

872729

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA
ATENCIÓN AL ENFERMO DE
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

LUIS ARMANDO GONZÁLEZ CORZA

ASESOR:

L.T.S. NAZARIA MORENO MACIAS



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A.C.

URUAPAN, MICHOACÁN, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a las personas que nunca me han dejado de apoyar, siempre estuvieron y están conmigo, dándome lo necesario y Mucho Más, siempre con el corazón en la mano y sin esperar nada a cambio, les agradezco todo su apoyo y todo el amor que me dan, a ti PAPA y a ti MAMA Gracias por todo. SON LOS MEJORES.

LUIS GONZÁLEZ GARCÍA
M^a YOLANDA CORZA PLANCARTE

Dedico también este trabajo a las personas que han estado a mi lado en los momentos más difíciles; Mi Esposa MAYRA ANABEL MARTÍNEZ CEJA y a Mi Hijo LUIS ALEJANDRO, Gracias por dejarme estar a su lado.

Gracias a ALMA ROSA y a SUSANA JUDITH, por su cariño apoyo y por ser parte de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la LIC. T. S. NAZARIA MORENO MACIAS, por el apoyo incondicional que me brindo dentro y fuera del salón de clases, muchas gracias por los conocimientos que me hizo descubrir.

Un Agradecimiento especial al apoyo que me brindo la LICENCIADA GUADALUPE HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, durante todo el tiempo que duro mi preparación académica y después de la misma, pero sobre todo por su amistad. Gracias

Gracias a la LIC. T. S. SANDRA CORZA PLANCARTE por que siempre estuvo allí despegando mis dudas, y por guiar mi camino.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL, OBJETIVOS ESPECIFICOS, HIPÓTESIS	3
CAPITULO I LA SALUD EN MÉXICO (Insuficiencia Renal Crónica)	4
1.1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	4
1.2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)	4
1.3. CAUSAS QUE ORIGINAN LA IRC	5
1.4. TIPOS DE IRC	5
1.5. FASES POR LAS QUE ATRAVIESA UN ENFERMO TERMINAL	6
1.6. ATENCIÓN HOSPITALARIA	7
CAPITULO II LEY DE TRASPLANTES EN MÉXICO	11
2.1. ANTECEDENTES DE TRASPLANTES EN MÉXICO	11
2.2. TRASPLANTES, UNA LEY PARA DAR EXISTENCIA DESPUÉS EL SUEÑO ETERNO	13
2.3. CAMBIO CULTURAL	17
2.4. ANIMALES COMO BANCO DE ÓRGANOS	18
2.5. NO ES DELITO QUE MENORES SEAN DONANTES	19
2.6. LEY GENERAL DE SALUD	19
CAPITULO III PAPEL DE LA FAMILIA AL CUIDADO DE UN ENFERMO TERMINAL	23
3.1. FAMILIA	23
3.2. FUNCIONES DE LA FAMILIA	23
3.3. TIPOS DE FAMILIAS	24
3.4. FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL	24
3.5. FAMILIA COMO SISTEMA	26
3.6. LA FAMILIA DE UN ENFERMO CON IRC	27
CAPITULO IV EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD	29

4.1 PERFIL IDEAL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD	29
4.1.1. CONOCIMIENTOS	29
4.1.2. CAPACIDAD	30
4.1.3. HABILIDAD Y DESTREZAS	30
4.1.4. ACTITUDES	30
4.2. ESPECIFICIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD	31
4.3. DEFINICIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DEL ÁREA DE SALUD	32
4.4. OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA MÉDICA	33
4.5. FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD	34
4.6. NIVELES DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CASO, GRUPO	38
4.6.1. TRABAJO SOCIAL DE CASOS	38
4.6.2. TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS	45
CAPITULO V TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES EN FASE TERMINAL	54
5.1. CONOCIMIENTO DE SÍ MISMO	54
5.2. EL CONTEXTO DONDE OCURRE LA PÉRDIDA	57
5.3. EL ENFERMO MORIBUNDO	61
5.4. TRABAJO SOCIAL Y LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL	62
CAPITULO VI MARCO REFERENCIAL	67
6.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8 DE URUAPAN MICHOACÁN	67
6.2. MISIÓN DEL HGZ NO.8	67
6.3. OBJETIVO DEL HGZ NO.	67
6.4. ANTECEDENTES DE LA CATEGORÍA DE TRABAJO SOCIAL EN EL HGZ NO.8	68

