombre	Edad	Est. Civil	Hijos	Ocupación	L. de Res
Hijo	Miguel	39 años	casado	3 hijos	Director de fabrica	MDP
Hija	Laura	42 años	casado	2 hijos	Profesora	MDP

Aspecto Habitacional:

Tenencia: Propia

Vivienda tipo: casa

Comodidades: 3 habitaciones- Living comedor- baño-cocina- quincho interno y externo- pileta.

Aspecto Económico:

Ingresos: Jubilación: \$400

Jubilación cónyuge: \$318

Dinero ahorrado durante los años de trabajo

Egresos: Canasta familiar- medicamentos- servicios- impuestos.

Observaciones: Los ingresos y el dinero ahorrado permiten cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas.

Aspectos Relevantes del Relato del Entrevistado:

Yo nací en una Colonia Suiza que esta en la Provincia de Santa Fe, ahí podríamos decir que pase mi niñez, porque cuando estaba en cuarto grado de la escuela nos fuimos a vivir a Santa Fe. Éramos dos hermanos, los dos seguimos estudiando, mis padres siempre privilegiaron el estudio y no era que nos sobraba la plata pero le dieron importancia al estudio igual, papá tenía una fábrica de quesos y morteros y mamá siempre se dedico a los trabajos de la casa, siempre fuimos una familia

muy unida como ahora lo somos con mis hijos y mis nietos. Mi hermano vivió muchos años en el exterior y lamentablemente falleció hace tres años

En Santa Fe la conocí a mi esposa la verdad..." es el amor de mi vida, por como es ella y por la familia hermosa que me dio".

Vivimos en Santa Fe hasta que nacieron los chicos y cuando tenían tres y ocho años nos vinimos para Mar del Plata porque yo tenía un primo que siempre me insistía para que viniera a trabajar acá con el, lo empezamos a pensar con mi esposa y nos dimos cuenta que nos convenía mas, cuando llegué acá trabaje en una textil como químico, al poco tiempo puse mi propia industria y en eso trabaje toda la vida es una estampería de prendas de angora para hombre y para mujer, en este momento la fabrica esta cerrada, todos me piden que siga porque soy el único que fabrico en el país, pero desde que vengo acá se me complica por que al venir día por medio no puedo hacer mucho, tengo la esperanza de mejorar, el doctor Rubio esta muy contento y yo también porque me empezó a funcionar el riñón y por eso me redujeron las horas de diálisis, el doctor me explico todo sobre la enfermedad, como yo soy hipertenso esto puede llegar a ser una de las causas, igualmente yo cumplo con todas las indicaciones que el doctor me dio, cumplo con la dieta, me cuido y siempre le pregunto como dieron mis análisis para saber si voy mejorando, también hablo mucho con los enfermeros que son muy buenas personas, me escuchan, me cuidan como si estuviera en mi casa.

Por suerte tengo a mis hijos y nietos que me dan fuerza y esperanzas para seguir adelante, tengo muy buenos hijos la verdad no tengo de que quejarme, me acompañan, me cuidan, veo a mis nietos casi todos los días, los domingos voy a

misa con ellos, los disfruto mucho. Acá también me estoy haciendo de nuevos amigos, pasamos tanto tiempo juntos que charlamos de muchas cosas.

Lo único que me preocupa un poco ahora es tener que hacer pasar a mi mujer por esta situación, ella no se queja ni dice nada, pero yo estoy acostumbrado a que ella no se preocupe por nada siempre me encargué de que ella disfrutara de la vida, ... y la verdad esto es un problema, pero bueno hay que aceptar las pruebas que Dios nos manda,... antes salíamos todas las semanas a comer afuera, íbamos al teatro, al cine pero ya no lo hacemos yo me siento muy cansado. Tenemos que empezar a realizar otras salidas, por ejemplo a caminar que a mi esposa le encanta, hay que empezar a buscar otros entretenimientos.

Análisis del caso:

Paciente que presenta red personal compuesta por familia de origen y procreación, quienes brindan apoyo y compañía.

Se observa desde el ingreso a diálisis pérdida de la capacidad laboral y alteraciones en la vida cotidiana y dinámica familiar.

Capacidad para establecer nuevos lazos.

Realiza ejercicio de auto cuidado y tiene conocimiento sobre las causas y consecuencias de su enfermedad.

La buena relación establecida con el equipo de salud le permite al paciente acudir al hospital y realizar su tratamiento en condiciones de tranquilidad y contención.

Fecha: 20/08/2004

Caso Número: 5

Datos Personales:

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 31/03/1925

Edad: 80 años

Nivel de Instrucción: PC

Estado Civil: Viuda

Ocupación: Jubilada

Año de Ingreso a diálisis: 03/07/2003

Grupo Familiar Conviviente:

Vínculo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Lugar de Residencia
Hijo	48 años	soltero	custodio	Mar del Plata

Grupo Familiar no conviviente:

Vínculo	Edad	Estado Civil	<u>Ocupación</u>	Lugar de Residencia
Hijo	54 años	Casado	Comisario	Mar del Plata
Hijo	33 años	casado	mozo	Mar del Plata

Aspecto Económico:

Ingresos: Jubilación \$ 300

Sueldo hijo (no especifica)

Egresos: Impuestos –Servicios-Medicación- canasta familiar.

Observaciones: Los ingresos alcanzan a cubrir las necesidades actuales.

Aspecto Habitacional:

Tenencia: Propia

Vivienda tipo: Casa

Comodidades: Dos habitaciones- cocina- comedor- living.

Aspectos Relevantes del relato del entrevistado:

Nací en Deán Funes, en Córdoba. Estuve allí hasta los 23 años. En verdad vivíamos en Catamarca, pero como ahí había hasta el cuarto grado nada más, mi papá nos mandó a mi y a mis cuatro hermanos a Deán Funes para que estudiáramos. Vivíamos en lo de una tía. Íbamos seguido a Catamarca en el tren. Mi papá trabajaba en el obraje y mi mamá era ama de casa.

Después estudié corte y confección y me dedicaba a la costura. Tenía una academia donde enseñaba... yo desde que empecé a trabajar no pare, siempre fui muy independiente.

Un día una vecina me dijo que se iba a Buenos Aires a visitar a unos familiares, si quería ir con ella. Yo tenía la academia, así que cerré todo y me fui para Buenos Aires a trabajar.

En Buenos Aires trabajé en una casa de familia, tenía que cuidar a los hijos, un día dando una vuelta con los nenes, encontré a mi marido. Nos empezamos a ver y al poco tiempo nos casamos, al año tuve a mi hijo Víctor; mi marido trabajaba de mozo, la verdad nunca nos faltó nada, incluso pudimos ahorrar mucho,... antes no era tan caro vivir.

Dos años después nació mi otro hijo, mi marido vendió el restaurante y nos vinimos a Mar del Plata porque teníamos una propuesta para comprar otro restaurante en el puerto, trabajamos ahí durante 17 años, después mi marido se enfermó del corazón y tuvimos que contratar dos chicas para que nos ayudaran, al tiempo mi marido tuvo un infarto y tuvimos que vender el restaurante, con la plata, pusimos tres bares en distintas zonas de la ciudad y los manejábamos con mis hijos, trabajábamos mucho,...veces me pregunto, tanto trabajar para terminar así... enferma.

Cuando falleció mi marido, mi hijo se vino a vivir con migo, me cuida mucho, se ocupa de todo, igual a mi " me molesta ser una carga", igual yo trato de hacer las cosas de la casa pero me cuesta mucho, me siento muy cansada; me tengo que cuidar mucho porque tengo problemas en la vista y del corazón, con el tema de los riñones estoy bastante mejor, igual es interminable estar tanto tiempo sentada sin hacer nada, con la alimentación no tengo problemas porque me cuido mucho.

Es triste estar sola y enferma, no tengo amigas como toda la vida me dedique a trabajar ahora me encuentro muy sola, yo igual no soy muy sociable. Ahora ni siquiera salgo a caminar que antes lo hacia todos los días.

Acá charlo con todos, me tratan muy bien, son muy buenas personas, nos tienen paciencia y se interesan realmente por nosotros, no somos solo un número de historia clínica.

Análisis del caso:

Presenta red personal compuesta por hijos quienes acompañan y apoyan.

Se observa a lo largo de su vida una actitud emprendedora, con iniciativa y creatividad, viéndose esto obstruido por la emergencia de la enfermedad.

Perdida de la realización de actividades que generan placer a partir de ingreso a diálisis (por ejemplo: salir a caminar).

Maneja información a cerca de la enfermedad y ejerce auto cuidado.

Se observa dificultad para establecer relaciones y nuevos lazos.

Se siente contenida por el equipo de salud.

Fecha: 30/06/04

Caso Número: 6

Datos Personales:

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 29/05/1928

Edad: 76 años

Estado Civil: casada

Nivel de Instrucción: PI

Ocupación:

Jubilada

Fecha de ingreso a diálisis: 30/09/2002

Grupo Familiar Conviviente:

Vínculo	Edad	Ocupación	Salud
Esposo	80 años	Jubilado	Hipertenso

Observaciones: Hermana y sobrina con las que mantienen contactos telefónicos.

Aspecto Habitacional:

Tenencia: Propia

Vivienda tipo: Departamento

Comodidades: tres habitaciones- living- comedor- cocina y baño

Servicios: Completos

Aspecto Económico:

Ingresos: Jubilación \$ 300

Jubilación cónyuge \$ 300

Egresos: Canasta familiar- medicación- transporte

Observaciones: Los ingresos cubren minimamente las necesidades actuales.

Aspectos relevantes del relato del paciente:

Vine de España a los 12 años a Mar del Plata, con mi papá y dos hermanos, mi mamá falleció allá durante una operación. Mi papá y mi hermana mayor se fueron a Santa Fe a trabajar, yo con mi otro hermano nos quedamos acá en la casa de mis tíos que tenían hotel en el centro. Cuando falleció mi papá mi hermana se vino para acá.

No trabaje mucho porque mis tíos estaban muy bien económicamente y no era necesario, ayudaba en lo que hiciera falta. El que ahora es mi esposo trabajaba en un negocio en la misma cuadra donde mis tíos tenían el hotel, así lo conocí, estuvimos de novio y a los 35 años por fin me case... un poco grande!!!. No tuvimos hijos pero siempre disfrute mucho a mis sobrinos, ahora casi no los veo porque ellos también tienen su familia y su vida.

Con mi marido trabajamos en un negocio de venta de máquinas comerciales (heladeras, balanzas, etc.) pero tuvimos que venderlo porque ya estábamos muy grandes y el negocio no andaba muy bien.

Ahora en las vacaciones viene una sobrina que vive en Buenos Aires a visitarnos y se queja en casa, la estoy esperando muy ansiosa.

Tengo muchas amigas, que desde que vengo a diálisis prácticamente no las veo, porque estoy muy cansada, hablo mucho con ellas por teléfono. Igual no me siento sola porque tengo a mi marido que la verdad "vale oro", también tengo muy buenos vecinos, gente muy buena, no me iría de mi casa por nada del mundo, el ventanal del living tiene vista al mar, para mí es el paraíso.

Con esto que me pasa me llevo bien, me cuido, hago la dieta, igual siempre me cuido porque tengo presión alta, conozco bien esta enfermedad porque mi hermano el que es mayor que yo falleció por la esta enfermedad, después de dializarse durante diez años. A mí me está costando un poco hacer las cosas de la casa porque me canso bastante, por suerte mi esposo me ayuda, pero a veces eso me hace sentir inútil. Ahora para ocupar un poco más el tiempo empecé a tejer y estoy muy entusiasmada.

Acá me hice de una amiga la señora que se sienta al lado mío en la sala es muy amable y me gusta conversar con ella, también el equipo de salud es brillante, nos cuidan muchísimo.

Análisis del caso:

Red personal compuesta por esposo y sobrinos, quienes acompañan y contienen.

Se observa buena capacidad de relación.

Perdida de la realización de actividades que generan placer y pérdida de contactos con amigas.

Encuentra limitada su capacidad laboral.

Se observa iniciativa y creatividad ya que busca realizar otras actividades acordes a su estado actual de salud (por ejemplo: tejer).

Tiene conocimiento sobre los cuidados que la enfermedad requiere y ejerce rol de auto cuidado.

Se siente contenida por el equipo de salud.

Fecha: 10/08/2004

Caso Número: 7

Datos Personales:

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 25/09/1932

Edad: 73 años

Nivel de Instrucción: PI

Estado Civil: casada

Ocupación: Ama de casa

Fecha de ingreso a diálisis: 02/07/2001

Grupo familiar conviviente:

Vínculo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Salud
Esposo	67 años	Casado	Jubilado	Buena

Grupo Familiar no conviviente:

Vínculo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Lugar de Residencia
Hija	41 años	casada	Empleada	Mar del Plata
hijo	33 años	casado	empleado	

Aspecto Habitacional:

Tenencia: propia

Vivienda tipo: casa

Comodidades: Dos habitaciones- comedor- cocina- baño- patio

Servicios: Completos

Aspecto Económico:

Ingresos: \$ 400

Jubilación cónyuge \$ 400

Egresos: canasta familiar- medicamentos-

Observaciones: Los ingresos alcanzan a cubrir las necesidades actuales

Datos relevantes del relato del entrevistado:

Yo vine a Mar del Plata cuando me casé, estuve de novia un año, lo conocí acá en Mar del Plata en la temporada, el trabajaba en el casino.

Yo nací en Buenos Aires, pero por trabajo viajamos con mi familia a Entre Ríos y allí me crié, todavía allá viven dos de mis hermanos, otros dos viven en Buenos Aires y una acá, con ella no nos vemos mucho pero nos llevamos bien, la voy a visitar mas yo a ella que ella a mi. Mi hijo tiene un taller de cortinas y allí trabaja todo el día, tienen un bebe de nueve meses que es mi perdición, lo adoro, a mis otros nietos también los veo muy seguido, a demás a veces me los dejan para que los cuide, con mas frecuencia a las nenas de mi hija porque a veces sale tarde de trabajar; la verdad con mis dos hijos me llevo muy bien, no tengo mayor afinidad con uno que con otro.

Tengo amigas pero casi no nos visitamos, también tengo muy buenos vecinos lo que pasa es que estoy muy cansada, los días que vengo a diálisis después me

tengo que acostar porque me siento sin fuerzas. Igual siempre trato de hacer algo, yo soy una mujer muy activa, las cosas de la casa las hago yo, me gusta mucho coser, tengo mi maquina que hace todo, estoy enamorada de mi máquina, coso para mis nietos. Ahora estoy por empezar gimnasia con una profesora que conozco.