6.5. DEFINICIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN UNIDADES MÉDICAS, DEL IMSS	68
6.6. OBJETIVO DE TRABAJO SOCIAL EN UNIDADES HOSPITALARIAS	69
6.7. POLÍTICAS PARA TRABAJO SOCIAL EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS	69
6.8. UBICACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL HGZ NO.8	69
6.9. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL DE LOS DISTINTOS SERVICIOS DONDE SE ENCUENTRA	70
9.9.1. TRABAJO SOCIAL EN URGENCIAS	70
9.9.2. TRABAJO SOCIAL EN CONSULTA EXTERNA	71
9.9.3. TRABAJO SOCIAL EN GINECOLOGÍA	71
9.9.4. TRABAJO SOCIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	72
CAPITULO VII INVESTIGACIÓN DE CAMPO	74
METODO UTILIZADO	74
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO	74
DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA	74
METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN	75
ANÁLISIS E INTERPRETECIÓN DE RESULTADOS	76
ANÁLISIS	119
CONCLUSIONES	122
PROYECTO DE TRABAJO SOCIAL PARA EL TRABAJO CON PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SUS FAMILIAS	124
INTRODUCCIÓN	124
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	124
JUSTIFICACIÓN	124
MARCO INSTITUCIONAL	125
FINALIDAD DEL PROYECTO	125

OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO	126
OBJETIVOS ESPECIFICOS	126
METAS	127
POBLACIÓN BENEFICIARIA	127
PRODUCTOS	127
LOCALIZACIÓN FÍSICA	127
COBERTURA ESPACIAL	127
ACTIVIDADES GENERALES	127
MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR	128
DETERMINACIÓN DE LOS PLAZOS O CALENDARIO DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMA)	128
INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO	128
RECURSOS NECESARIOS	128
RECURSOS MATERIALES	129
RECURSOS HUMANOS	130
ESQUEMA PARA EL DESARROLLO DE UNA HISTORIA DE VIDA	133
ANEXO 1	138
BIBLIOGRAFÍA	138

INTRODUCCIÓN

La pérdida de un ser querido es algo sumamente doloroso que difícilmente se puede describir. Es algo que además llega sin previo aviso ni se puede decir con exactitud cuando va a ocurrir.

Cuando sabemos que alguien tiene una enfermedad terminal, como lo es la Insuficiencia Renal Crónica, ya que este padecimiento no tiene cura, aún cuando existen los trasplantes de riñón, el tratamiento que se lleva si no ocurre el trasplante es la diálisis, que es un tratamiento paliativo, lo único que hace es prolongar la vida un poco más de tiempo.

Ahora bien la atención que se debe de dar a estos pacientes es nuestro punto de acción; el saber como los mismos familiares pueden brindar una atención de calidad a sus enfermos; esto también esta dirigido a los doctores, enfermeras y todo aquel personal del área de la salud que este involucrado directa e indirectamente con los pacientes de IRC (Insuficiencia Renal Crónica), el fin último de prestar una atención de calidad es que el paciente tenga sus últimos instantes de existencia con la mejor calidad de vida.

Cuando a alguien se le diagnostica una enfermedad mortal, no sólo el individuo sufre cambios en su actuar y en su forma de llevar su vida sino que los cambios que se dan por tal fenómeno son variados y no sólo afectan al paciente sino a las personas que lo rodean. Estas manifestaciones que presenta la familia, van desde los cambios en los roles, problemas económicos, ruptura familiar, pérdida de la comunicación entre los miembros y con el enfermo entre otros.

En todo esto la familia es la indicada para ayudar y apoyar al enfermo, ya que este es el sistema que más está en contacto con el paciente, lo importante será descubrir cual es la mejor forma de atender a este tipo de pacientes.

Ahora bien el paciente sufre también cambios en su estilo de vida, cambios en la alimentación, el paciente requiere llevar una dieta especial para este tipo de pacientes con insuficiencia renal, la cual es recomendada y controlada por un Nutriologo, también modificar sus actividades diarias, tanto del trabajo desempeñado como en lo social, cultural,

deportivo y recreativo, esto a causa de tener que dializarse por lo menos 3 o 4 veces al día, esto lo determina el médico, todo esto ocasiona que el paciente se aisle de la familia y de lo social.

La muerte es un fenómeno social y natural, por lo tanto, requiere de atención multidisciplinaria y de un profundo compromiso humano, característico de las profesiones que trabajan en el ámbito social.

El propósito de esta investigación es destacar la importancia que tiene el conocer el medio familiar en donde se encuentra el enfermo con insuficiencia renal crónica, así como todo lo relativo al enfermo y a su padecimiento, para de esta manera aprovechar este conocimiento en mejorar la atención brindada por el personal médico tanto al paciente como a la familia, logrando con ello mejorar la calidad de cuida de estos pacientes, esto desde el enfoque del Trabajador Social.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la forma de participación de la familia en la atención del paciente con Insuficiencia Renal Crónica , con la finalidad de ofrecer una calidad de vida más óptima al enfermo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la opinión del paciente y familiares respecto a la atención que brinda el IMSS a este tipo de pacientes
- Señalar que ventajas presenta el programa de insuficiencia renal a los pacientes con este padecimiento
- Identificar situaciones que se le presentan a la familia en la atención al enfermo
- Señalar que tipo de apoyo brinda la familia al enfermo con IRC
- Valorar el conocimiento que tienen los familiares sobre la IRC y su atención médica

HIPÓTESIS

La participación de la familia en la atención de los enfermos con insuficiencia renal crónica, no esta determinada por la capacitación que se ofrece en el hospital General de Zona No. 8, sino por las condiciones del medio familiar.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Participación de la familia en la atención al enfermo con insuficiencia renal crónica

VARIABLE INTERVINIENTE

Capacitación que ofrece el Hospital General de Zona No.8

VARIABLE DEPENDIENTE

Condiciones del medio familiar

CAPITULO I

LA SALUD EN MÉXICO (Insuficiencia Renal Crónica)

1.1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Las definiciones de salud han sido muy variadas a lo largo del tiempo, pero la más utilizada es la que la OMS dio en 1946: " Salud es un estado de completo bienestar Físico-Mental y Social".

Karl Meninger, en 1947, hace referencia a la sensación de felicidad como factor intrínseco del concepto salud. En 1955, Grisbog define la salud en términos de bienestar en las áreas del amor, del trabajo y de la diversión.

La salud de las personas depende y se fragua, por tanto en el propio entorno familiar desde la misma gestación, en el entorno social y posteriormente, en el grado de bienestar que consiga en el seno de la comunidad o a través de la realización personal en el medio sociolaboral, debiendo establecerse un equilibrio entre las capacidades de la persona y lo que de ella exige el medio.

De igual manera que el término salud, la enfermedad ha sido definida en múltiples ocasiones, Séneca definió una forma de entender la vida: "El mero vivir no es un bien, sino el vivir bien, y morir bien significa escapar del peligro de vivir enfermo".

Laín Entralgo nos dice " es la enfermedad un doloroso modo de vivir del hombre, reactivo a una ocasional alteración o a un estado permanente de su cuerpo que hacen imposible en el tiempo de su personal destino (enfermedad letal, SIDA, Cáncer), impiden o entorpecen pasajera o definitivamente esa realización (enfermedad curable, Gripe, Varicela,), o la limitan penosa y definitivamente (enfermedad residual o cicatricial, diabetes)".

1.2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

La IRC es la pérdida total de la función renal, requiriendo en este grado de la enfermedad, un tratamiento médico (diálisis) ó un trasplante de riñón.

Los órganos encargados de filtrar la sangre son los riñones, si la función de estos se ve interrumpida es entonces cuando se presenta la Insuficiencia Renal (I. R.), la

cual puede ser tratada con medicamento y con una dieta especial, y puede llegar a ser controlada la I. R., por el contrario si no se detecta o se trata a tiempo, se pasa de esa Insuficiencia Renal. a la Insuficiencia Renal Crónica, esto es la pérdida total de la función renal lo que ya requiere de diálisis o trasplante renal.

1.3. CAUSAS QUE ORIGINAN LA IRC

Existen varias causas por las cuales los riñones dejan de funcionar, como son:

Diabetes

Presión arterial alta

Infecciones repetitivas de los riñones

Litiasis (piedras en los riñones)

Glomérulo nefritis

Enfermedad renal poliquística, lupus, intoxicación, etcétera.

1.4. TIPOS DE IRC

Existen dos tipos de insuficiencia renal, la aguda y la crónica.

La insuficiencia renal aguda: se caracteriza por que es una disminución rápida de la función renal que ocurre de horas a días, puede ser producido por accidentes, cirugías, exposición a agentes químicos o medicamentos que dañan el riñón. Si ésta insuficiencia se prolonga y no recibe un tratamiento adecuado, puede provocar que se establezca la insuficiencia renal crónica.

Si la insuficiencia renal aguda se atiende oportuna y adecuadamente se puede recuperar toda la función renal.

Algunas causas de la insuficiencia renal aguda son: Hipotensión sanguínea, hemorragia importante, algunas alergias severas, fallas del corazón, cálculos renales (piedras) en el aparato urinario, medicamentos e infecciones, en una cirugía complicada.

Signos más comunes de la insuficiencia renal aguda: aumento de la urea, creatinina y potasio en la sangre; puede cursar con alteraciones del estado mental; acidosis metabólica (aumento de la acidez de la sangre por diversas causas provocando serias alteraciones en el organismo)

La insuficiencia renal crónica: se identifica por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, que condiciona a un estado urémico. Esto se debe a que los riñones ya no pueden filtrar y eliminar los productos de desecho de la sangre (urea, creatinina, ácido úrico, etcétera), lo que afecta a todo el organismo.

Los pacientes con este tipo de insuficiencia, no presentan síntomas sino hasta que han perdido del 50% al 70% de la función renal y por ello en muchas ocasiones no se detecta a tiempo esta enfermedad.