También me cuido mucho, cumplo con la dieta, porque sino la única que se perjudica soy yo.

La verdad es que acá me siento muy cómoda, la gente es muy amable y cariñosa, me gustaría que realizáramos alguna salida todos los compañeros de diálisis.

Análisis del caso:

Presenta red personal compuesta por familia de origen y procreación que cumplen función de compañía social y contención.

Se observa pérdida de contactos con amistades a partir del ingreso a diálisis.

Posee iniciativa y creatividad para realizar nuevas actividades.

Tiene conocimiento sobre su patología y los cuidados que esta requiere.

Siente limitaciones físicas generadas por el tratamiento.

Se siente a gusto y contenida con compañeros y equipo de salud.

Fecha: 6-09-2004

Caso Número: 8

Datos Personales:

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 12-03-1938

L. De Nacimiento: Córdoba

Edad: 66 años

Estado Civil: casado

Ocupación: desocupado

Nivel de Instrucción: PI

Fecha de ingreso a diálisis: Octubre 2003

Grupo Familiar Conviviente:

Vínculo	Nombre	Edad	Ocupación	Salud
Esposa	Angélica Moreno	67 años	Jubilada	Artrosis- Diabetes

Grupo Familiar no Conviviente:

Vínculo	Nombre	Edad	Est. civil	Hijos	Ocupación	L. de Res	Salud
Hijo	Aníbal	42 años	casado	2 hijas	mecánico	Los Ángeles	Diabetes- IRC
Hija	Alba	43 años	casada	1 hija	Ama de casa	Puerto Iguazú	Buena

Aspecto Habitacional:

Vivienda Tipo: casa

Tenencia: propia

Comodidades: 1 habitación- cocina comedor- baño- garaje.

Aspecto Económico:

Ingresos: \$ 150

Egresos: Canasta familiar- medicamentos- transporte- impuestos

Observaciones: Los ingresos no cubren las necesidades básicas por lo que en ocasiones recibe ayuda económica de sus hijos.

Datos relevantes del relato del entrevistado:

Te cuento que yo nací en Córdoba Capital Y allí me crié junto a mis padres y hermanos, éramos una familia muy unida mi papá trabajo siempre en un frigorífico y mi mamá siempre se dedico a las tareas del hogar, imagínate que éramos siete hermanos, mira si había cosas para hacer en casa y ropa que lavar, siempre mis hermanas ayudaron en las cosas de la casa, nosotros con mis hermanos varones hacíamos siempre alguna changuita para tener unos pesos y poder ayudar, igual nunca faltó el pan.... no se como hacíamos antes pero siempre se llegaba a fin de mes ahora la plata no alcanza para nada.

De mis hermanos por suerte viven todos, tres en Córdoba, una en Buenos Aires y dos en Mar del Plata que están internadas en un geriátrico porque tienen muchos problemas de salud, las dos son diabéticas como yo pero ellas son insulina dependientes y necesitan ayuda continuamente, mis padres también eran diabéticos pobres... la verdad parece que esta enfermedad se hubiera ensañado

con nosotros, la conozco de memoria se todo lo que te puede producir, como avanza porque viví la enfermedad de mis padres, y encima uno de mis hijos también tiene yo siempre rogaba que a ellos no les agarrara porque esta si que es una enfermedad para toda la vida y que cada ves te complica mas... pero bueno por lo menos te permite vivir unos cuantos años, no como otras enfermedades que en un mes te matan.

Yo me vine a Mar del Plata cuando tenía 17 años a la casa de unos tíos, me dedique a los trabajos rurales y de carpintería hasta hace tres años que tuve que dejar todo por mi situación de salud, nada de lo que hacia lo puedo seguir haciendo porque me canso, cuando vengo acá después no me dan ganas de hacer nada, ni siquiera veo a mis amigos con ellos hablo a veces por teléfono, pero también están complicados de salud... ya no somos pibes. Ahora no encuentro nada para hacer, todo me aburre, paso mucho tiempo solo.

A mi primera esposa la conocí acá, ella es la madre de mis hijos me case a los 22 años, pero después de un tiempo nos separamos y mis hijos se quedaron con ella, ahora vive en Puerto Iguazú con mi hija, por suerte mas allá de la separación nos llevamos muy bien, incluso mi actual mujer se lleva muy bien con ella hablan por teléfono, cuando ella viene se visitan, antes íbamos de visita pero ahora no podemos por todo esto y porque no queremos hacer gastar a los hijos, con mi hijo que esta en Los Ángeles hablo por teléfono pero no tan seguido porque es muy caro, a veces estoy intranquilo por el y las nietas por todas las cosas que pasan allá, pero se tiene que quedar porque por lo menos allá trabaja dignamente, igual esta complicado de salud como yo, pero el tiene mas fuerza porque es mas joven.

A mi actual compañera la conocí hace 20 años, nos llevamos muy bien, ella tiene hijos de su anterior matrimonio con los que me llevo muy bien a veces nos vienen a visitar o vamos nosotros a la casa de ellos. Como ella también es diabética cocina muy sano para los dos y respeta la dieta, es una muy buena mujer yo estoy acá gracias a ella que me puso a su cargo en la obra social y la verdad no me puedo quejar porque toda la gente de acá me trata de maravilla, son muy buenos yo realmente los considero mis amigos.

Análisis del caso:

Presenta red personal compuesta por familia de origen y procreación, quienes lo acompañan y contienen y con quienes mantiene estrecha relación.

Se observa pérdida de la realización de actividades que generan placer, por ejemplo: verse con amigos, como también pérdida de la capacidad laboral a partir de ingreso a diálisis.

Tendencia al aislamiento, sin posibilidad de realizar nuevas actividades que se adecuen a su estado de salud.

Tiene conocimiento sobre el origen y los cuidados que su enfermedad requiere ya que hay antecedentes de la misma en su historia familiar.

Se siente acompañado y contenido por sus compañeros y equipo de salud.

Fecha: 20/07/04

Caso Número: 9

Datos Personales:

Sexo: Masculino

Edad: 64 años

Estado civil: separado

Nivel de Instrucción: Terciario Completo

Ocupación: Jubilado

Fecha de ingreso a diálisis: 20/03/2002

Grupo Familiar Conviviente:

Observaciones: El paciente vive solo

Grupo Familiar no conviviente:

Observaciones: No hay miembros de familia de origen ni de procreación. Recibe apoyo y compañía de una vecina.

Aspecto Habitacional:

Tenencia: Alquilada

Vivienda tipo: departamento

Comodidades: Un ambiente

Servicios: Completos

Observaciones: Recibe subsidio de INSSJP para alquiler de la vivienda.

Aspecto Económico:

Ingresos: Jubilación \$ 200

Subsidio para alquileres de INSSJP

Egresos: Canasta familiar- traslados- servicios

Observaciones: Los ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades actuales por lo que en ocasiones recibe ayuda material de una vecina.

Datos relevantes en el relato del entrevistado:

Yo tenía tres hermanos, dos de ellos fallecidos a temprana edad (23 y 29 años), quienes vivían en Alemania y emigraron a la Argentina cuando la segunda guerra mundial. “No pudieron adaptarse y murieron”. Mi otro hermano vive en Buenos Aires donde también vivía yo, trabajaba en una importante empresa de electrodomésticos, me vine a Mar del Plata para instalar un negocio de electrodomésticos con mi cuñado y tuve la mala suerte de que falleció antes de arrancar con el negocio; ya habíamos hecho las tratativas con Taiwán, perdimos muchísima plata.