Cuando una persona tiene los síntomas que en ensiguida se describen, pero no les da importancia necesaria, llega a desarrollar la insuficiencia renal crónica (IRC) y se verá obligada a un tratamiento que sustituya a la función renal.

Los síntomas de la insuficiencia renal crónica son:

Falta de apetito (anorexia), náusea, vómito, mal aliento, pérdida de visión, fatiga excesiva, molestias gástricas, presión arterial alta, dolor de los huesos, alteraciones en el estado mental, letargia, cefalea, prurito (picazón, comezón).

Causas que pueden conducir a la insuficiencia renal crónica.

Enfermedades congénitas. (Defectos al nacer: ausencia de un riñón, riñón más pequeño, deformidad en la arteria que irriga el riñón, Infecciones frecuentes o no atendidas, enfermedades degenerativas: hipertensión arterial continua y mal controlada, diabetes mellitus, ciertos tipos de cáncer, Glomérulo nefritis, procesos obstructivos crónicos: Cálculos renales, inflamación de la próstata, estrechez de los conductos urinarios.

1.5. FASES POR LAS QUE ATRAVIESA UN ENFERMO TERMINAL

Las fases por las que atraviesa un enfermo quien se sabe poseedor de una enfermedad terminal son:

Fase de negación de la enfermedad: No se acepta la enfermedad, se rechaza todo tratamiento médico, se niega así mismo y a los demás de que él se encuentre enfermo, en esta fase se pueden dar conflictos tanto el paciente consigo mismo, como él con su familia, por el hecho de no aceptar que está enfermo.

Regresión o disociación: Idealizando lo que ya no posee y exagerando todo lo que tuvo anteriormente, con lo cual no encuentra nada para apoyarse en su situación actual.

Depresión: aparece la tristeza sustituyendo la agresividad, empieza a admitir la existencia de la enfermedad; a medida que la negación y la ira han ido desapareciendo, aumenta la sensación de lo que ha perdido y con ello la somatización, trastornos gastrointestinales, disminución de la libido y actividad sexual, y un largo etcétera matizable en cada paciente y su medio.

Aceptación: asume su enfermedad y empieza a comprobar que puede vivir, a pesar de lo perdido. En el caso de la enfermedad Crónica renal, en esta fase, aparecen otros medios y dependencias, miedo al pensamiento de que tu vida depende de una máquina y dependencia del sistema de salud y fundamentalmente de los profesionales encargados de sus cuidados.

" Ayudar al enfermo y a sus familiares requiere de diferentes modos de acercamiento, dependerá filosófica y psicológicamente del estado que tenga el paciente y de las etapas por las que esté pasando cada uno de los miembros de la familia, por lo tanto hay que estar vigilando las emociones que presentan quienes los cuidan".

(Dr. Armando Reyes, IMSS)

Se entiende por Fase Terminal cuando el enfermo ya no tiene cura, es cuando los médicos han agotado los recursos y ya médicamente no se puede hacer nada, mas que atenuar su dolor, y prolongar su vida lo más que se pueda.

El Enfermo Terminal es aquel que padece una enfermedad por la cual posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto y que bien puede tener conocimiento de su diagnóstico o desconocerlo.

1.6. ATENCIÓN HOSPITALARIA

Calidad de vida, un concepto para el cual es difícil dictar normas objetivas. Todos lo definimos de acuerdo con nuestras propias experiencias, deseos y el significado que damos a la vida. Para algunas personas en la fase final de una enfermedad terminal, la prolongación de la vida sólo asegura una existencia precaria y gravosa.

“Principios éticos de la “dignidad” de los últimos instantes:

El principio de autonomía, respetar la libertad de los otros, es el dejar que el paciente decida libremente lo que necesita, si acepta un tratamiento o no. Él tiene derecho a decidir como vivir los últimos instantes, escogiendo la forma más coherente de vida. Tiene derecho a saber todo sobre su enfermedad y de sus consecuencias. En este caso él medico tratará de informar al paciente de manera verídica y discreta.

El principio de beneficencia, aquí él medico tiene que actuar evitando cualquier daño y, a la vez produciendo el máximo bienestar a su paciente.

El principio de justicia, todos los pacientes tienen derecho a ser tratados de igual manera, a pesar de sus diferencias, a menos que éstas sean importantes para su tratamiento específico.

La dignidad, integridad e independencia de la profesión médica. Esto significa no solamente que cada operador sanitario tiene derecho a ser fiel a sus propias creencias morales y religiosas, sino también, que el personal médico tiene la responsabilidad de actuar de acuerdo a la ética de su profesión, siguiendo los principios de curación más apropiados."

(Medicina y Ética 1991/Abril: Paolo Cattorini)

Weissman nos dice que Muerte adecuada, o apropiada, es aquella "en la que hay reducción de conflictos, compatibilidad con el ego ideal, continuidad con las relaciones significativas y significantes, y consumación de los deseos predominantes y de los instintos"

Trabajo social y pacientes en fase terminal

Un pronóstico de muerte implica para la familia una etapa de crisis. Una situación de estas provoca desequilibrio, un desajuste familiar porque ésta va a producir cambios en el estilo de relaciones de la familia, cambios en el manejo de las jerarquías de los límites, y del temor de lo que va a pasar si este familiar llega a faltar. Temor de afrontar la ausencia de ese espacio vacío que quedará en la familia.

El primer momento que la familia tiene que pasar es el de estupor, la confusión y el miedo ante un diagnóstico terminal. La primera función del trabajador social es buscar que la familia retome el control y para esto se requiere facilitar información.

Posteriormente el paciente y la familia deben discutir las diferentes alternativas de solución, tomando en cuenta su propio proceso. Es importante que la persona que ayudará

a la familia y al paciente entienda y comprenda lo mas que se pueda la forma de pensar de cada uno de ellos.

Las necesidades de una persona que está cerca de la muerte

Las personas que se acercan a la muerte tienen necesidades físicas, patológicas y espirituales que son específicamente diferentes a las necesidades de otros pacientes confinados en cama. Su cuerpo, de hecho todo su ser y su entorno, está cambiando y adaptándose al proceso de la muerte.

En el ámbito físico, es importante darles vuelta con frecuencia, poniendo especial atención a la circulación de la sangre en sus piernas, realizar los cambios de la diálisis adecuadamente y en el tiempo indicado.

En el ámbito psicológico, las personas necesitan vivir en un ambiente de seguridad. Quieren sentirse confiadas de que no se les abandonará, que a un lado de la cama, siempre estará alguien con quien pueda compartir sus sentimientos más profundos con la certeza que encontrara comprensión. La presencia de los seres queridos puede ser de gran ayuda para aliviar su ansiedad.

Estos pacientes a su vez necesitan la mayor sinceridad. Las personas que los rodean deben evitar las frases hechas y las mentiras, incluso las bienintencionadas: "hoy se te ve mucho mejor", "parece que ya vas recuperándote", "pronto estarás de pie". Los pacientes están muy sensibles y reconocen la falta de sinceridad y las verdades a medias, ya que en su cuerpo están sintiendo que se acercan al final de su vida.

En el ámbito espiritual, las persona que están muriendo tienen una apremiante necesidad de darle un significado a su sufrimiento. Necesitan hablar de su angustia y encontrarle una respuesta a la pregunta ¿ adónde vamos después de la muerte?. Una persona que las escuche con comprensión los puede apoyar cuando, al revisar los sucesos de su vida pasada, sientan una punzante insatisfacción y algunas veces culpabilidad.

La confianza en Dios o un ser supremo pueden ser fuentes invaluable de consuelo para alguien que está enfrentándose a la muerte. Los voluntarios deben estar preparados para ayudar a los pacientes que están buscando consuelo en la fe religiosa. Deben estar preparados para orar con ellos, para compartir con ellos los misterios de la vida y de la muerte. Cuando se aproxima la muerte, estos enfermos desean también relatar aspectos de su vida, a fin de reconocer y aceptar mejor los sucesos importantes que vivieron. Una atención activa les ayudará a realizarlo y a ubicarse en su última etapa.

La fe religiosa no elimina la angustia de la muerte. Jesús mismo experimento esta angustia en el Monte de los Olivos y en la cruz: "¡Dios mío, Dios mío! ¿Por qué me has abandonado?" (Mateo 27:46).

CAPITULO II

LEY DE TRASPLANTES EN MÉXICO

2.1. ANTECEDENTES DE TRASPLANTES EN MÉXICO

Los avances científicos y tecnológicos se suceden cada vez con más rapidez, muchos de ellos y en particular los que tienen una aplicación directa en el campo de la medicina, provocan frecuentemente, no sólo asombro, sino también, de acuerdo con los componentes culturales de la sociedad de que se trate, la emergencia de nuevas condiciones jurídicas, éticas y morales. Tal es el caso en la actualidad, cuando se abordan los aspectos de los cuidados intensivos neonatales, de la manipulación genética, de la transferencia de sus embriones, de los bancos de esperma, de órganos, tejidos y sus trasplantes.

Hoy los trasplantes son una realidad. El conocimiento cada vez más fino de los mecanismos inmunológicos involucrados en el fenómeno del rechazo, el consecuente advenimiento de medicamentos inmunosupresores cada vez más eficaces, los avances en la anestesia y en los cuidados preoperatorios y postoperatorios, han hecho de los trasplantes, procedimientos cada vez más seguros y de mejores resultados, brindando a pacientes antes condenados a la muerte, la posibilidad de una vida no sólo más larga sino de excelente calidad.