Ahora estoy jubilado, no me alcanza la plata pero me las rebusco como puedo, tengo una vecina que me ayuda mucho por lo general voy a comer a la casa de ella es muy amable y cocina riquísimo, igual yo me cuido en las comidas por el tratamiento y ya deje de tomar vino en las comidas.

Soy profesor de educación física, nado y salgo a caminar todos los días, para mi el deporte es muy importante, a veces me siento más cansado que otras pero hago el esfuerzo. Generalmente estas actividades las hago solo porque mis amigos viven en Buenos Aires.

No me gusta hablar de mi enfermedad con nadie, acá son todos muy amables, pero yo no quiere ser amigo de nadie porque ya me pasó varias veces el hacerme amigo de alguien, charlar, venir y que no esté porque se murió. Ya no quiero eso.

Análisis del Caso:

Red personal compuesta por vecina y amigos que residen en Buenos Aires. No demuestra interés por establecer nuevas relaciones con sus compañeros de tratamiento, explicando que siente temor a la pérdida de estos, esto se relaciona con la situación a la que están expuestos de vulnerabilidad extrema íntimamente relacionada con la muerte.

Posee iniciativa y creatividad para realizar actividades.

Posee capacidad de auto cuidado.

Mantiene buena relación con el equipo de salud.

Fecha: 11/06/2004

Caso Número: 10

Datos Personales:

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 06/09/1934

Edad: 71 años

Nivel de Instrucción: Analfabeta

Estado Civil: Viuda

Ocupación: Jubilada

Fecha de ingreso a diálisis: 16/02/2004

Grupo Familiar conviviente:

Vínculo	Edad	Ocupación	Salud
pareja	67 años	albañil	regular

Grupo familiar no conviviente:

No poseen ningún familiar en Mar del Plata, Víctor tiene hermanos en Santiago del Estero pero no realiza contactos con ellos.

Aspectos relevantes en el relato del entrevistado:

Nací en Santiago del Estero. Tengo seis hermanos, tres varones y tres mujeres. Pero no somos todos hijos del mismo padre. A mi hermano mayor y a mí, mi mamá nos tuvo de soltera. A mi papá no lo conocimos. Después mi mamá se caso

con otro hombre y tuvo cinco hijos más, el era carpintero y mi mamá ama de casa, no teníamos buena relación con el, no nos quería porque no éramos sus hijos, nunca nos faltó nada pero nos maltrataba, mi mamá nos defendía. Lo que pasa es que el era un hombre enfermo, tenía lepra creo.

Nunca fui al colegio ni nada. Cuando tenía 12 años vino una gente a Santiago del Estero y me fui a trabajar con ellos a Buenos Aires como mucama. Me fui sola, siempre trabajé de lo mismo.

Después me vine a trabajar a Mar del Plata, y lo conocí a mi marido. Lo conocí por un amigo en común en un cumpleaños. Tenía 30 años cuando me casé. El trabajaba en Obras Sanitarias, al tiempo se enfermo, siempre andaba mal del estómago, iba manejando un camión y chocó, resistió todo lo que pudo y se murió. Yo no tenía todavía 40 años cuando quedé viuda.

Cuando ya pensé que me quedaba sola lo conocí a Víctor, después de tres años de novios nos fuimos a vivir juntos, y todavía queremos seguir, ahora yo estoy viviendo en un hogar porque los médicos y la asistente social me explicaron que por los cuidados que tengo que tener no puedo quedarme en mi casa, porque no tengo baño, el piso es de tierra y tampoco tenemos gas, no es que en el hogar este mal, pero me encantaría poder volver algún día a mi barrio, aunque a veces voy de visita y Víctor me viene a visitar pero no muy seguido.

A mis hermanos no los vi nunca más, si me los cruzo no los reconozco.

En el hogar donde estoy tengo una amiga, que es mi compañera de habitación y acá en diálisis también, antes no tenía ninguna amiga, acá son todos muy buenos con migo la verdad estoy muy agradecida.

En el hogar me cocinan todo lo que la dieta requiere, yo antes no la cumplía pero ahora me doy cuenta que me siento mucho mejor, así que cumplo con todo lo que los médicos me indican.

Tengo mucho miedo de morirme y también me siento muy sola.

Análisis del caso:

Paciente institucionalizada en hogar geriátrico.

Se observan alteraciones en la vida cotidiana y dinámica familiar.

NO posee red personal que acompañe y contenga.

No posee ejercicio de auto cuidado.

Expresa temor a la muerte y soledad.

Fecha: 09/02/2004

Caso Número: 11

Datos personales:

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 06/02/1936

Edad: 69 años

Nivel de instrucción: Primario completo

Estado Civil: divorciado

Ocupación: jubilado

Fecha de ingreso a Diálisis: 10/12/2003

Grupo Familiar Conviviente:

Vínculo	<u>Edad</u>	Ocupación	Salud
Esposa	61 años	Jubilada	buena

Grupo Familiar no conviviente:

Vínculo	<u>Edad</u>	Ocupación	Estado civil	Lugar de Residencia
Hijo	43 años	empleado	divorciado	Buenos Aires
Hijo	41 años	empleado	casado	Buenos Aires
Hijo	32 años	mecánico	soltero	Buenos Aires
Hermana	40 años	Ama de casa	casada	Mar del Plata

Observaciones: El paciente solo tiene relación con sus dos hijos mayores ya que la relación con su hijo menor se vio afectada por la separación de su esposa.
Relación estrecha con su hermana.

Aspecto Habitacional:

Tenencia: Propia

Vivienda tipo: Casa

Comodidades: Cocina- comedor, living, habitación, baño.

Servicios: Completos

Aspecto Económico:

Ingresos:

Jubilación del paciente

Jubilación de la pareja.

Egresos:

Transporte- medicamentos- servicios- canasta familiar.

Observaciones: Si bien el paciente no especifica el monto correspondiente a sus ingresos, manifiesta que los mismos alcanzan a cubrir satisfactoriamente sus necesidades.

Datos Relevantes del relato del entrevistado:

Nací en San Fernando, provincia de Bs. As. Tengo una hermana y un hermano que falleció cuando yo tenía un año y medio, no llegué a conocerlo.

Mi papá era empleado gráfico y mi mamá ama de casa. “Ella se ocupó de nuestra crianza, y nos crió muy bien. Tuve una infancia normal, como la de cualquiera. Estudié piano, jugué al fútbol....”

Cuando tenía seis años nos fuimos a vivir a capital Federal porque alquilábamos y por el trabajo de mi papá, nos quedaba más cerca.

A los quince años conocí a mi esposa en un baile. Ella tenía dieciséis años. Estuvimos siete años de novios y nos casamos. Yo trabajaba como empleado gráfico en el diario La Razón y ella no trabajaba. Tuvimos a nuestros hijos y ella se encargó de criarlos. Siempre tuve buena relación con mis hijos. “hacíamos muchas cosas juntos. Jugábamos a la pelota...”

También trabajé en la imprenta del Congreso.

En los años 1965, '66 y '67 me vine a trabajar acá a Mar del Plata, porque yo estaba en la lista negra por sindicalista. Después volví.