¿Quién no sabe o conoce ahora de pacientes que han recuperado la salud, en su más hermoso concepto de equilibrio biopsicosocial con la realización de un trasplante?.

¿A quién no se le ocurre, ante una lesión irreversible de córnea, una anémica aplásica, leucemia o insuficiencia orgánica terminal; amenazando con la ceguera en el primero de los casos o con la muerte en los otros, recurrir al trasplante?.

Es evidente que el avance de las investigaciones básicas y su aplicación en la clínica, han traído consigo en el mundo entero una seria preocupación por la revisión de los aspectos jurídicos y éticos. Tal es el caso en México, al incrementarse el interés desde la década de los cincuenta, por la creación de comités de ética ahora obligatorios en las unidades hospitalarias. Así como la profunda revisión de los aspectos jurídicos que regulan el cuidado de la salud en nuestro país, desembocando en la publicación de la nueva Ley

General de Salud y su reglamento que incorpora, ahora, normas que regulan el empleo de tejidos y órganos con fines de trasplantes, ejemplo de la acción transformadora del derecho. Sin embargo, el avance de la ciencia seguirá generando situaciones que ni siquiera podemos en este momento imaginar, de ahí la importancia de promover una permanente, ágil y dinámica revisión de los aspectos éticos y médicos, que inciden sobre los derechos y obligaciones de los seres humanos; entendiendo que si somos una sociedad plural, heterogénea, con individuos de diferentes capacidades físicas e intelectuales, diferentes habilidades y diferente genética para vivir en salud, como sociedad debemos cuidar que éstas diferencias no desemboquen mañana en injusticia social.

En la década de los sesenta, los trasplantes se introducen como un procedimiento aceptado en la clínica, y es en los setenta, cuando se experimenta un evidente proceso de consolidación y expansión que motiva cambios muy importantes que se van dando en la legislación nacional, hasta llegar a la aceptación misma de los procedimientos, cuando señala la Ley General de Salud actual: "Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen un medio terapéutico eficaz en el tratamiento de múltiples enfermedades y en la rehabilitación de enfermos cuya única alternativa de curación es a través de aquellos"

(Polemica@healthing.com)

Las condiciones y requisitos de receptores y donadores; tanto vivos, como cadáveres; proyectando su vocación social al señalar que: "Los órganos y tejidos no son bienes sujetos a comercio" (CND Guía sobre derechos, deberes y obligaciones). Esta disposición es uno de los conceptos medulares de la práctica de los trasplantes en nuestro país, penalizándose con severidad su infracción.

(Internet pagina)

La Ley General de Salud de México dedica su título XIV con tres capítulos a reglamentar la materia. Como principio general, la disposición de órganos, tejidos y cadáveres, está en nuestro país permitido; correspondiendo a la Secretaría de Salud el ejercicio del control sanitario. Estos actos de disposición implican el conjunto de actividades relativas a la obtención, conservación, utilización, preparación, suministro y destino final de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos; incluyendo los de embriones y fetos con fines terapéuticos, de docencia e investigación.

Estos criterios, inicialmente señalados en el Reglamento del Código Sanitario del 27 de octubre de 1976, fueron posteriormente ampliados e incorporados a la nueva Ley General de Salud en febrero de 1984, así como en su reglamento, el 20 de febrero de 1985,

con reformas incorporadas el 26 de noviembre de 1987; la norma técnica número 323 para la Disposición de Órganos y Tejidos de Seres Humanos con Fines Terapéuticos el 14 de noviembre de 1988; el Instructivo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal para los Agentes del Ministerio Público, sobre la misma materia, el 10 de agosto de 1989, y finalmente las bases de coordinación con la Procuraduría General de la República el 23 de diciembre de 1991; todas ellas publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

2.2. TRASPLANTES, UNA LEY PARA DAR EXISTENCIA DESPUÉS DEL SUEÑO ETERNO

Ante el fracaso de la donación altruista en México, para la secretaría de Salud, la propuesta del nuevo reglamento para trasplantes significa aplicar en México un cambio cultural y filosófico drástico, para entender que la muerte puede dar vida.

Se asegura que no es posible que mientras en el país existen 100 mil solicitantes de órganos para trasplante, sólo se realicen 6 de corazón, 12 de hígado, mil 200 de riñón y mil 600 de córneas

En México se requieren 30 mil donadores de órganos y tejidos para salvar a 100 mil mexicanos que esperan un trasplante para escapar de la muerte. Estas cifras son del año 2000, fueron recabadas de los artículos que publica la secretaria de salud.

Sin embargo, no se cuenta ni con el 10 por ciento de esas donaciones y el reloj sigue su marcha inexorable para los enfermos en etapa terminal.

Ante ello, la Secretaría de Salud elaboró el proyecto de Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario en Disposición de Órganos, Tejidos, Células y Cadáveres, que de hecho convierte a cada mexicano en donador. El anuncio ha causado gran controversia y aun reticencia entre la comunidad médica y una polémica más que justificada porque involucra toda la gama de valores humanos, jurídicos, éticos y religiosos fracaso de la donación altruista.