Fui director técnico de las inferiores de Tigre, tenía treintaicinco años más o menos; entre como DT porque yo había sido jugador de fútbol.

Fue también en esta época que fallecieron mis padres. Mi papá falleció a los 64 años de cáncer, y mi mamá a los 63 años por problemas del corazón. Me costó mucho superar la muerte de mi madre.

“Fue todo un shock porque yo fui a visitarla y la encontré muerta. Pero bueno.... Ya pasó. (Se angustia).”

Después, 1987 me jubilé y me vine para acá. Y esa fue la causa de mi separación. Yo me vine porque mi hijo tenía problemas en el colegio y quería terminar el secundario acá. (Menos mal que no vino porque fue la época en que había más

droga). Yo le dije a mi esposa que ella tenía que venir conmigo, que los chicos ya eran grandes, que tenían sus vidas, pero no quiso. “me descuidó, no me atendía. Prefirió quedarse con sus hijos y nos separamos.” En unos meses me sale el divorcio, y una vez que salga me caso con mi actual señora.

La conozco hace 25 años. Tomaba café en el mismo lugar que yo cuando trabajaba como gráfico. Salíamos con los muchachos a tomar café y ella estaba ahí y nos acompañaba. Trabajaba como costurera. Cuando yo me vine nos escribíamos una carta por año, y a los 10 años de estar yo acá se vino a vivir conmigo. Ella es muy buena muy compañera.

Mi hermana también vive acá. Con ella nos vemos, tenemos muy buena relación. “Y... es mi única hermana”.

De mis hijos con el que más me veo es con Ulises. El estuvo casado y se separó a los 9 meses.

Después conoció a una Brasileña y tuvo un hijo. Pero ahora está soltero. Con Celso también me veo, pero un poco menos, y con Rafael no nos vemos porque después de la separación, él tiró para el lado de la madre. Yo intenté acercarme, pero me di cuenta de que a él solo le importaba lo que yo tenía, así que no....., por supuesto que duele....., pero así no me interesa.

Cuando me jubilé me costó pasar de estar todo el día trabajando a no hacer nada. Me llevó todo un año adaptarme. Miraba televisión, salía a caminar y me alquilaba películas y me las copiaba (para mi, no para la venta). Ahora ya no camino como antes. “No porque mi esposa no me quiera acompañar, ella no tiene problema, sino porque, después de la internación del año pasado, me achanché”.

Yo comencé con la enfermedad (insuficiencia renal) hace 7 u 8 años. Cuando me dijeron que tenía que dializarme no quise saber nada, así que me hablaron de un curandero de Brasil que era muy bueno y me fui a verlo. Él me operó del riñón y anduve bárbaro 5 años. Comía y tomaba de todo. Después me volví a enfermar y fui a verlo otra vez. Me volvió a operar, pero esta vez no funcionó, así que tuve que empezar el tratamiento (hemodiálisis). "Hace 8 a 9 meses que empecé. Lo tomo como un trabajo. Así como me levantaba todos los días para ir a trabajar, lo hago para venir acá. Me siento muy cómodo: vengo, leo un libro, o charlo, o miro la televisión... Con el equipo estoy muy conforme; son todos buenísimos."

En casa me gusta cocinar, así que algunas veces cocino yo. Me siento muy bien; como de todo, porque no tengo dieta restringida, pero me cuido con lo que tomo.

Tengo muchos amigos, pero mis más amigos son los de Bs. As., los del trabajo. A veces vienen a visitarme. Y con mis amigos de acá nos vemos a menudo, nos juntamos a jugar al póquer.

Análisis del caso:

Paciente que presenta red personal mediana, heterogénea, compuesta por familia de origen y amigos.

Sostiene rol social y es independiente para realizar las actividades de la vida diaria.

Vínculo fuerte con su pareja y su hermana. Relación positiva con sus hijos mayores, con los cuales mantiene contacto periódico.

Capacidad del paciente para la superación de situaciones difíciles (por ejemplo la muerte de la madre) y adaptabilidad a situaciones nuevas (traslado de ciudad, jubilación, tratamiento de hemodiálisis).

Realiza actividades de ocio, y ejerce rol de auto cuidado. Se observa iniciativa para realizar nuevas actividades.

Sus dichos sobre el no tener que seguir una dieta alimentaria, se pueden relacionar con una negativa, por parte del paciente, en cuanto a la enfermedad.

Se siente a gusto con el equipo de salud y con sus compañeros.

Fecha: 06/07/2004

Caso Número: 12

Datos personales:

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 01/09/1939

Edad: 66 años

Nivel de instrucción: estudios terciarios completos

Estado Civil: Casado

Ocupación: Jubilado

Fecha de ingreso a Diálisis: 24/09/01

Grupo Familiar Conviviente:

Vínculo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Lugar de Residencia
Esposa	64 años	casada	Ama de casa	Mar del Plata
Hija	26 años	Casada	Ama de casa	Mar del Plata
Hijo	30 años	soltero	mecánico	Mar del Plata
Yerno	30 años	casado	Fabrica de soda	Mar del Plata

Observaciones: Los tres hijos de su hija Marta conviven con él, tienen siete años, tres años y tres meses.

Grupo Familiar no conviviente:

Vínculo	Edad	Estado Civil	Ocupación	Lugar de Residencia
Hijo	29 años	Soltero	empleado	Mar del Plata
Hija	35 años	casada	empleada	Bahía Blanca
Yerno	30 años	casado	empleado	Bahía Blanca

Aspecto Habitacional:

Tenencia: propia

Vivienda tipo: casa

Comodidades: 3 habitaciones, baño, cocina comedor, lavadero

Servicios: completos

Aspecto Económico:

Ingresos:

Jubilado de la armada: \$ 1900

Egresos:

Remedios, pago de servicios, canasta familiar

Observaciones: Ingresos cubren satisfactoriamente sus necesidades.

Aspectos relevantes del relato del entrevistado:

Nací en Puerto Belgrano, éramos once hermanos, uno falleció del resto, nueve viven en Córdoba y uno vive en Misiones, con ellos nos llamamos por teléfono para ver como andamos porque todos estamos medio viejitos. Antes en las vacaciones de verano o de invierno me daba una vueltita, pero queda muy lejos y con toda mi situación no puedo.....

De chico estude en Punta Alta, técnico Mecánico y cuando me recibí, revalide el título como técnico de control de calidad, siempre trabaje mucho, pero también estudié porque veía que para trabajar había que estudiar antes. En la Marina trabajé hasta los 46 años, conocí muchos lugares pero también me sacrifique mucho... estuve 8 años en el agua, sin ver crecer a mis hijos, por eso ahora disfruto tanto a mis nietos, son la alegría de mi vida, ¡va, son mi vida!!!.

Un año llegue con el barco a Buenos Aires y fui a un supermercado, me gustaron mucho las cosas que había ¡pero más me gusto la cajera!; hoy llevamos 34 años de casados, con alegría, yo soy un enamorado del matrimonio y de toda mi familia, de la que no me puedo quejar.

Cuando dejé de trabajar en la marina me dedique a la gastronomía ¡me encanta cocinar y comer!; pero ahora con esta enfermedad, más mi problema de la vista no puedo hacer, ni comer nada; siempre cocinaba yo, pero ahora lo tiene que hacer mi esposa, también le estoy enseñando de apoco otras cosas que antes hacia yo, como pagar los impuestos, los tramites del banco...

Se que la diálisis me hace bien, pero yo estoy mal porque soy muy inquieto y ... primero perdí un pie, ya me estaba recuperando y me paso lo de la vista... y bueno, ya se que todo esto es por la diabetes. Hay días que estoy deprimido, que

si llaman mis amigos me niego, no lo quiero hacer pero es más fuerte que yo....

No le puedo ver la cara a los nietos... me volví medio inútil.

Acá me tratan tan bien, que voy a estar agradecido siempre.

Análisis del caso:

El paciente presenta una red personal amplia, homogénea compuesta por sector familia de origen y procreación.

El cónyuge ejerce el rol de cuidador principal. Los hijos y fundamentalmente los nietos cumplen función de compañía social y contención.

El mismo encuentra limitadas sus habilidades funcionales y desarrollo en la dinámica familiar, ha disminuido su grado de autonomía por lo que requiere mayor atención del cuidador principal.

Se observa pérdida en la capacidad de relacionarse; generando en él un gran sentimiento de angustia.

En la dinámica familiar ha modificado su lugar de asignación en sus funciones, anteriormente tenía a su cargo las actividades de administración del hogar, como también la elaboración de los alimentos, estas tareas son asumidas por la cuidadora principal, ejerciendo el paciente un rol de orientador.

Los cambios producidos le implican un reordenamiento de su vida cotidiana, lo que de alguna forma lo desestructura.

Expresa sentirse contenido por el equipo de salud.

Fecha: 27/08/2004

Caso Número: 13

Datos personales:

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 22/02/1924

Nivel de instrucción: Analfabeta

Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Fecha de ingreso a Diálisis: 10/08/03

Grupo Familiar Conviviente:

Vínculo	Nombre	Edad	Ocupación	Salud
Esposo	José	76 años	Ret. De la Armada	Diabético
Hijo	Juan	59 años	Desocupado	Problemas bronquiales

Grupo Familiar no conviviente:

Vínculo	Nombre	Edad	Est. Civil	N. de hijos	Ocupación	L. de Residencia
Hijo	Fausto	58 años	casado	tres	empleado	Bs. As
Hija	Julia	53 años	casada	cinco	Ama de casa	Santa Fe

Aspecto Habitacional:

Tenencia: Propia

Vivienda tipo: Casa

Comodidades: Cocina comedor- lavadero- garaje- dos habitaciones- dos baños

Servicios: Completos

Aspecto Económico:**Ingresos:**

Jubilación Cónyuge: \$ 1200

Egresos:

Canasta familiar- transporte- medicamentos (paciente, cónyuge e hijo)- servicios

Observaciones: Se cubren limitadamente las necesidades básicas, debido a los medicamentos que su tratamiento y el de sus familiares requiere.

Datos Relevantes de la Historia de Vida:

Nací en un pueblito lejano de Santa Fe, se llamaba Flor de oro, éramos tres hermanos, digo éramos porque ya murieron los dos lamentablemente.

Mi papá se fue con otra mujer cuando nosotros éramos muy chiquitos, así que mi mamá tuvo que ir a trabajar y yo me ocupaba bastante bien de las cosas de la casa, después de un tiempo mi mamá conoció a un hombre y formó pareja con él, por eso tengo otros medio hermanos que no los veo nunca pero a veces hablo por teléfono. Nos fuimos un tiempito al campo a vivir a lo de los abuelos y al tiempo

fallecieron y nos fuimos para otro pueblito de Santa fe que se llama Avellaneda y ahí nos quedamos. Yo muy jovencita forme pareja con un hombre a los 16 años y me fui a vivir con él a Reconquista, estuve 8 años con él, tuve a mis tres hijos y me separe porque era alcohólico y me maltrataba.

Más o menos al año siguiente conocí a mi marido actual, yo trabajaba en casa de familia pero cuando terminaba, lavaba y planchaba la ropa de los militares... lo conocí lavándole la ropa. A los veinticinco años nos pusimos de novios, a mi me costó bastante porque venía de una mala experiencia, pero ahora te puedo decir que después de mis hijos es lo más grande que me dio la vida,.... No te voy a decir que no es medio gritón, porque imagínate que es militar, pero al final es pura cáscara.

A mi marido a los treintaicinco años lo retiraron de la Armada, el tenía una sobrina acá en Mar del Plata que siempre nos decía que viniéramos y nos termino convenciendo, cuando vinimos para acá mi marido consiguió trabajo en la fabrica de postres Balcarce, ahí trabajo durante veinte años. Nos gusta Mar del Plata, pero también se extraña a la familia principalmente a mis hijos que no están acá, aunque hablo seguido por teléfono, no es lo mismo; y otro de mis hijos vive acá con nosotros él nos cuida, hace todas las cosas de la casa porque yo no puedo y mi esposo tampoco, él también se tiene que cuidar porque tiene problemas de bronquios por el cigarrillo, por suerte lo dejó pero ya era tarde.

Acá tenemos muchos amigos con los que nos visitamos seguido, antes nos juntábamos siempre a comer ahora no tanto porque nos tenemos que cuidar, porque yo aparte de esto soy diabética (insulina dependiente), como perdí la vista mi marido o mi hijo me inyectan todos los días. Mis amigas que son como mis

hermanas de la vida me visitan todos los días, tomamos mate, charlamos, compartimos....

Desde que estoy en diálisis me siento mejor, son todos muy agradables, tenía un poco de temor los primeros días a esto que no conocía, pero ahora estoy más tranquila; igual cuando pienso todo lo que hacía antes me da bronca esto que me pasa... además mi hijo y mi marido se tienen que ocupar de todo, ellos me dan los medicamentos que tengo que tomar y también vienen a hablar con los médicos para saber como estoy. En realidad ya sabemos que la diabetes cada vez avanza más y afecta a distintos órganos del cuerpo, es una desgracia tenerla, pero bueno es lo que hay y tengo que aceptarlo.... No me queda otra opción; este tratamiento es lo que me ayuda a seguir viviendo.

Análisis del caso:

Presenta red personal heterogénea compuesta por sector familia de origen, procreación y amigos. Relación estrecha de la paciente con su hijo conviviente y esposo.

Los amigos cumplen función de compañía social y contención. Expresa angustia al no poder mantener con ellos el contacto fluido que tenía antes del ingreso al tratamiento.

La paciente encuentra limitada sus habilidades funcionales para el sostenimiento de algunas actividades de la vida diaria modificando así sus funciones dentro de la dinámica familiar y manteniendo una dependencia con quienes ejercen el rol de cuidadores. Toda esta situación, según sus dichos le genera bronca y angustia.

Demuestra aceptación al tratamiento de hemodiálisis.

Presenta capacidad para afrontar situaciones difíciles a lo largo de su historia de vida.

Positiva relación con el equipo de salud.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A partir del análisis de las entrevistas realizadas se concluye que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad desestructurante de la persona y su medio socio- familiar, que irrumpe en la vida de ésta generando cambios en todos sus ámbitos.

Teniendo en cuenta que la muestra seleccionada corresponde a pacientes en edad avanzada, se puede observar que el posicionamiento y actitud ante la enfermedad está vinculado a los acontecimientos positivos y/o negativos que forman parte de su historia de vida.

En los relatos se identifican aquellos factores de riesgo a los que la enfermedad y el contexto exponen a la persona, así como también aquellos factores protectores con los que la persona cuenta de acuerdo a su historia y situación concreta.