El reglamento propuesto demuestra el fracaso de la donación altruista de órganos, cuya difusión estuvo durante años a cargo casi exclusivo de patronatos privados como la Cruz Roja, ya que apenas si se tiene 2 donadores por millón de habitantes.

El Consejo Nacional de Trasplantes, reconoce que la ausencia de una cultura de donación entre los mexicanos se debe fundamentalmente a la desinformación sobre los beneficios que conlleva, así como a tabúes y hasta creencias religiosas desvirtuadas.

Acepta igualmente, que ni siquiera se tiene un registro nacional exacto de los enfermos en espera de un órgano. "Durante muchos años trabajamos tan centralizados que no pudimos tener un registro correcto por muchas razones, pero ahora se toma muy en serio este trabajo". Actualmente ya son 20 los estados de la República que cuentan con su Consejo Estatal de Trasplantes y se espera que para mayo lo hayan constituido todas las entidades federativas.

La Secretaría de Salud sostiene que este sólo hecho implica un avance sustancial para ordenar con transparencia los requerimientos de órganos y asegurar que el listado nacional se respete escrupulosamente. "Esto se hace para asegurar que nadie, sin importar la gravedad, jerarquía social o económica, usurpe el sitio de otro demandante en espera de un órgano o tejido".

En este sentido, La Sociedad de Istocompatibilidad y Trasplantes, explica que las corneas son los tejidos que tienen mayor demanda, ya que la lista de pacientes en espera está compuesta por 7 mil personas. En el renglón de órganos, la lista la encabezan los riñones con 14 mil, luego los pulmones, el hígado y el corazón, donde "la lista es más reducida, acaso 2 mil demandantes como máximo.

(La Sociedad de Istocompatibilidad y Trasplantes, es una asociación de profesionales especialistas en este tipo de padecimiento)

Ello no implica que los padecimientos cardiovasculares, hepáticos y respiratorios sean menos importantes en número e incidencia entre la población adulta; Lo que ocurre es que se trata de pacientes que no sobreviven mucho tiempo en la espera». Donadores insuficientes.

Se acepta que por esa razón no existe en nuestro país un número adecuado de programas de trasplante cardiaco, pulmonar, pancreático y hepático.

El caso contrario, es el de los enfermos con insuficiencia renal, que pueden aguardar muchos años a un injerto gracias a la tecnología para producir la hemodiálisis o la diálisis peritoneal, además de que se tienen poco más de 100 hospitales que cuentan con la tecnología para estos injertos, mientras que para los de corazón, pulmón, hígado y páncreas, no hay más de 10 en todo el territorio nacional.

En los últimos 35 años no sólo ha crecido el número de instituciones con equipo, tecnología e instalaciones suficientes para realizar trasplantes mayores, sino también el de médicos y enfermeras especialistas en este ramo. Lamentablemente, no ha ocurrido lo

mismo con el número de trasplantes, debido a que no hay suficientes donadores a pesar de que cada año mueren mil 200 personas por traumatismo cerebral.

"De ahí la importancia de la propuesta de la secretaria de Salud, para que todos los mexicanos sean donantes activos, con la salvedad de que se exprese en vida lo contrario, se trate de menores de 18 años o se tenga más de 60 años de edad".

Este consentimiento presunto, es un modelo que se aplica ya en muchos países, aunque reconoce que no en todos ha tenido éxito. En varias naciones europeas estuvo vigente pero se canceló, esto a causa de diversos factores uno por ejemplo y el más significativo fue que la mentalidad de las personas no sufrió el cambio esperado.

Este modelo no sería el más adecuado para México, porque implicaría que todos los mexicanos estuvieran informados de que somos donadores de órganos desde el nacimiento y no se tiene una cultura que garantice conciencia de esta legislación. Por otro lado se considera que aplicar el artículo 325 de la Ley General de Salud es más conveniente. Esta legislación señala que antes de morir una persona debe dejar su consentimiento en vida para la disposición, de "no-donación", de sus órganos, o que sus familiares directos lo autoricen.

Es decir, lo contrario del reglamento que se someterá a consulta en el que se asienta que puede establecer en vida su negativa. Además, ese artículo señala que la determinación personal de autorizar o no la disposición de sus órganos, se invalidará cuando la persona fallecida sea sujeta a una orden de necropsia legal, es decir, porque murió por accidente o hecho delictivo.

Otros elementos que hacen esta alternativa determinante son que en la mayoría de los decesos por accidente se produce muerte cerebral, que es la precondition para disponer de los órganos, puesto que la mayoría de las personas que mueren de enfermedad no pueden hacerlo y que en una necropsia, de todas maneras los órganos van a ser retirados del cuerpo. No se ha podido hacer uso de ese artículo, porque nuestra cultura no lo asimila y porque cuando se ha aplicado, han surgido demandas y escándalos a pesar de estar autorizado por la ley.