Los diferentes factores protectores al igual que los de riesgo ejercen un efecto de conjunto donde establecen complejas relaciones funcionales que traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y eventos estresantes.

- Caracterización según atributos establecidos para la muestra:

Atributos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
Seleccionados para la muestra														
Sexo Fem.	X	X			X	X	X			X			X	7
Sexo Masc.			X	X				X	X		X	X		6
Menores	50													

años															
50 a 65 años									X			X			2
Mayores años	65	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	11
NBI								X	X	X					3
NBC		X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	10
Convive con grupo fiar.			X	X	X	X	X	X				X	X	X	10
Vive solo									X						1
Pte. institucionalizado											X				1
Convive con cuidador formal		X													1
Deambula por si mismo				X	X	X	X	X		X		X			7
Movilidad limitada		X	X						X		X		X	X	6
Nivel de Instrucción		PI	PI	PI	TC	PC	PI	PI	PI	TC	A	TC	TC	A	

Análisis:

Sexo: Femenino 53,8% - Masculino 46,1%

Menores de 50 años: -

Entre 50 y 65 años: 15,3%

Mayores de 65 años: 84,6%

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): 23%

Necesidades Básicas cubiertas (NBC): 76,9%

Convive con su grupo familiar: 76,9%

Vive solo: 7,6%

Institucionalizado: 7,6%

Convive con cuidador formal: 7,6%

Deambulan por sus propios medios: 53,8%

Movilidad Limitada: 46,1%

Nivel de Instrucción: Primario Completo 46,1%

Primario Incompleto 7,6%

Terciario Completo 30,7%

Analfabeto 15,3%

Teniendo en cuenta el objetivo general propuesto en la presente investigación, en relación a conocer aquellos factores que favorecen u obstaculizan respuestas resilientes en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis; se pudo observar que la enfermedad impacta en la vida de la persona exponiendo a ésta a una serie de riesgos como lo son: - la tendencia al aislamiento.

- la pérdida de la capacidad laboral.
- la pérdida paulatina de la realización de actividades que generan placer.
- Alteración en la vida cotidiana y equilibrio familiar.

- Situación de vulnerabilidad extrema íntimamente relacionada con la muerte.

Los factores de protección con los que la persona cuenta son los que le permiten hacer frente a estos riesgos.

Considerando que trabajar en el campo de lo resiliente implica un encuadre teórico diferente, un cambio paradigmático en el sentido de hacer hincapié en las fortalezas, sin dejar de reconocer los riesgos. Resulta de vital importancia poder identificar estos factores de protección en la persona.

Se clasifican estos factores en tres grupos:

Atributos personales

Apoyos del sistema familiar

Apoyos provenientes de la comunidad

- **Atributos Personales:** En cuanto a este aspecto en el estudio realizado se pudieron identificar diferentes capacidades.

Introspección: Es la capacidad de preguntarse a si mismo y darse una respuesta honesta, en cuanto a los cuidados que se requieren, las actividades que se pueden realizar, entre otras cosas.

En relación a este aspecto en un alto porcentaje de los casos analizados se observó preocupación y conocimiento sobre: Los cuidados que la patología requiere respecto a la dieta alimentaria, la importancia de la higiene y el impacto que esto genera en el tratamiento.

Este es un factor sumamente importante para efectuar con eficacia el tratamiento y aún más si se tiene en cuenta que un elevado porcentaje de la población tomada como muestra cuenta con un mínimo nivel de instrucción, sin que esto le impida cumplir con los cuidados que la enfermedad requiere.

No se asocia el nivel de instrucción con el ejercicio de auto cuidado. En los casos que se presentan dificultades en este aspecto se los relaciona con problemas en la adherencia al tratamiento, implicando esto un riesgo para la salud del paciente.

Capacidad de relacionarse: Se refiere a la habilidad para establecer lazos con otra gente y poder equilibrar la propia necesidad de afecto.

Casi el total de los pacientes seleccionados convive con algún miembro de su grupo familiar y expresan en sus relatos la importancia de contar con esta compañía, así como también el impacto negativo que genera el ingreso al tratamiento en relación a este aspecto, ya que la dependencia y cantidad de horas que el mismo demanda así como también las consecuencias psico-físicas que genera como lo son: angustia, cansancio. Malestar, desesperanza, dolores, le impiden mantener contactos fluidos con sus allegados y amistades, exponiendo al paciente a un cambio radical en las relaciones vinculares tendiendo al aislamiento y soledad, provocando esto sentimientos de angustia e impotencia.

El impacto generado por esta situación afecta la adherencia al tratamiento y el equilibrio emocional.

Iniciativa y creatividad: Implica la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y del desorden.

La totalidad de los pacientes seleccionados no se encuentran laboralmente activos, en su mayoría por ser jubilados o haber obtenido este beneficio por incapacidad. Aún teniendo en cuenta esta característica el total manifiesta haber perdido en gran medida a partir del ingreso a diálisis la capacidad laboral como también la realización de actividades que generan placer, por ejemplo: viajar, hacer arreglos en la vivienda, realizar actividades físicas, correspondiéndose esto a las consecuencias de la enfermedad y el tratamiento generando en la persona sentimientos de temor a: sufrir descompensaciones en público, estar en posición de inferioridad con respecto a sus pares, no ser útiles, entre otras cosas.

Aún estando expuestos a esta situación se observa en la muestra iniciativa y creatividad en cuanto a la búsqueda de alternativas posibles de acuerdo a su estado y situación concreta, se destaca la realización de nuevas actividades que generan placer, por ejemplo: leer, coser, cocinar, salir a caminar, que demandan la energía y el tiempo acorde a los límites de la persona.

Esta estrategia que desarrollan muestra la capacidad de introspección ya que conocen sus límites y adecuan sus actividades a estos.

- **Apoyos del sistema familiar:** Por la naturaleza del tratamiento, el paciente necesita establecer relaciones de estrecha dependencia con algún miembro de la familia. Requiere la atención de una persona que le ayude a organizarse y delega buena parte de los cuidados en el otro.

En la población estudiada se observó lo significativo que es para el paciente contar con personas de la red socio-familiar que acompañen y contengan en el proceso.

Resulta fundamental el conocimiento de la composición familiar, los roles desempeñados por cada miembro, las funciones y el ciclo de vida, el cual está afectado por un hecho crítico (en este caso la enfermedad) frente al cual la familia siente la necesidad de revisar sus modalidades de funcionamiento.

Se debe contemplar que la capacidad para prestar apoyo por parte de los miembros de la red está vinculada a la calidad de la relación establecida en las fases precedentes.

Así como el paciente transita por diferentes etapas en el proceso de su enfermedad y requiere para sobrellevarlo de asesoramiento y apoyo tanto del equipo de salud como de su red socio-familiar, esta última requiere también de asesoramiento y apoyo para realizar la contención adecuada.

Se destaca que al decir paciente, se involucra a la familia que debe reconocerse también inmersa en un nuevo aprendizaje que le permita elegir alternativas de vida no por diferentes menos dignas.

En el caso del paciente que vive solo, al igual que el que se encuentra institucionalizado, se pudo observar que ambos cuentan con algún miembro en su red personal que resulta significativo y de apoyo en su vida cotidiana. Esto permite observar que aún no conviviendo con personas de su familia de origen o procreación cuentan con sujetos que acompañan y contienen.

- **Apoyos provenientes de la comunidad:** Teniendo en cuenta las consecuencias del tratamiento se observa este aspecto como uno de los más perjudicados, ya que el aislamiento que la enfermedad provoca repercute desde un primer momento en la red social extra familiar, siendo éste el primer ámbito

del cual el paciente se aleja, por ejemplo: vecinos, amigos, grupos de pertenencia, colectividades, entre otros.

Teniendo en cuenta el riesgo que esto genera, se considera importante fomentar el mantenimiento de los vínculos e incentivar el surgimiento de nuevos contactos, por ejemplo: establecer relaciones con el grupo de tratamiento.

La irrupción de este evento crítico, puede generar una ampliación en la red con la inclusión de miembros nuevos, (por ejemplo: equipo de salud, secretarias, compañeros, entre otros) permitiendo una configuración diferente de la red, modificando y ampliando los tipos de intercambio. Lo que inicialmente aparecía como externo (ámbito hospitalario, equipo de salud), por el efecto de la relación pasa a formar parte de la red.

Esto se observa claramente cuando los pacientes expresan la contención y el acompañamiento que el equipo de salud les brinda.

La sala de hemodiálisis es un nuevo lugar de pertenencia con rasgos y lugares preferenciales. Tanto el lugar físico como el recurso humano con el cual la persona interactúa pasan a formar parte de su vida cotidiana.

- *Tanto los factores de riesgo como los protectores involucran variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales.*

Desde la perspectiva de la **Resiliencia** promover salud en la vida cotidiana del sujeto, involucra como propuesta el no obsesionarse solamente en identificar riesgos, ya que esta es una práctica que debilita, estigmatiza y daña a la persona.

Todos en algún grado más destacado o no, poseen fortalezas; resulta necesario conocerlas, revisarlas, evaluarlas y ver cómo se pueden desarrollar mejor.

- Lo antes expuesto delimita el enfoque de la intervención del trabajador social en el área, debiendo centrarse en una perspectiva que incluya: la capacidad de afronte, la estimulación de potencialidades y la consideración de la esperanza como componentes indispensables en el desarrollo de la persona.

PROPUESTA

Teniendo en cuenta los factores tanto de riesgo como protectores que surgen de la investigación realizada, se considera necesario que el trabajador social se plantee como tarea estimular a personas y grupos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que permite replanteos y cambios de perspectiva.

Al reconocer que todo ser humano nace con capacidad para desarrollar rasgos o cualidades que le permitan ser resilientes tales como: empatía, afecto, habilidad para comunicarse, sentido del humor, metas, aspiraciones, optimismo. Se considera importante estimular en los pacientes estas capacidades para el logro de una adaptación positiva a la situación de vulnerabilidad y adversidad a la cual la enfermedad los enfrenta.

Se reconoce la técnica de abordaje grupal como la más adecuada para el logro de este propósito, ya que el grupo en este caso involucra a sujetos afectados por necesidades internas y externas importantes, que impiden u obstaculizan su desarrollo adecuado como personas.

La propuesta de trabajo que se presenta tiene como propósito fomentar encuentros del grupo fuera del ámbito hospitalario en el cual realizan su tratamiento y puedan obtener en éste satisfacciones de amistad, reconocimiento, expresión creativa, participación y socialización.

Es fundamental incorporar al equipo de salud a estos encuentros ya que forman parte del trabajo interdisciplinario. El clima de distensión, compañía y atención social que se generan en estos encuentros pueden ser tan importantes

para la calidad de vida de los pacientes como la calidad de asistencia médica que estos reciban.

Se debe incentivar la participación de familiares en estos espacios teniendo en cuenta las implicancias en la dinámica familiar que la enfermedad genera. Se considera necesario que el trabajador social extienda su campo profesional promoviendo espacios de reflexión en dos niveles: Uno destinado a familiares de pacientes en tratamiento con la finalidad de prevención. Apuntando al conocimiento de las posibles consecuencias de la enfermedad en la dinámica familiar y a la preparación de sus integrantes para la resolución de las dificultades que se presenten.

El segundo nivel dirigido a pacientes en tratamiento de hemodiálisis y familiares o sujetos significativos de la red personal, cuyo objetivo es lograr que los integrantes se recreen en otros espacios, extrayéndolos del entorno patológico de la Insuficiencia Renal, lo que posibilitará un mayor compromiso y una mejor inserción a la realidad.

Fomentar estos momentos implica promover **salud** en la vida cotidiana de los sujetos, centrándonos en lo que **si funciona** y no obsesionarnos solamente en identificar riesgos.

La propuesta para el trabajador social es asumir la **resiliencia** como elemento de promoción que active mecanismos protectores que permitan fortalecer a los sistemas humanos para enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander Egg, E. Diccionario de Trabajo Social. Ed. Lumen. Bs. As. Argentina 1995.
- Avendaño, Luis H. Nefrología Clínica. Ed. Panamericana. Madrid, España. 1998.
- Corbacho, M. Dell' Anno, A. Y Serrat, M. Alternativas de la diversidad sociocultural: Las personas con discapacidad. El enfoque de la resiliencia como herramienta de trabajo interdisciplinario en el área de la discapacidad. Ed. Espacio. 2004.
- Delgado, J. Y Gutiérrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Síntesis. 1998.
- Melillo, A. Suárez Ojeda, E., Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Ed. Paidós. Buenos Aires. 2003.
- Narvárez, R. "Trabajo en Equipo: Interdependencia Disciplinaria". Apunte de la cátedra Medicina Preventiva. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P.
- Organización Panamericana de la Salud. Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante. Primera conferencia de consenso. Publicación Científica N° 520. Washington. 1998.

-Redi, C., "Principales corrientes explicativas de la salud y enfermedad en la historia". Apunte de la cátedra Medicina Preventiva de la Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social, U.N.M.d.P., 1998.

-Taylor, S. Y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós. 1990.

-Zurro, M.; Gené Badia, J. Y Subias Loren, P., "Actividades preventivas y de promoción de la salud" (cap. 21) en "Prevención y Promoción de la salud".

Publicaciones en Internet:

-Alvarez, A. Y Reynoso, D. Médicos e instituciones de Salud. Ed. H.I.S.A. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1994.

-CEANIN (Centro de estudio y atención del niño y la mujer).

-Crespo Argañaras, J. Resiliencia en la sociedad Argentina.

-García Pérez, M. Y Lagos, A. Aspectos Psicosociales de los pacientes en diálisis peritoneal.

-Gómez, M. Y Sabeh, E. Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Ins. Universitario de integración a la comunidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.

-González García, G. Y Tobar, F. Más salud por el mismo dinero. Ed. Nuevo Hacer. Bs. As. 1997.

-Kotliarenco, M. Caceres, I. Y Fontecilia, M. Estado de Arte en Resiliencia.

-Max Neff, M. Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro. CEPUR. Chile. 1986.

-Pineda, E. De Alvarado, E. De Canale, F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. Segunda edición. Organización Mundial de la salud. Washington. D. C. 20037, EUA.

-Quinteros Velásquez, A. La Resiliencia: Un reto para el Trabajo Social. Desde el Fondo. Revista de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. 2000.

-Valdeverde Delgado, C. La Resiliencia en la educación. Revista cultural. Universidad Florencio del Castillo.

-Vasilachis, I. Métodos Cualitativos I. Ed. Centro. 1992