El Programa de Trasplantes del Centro Médico Nacional La Raza del Seguro Social, concuerda en que el modelo actual para trasplantes es de excelencia y permite disponer de los órganos de un paciente con muerte cerebral, pero asienta que en el IMSS siempre se pide la autorización a los familiares, con lo que se agiliza el trámite y se evitan las demandas, aunque sean improcedentes. El IMSS concuerda en la necesidad de hacer

una legislación más accesible para que la población la comprenda y pueda expresar su solidaridad con mayor convencimiento.

A manera de ejemplo el programa de trasplantes se realiza con órganos que provienen en 60 por ciento de paciente cadáver, lo que hace del CMN La Raza, una de las unidades hospitalarias que más injertos de cadáver realiza en todo el país.

Cuando se pide la autorización a los familiares para la disposición de órganos del difunto es casi nulo que se nieguen a ello. El problema es la desinformación y hasta la incapacidad del Ministerio Público para autorizar con rapidez la disposición e impedir que los órganos dejen de ser útiles.

Sobre el mismo tema opina el penalista Alejandro Jiménez Morales, quien insiste en la importancia entre solicitar la disposición y pedir la donación de un órgano.

"La ley autoriza la disposición de órganos de personas fallecidas a las que se sometió a necropsia, pero la Ley General de Salud no contempla el término donación, lo que puede conducir a un problema de revocación".

Al margen de ello, lo más importante es la observancia de la ética. Además, en el artículo 336 de la Ley General de Salud se establece que el cadáver no es sujeto de apropiación y deberá ser tratado con respeto y consideración

Sólo en hospitales autorizados pueden realizar trasplantes. Este concepto jurídico, añade, otorga a la Secretaría de Salud la responsabilidad de coordinar las campañas de disposición de órganos, asegurándole a la sociedad que el cadáver será tratado con absoluto respeto y profesionalismo.

Además, se garantiza que sólo se podrá disponer de órganos y tejidos en los hospitales autorizados para trasplantes, únicos con un marco regulatorio completo y porque son los que cuentan con equipos, conocimiento y experiencia médica para mantenerlos vivos y útiles para ser injertados.

De esta manera se impide la comercialización de un cadáver y asegura que los familiares no puedan enajenarlo. "Es conocido que hay quien por necesidad económica está dispuesto a vender alguno de sus órganos para ser trasplantado y aunque está prohibido por considerarse en la legislación penal como delito de peligro, no lo sancionan.

Sin embargo, para el que solicita en compra un órgano la sanción puede ser de hasta 8 años de prisión por el delito de lesiones, contemplado en el artículo 392 del Código Penal, que considera tal oferta como una alteración a la salud.

Se han establecido un registro en 20 estados del país para tener un listado de pacientes en espera de un órgano y garantizar que cuando haya disponibilidad de uno, le será trasplantado al paciente que ocupa el primer lugar en la lista estatal.

No obstante, en los casos en que el órgano no pueda ser trasplantado en paciente de esa entidad, se comunica de su existencia a los Consejos Estatales de Trasplantes para que se utilice en el paciente que ocupa el primer sitio en la lista colegiada, que se elaboró precisamente para impedir influyentismos de cualquier tipo.

Las personas que están excluidas de la donación, son aquellas que tienen VIH positivo, hepatitis C positivo, hepatitis B activo, o tuberculosis. Por otra parte, el aprovechamiento de órganos está sujeto a un tiempo límite. Por ejemplo, una vez decretada la muerte cerebral, se tiene de 6 a 8 horas para trasplantar un corazón; 12 horas para hacerlo con un hígado y hasta 36 cuando se trata de riñón.

2.3. CAMBIO CULTURAL

Para la Secretaría de Salud, la propuesta del nuevo reglamento para trasplantes, significa aplicar en México un cambio cultural y filosófico drástico para entender que la muerte puede dar vida. No es posible que mientras en el país existen 100 mil solicitantes de órganos para trasplante, sólo se realicen 6 de corazón, 12 de hígado, mil 200 de riñón y mil 600 de córneas.

Por ello, la propuesta de un reglamento es para lograr todas las facilidades que favorezcan la donación de órganos y que se entiendan los trasplantes como un hecho natural, como una alternativa real y exitosa, a la que la iglesia católica no se opone.

Para la iglesia, es un acto de solidaridad. Destaca la iglesia, a través de sus representantes en México, que la donación de órganos es un acto sublime de solidaridad que, sin embargo, casi no ocurre, por razones meramente culturales que urge corregir; exige la iglesia también que no se lucre con este tipo de acciones y que los médicos y hospitales abaraten sus costos, "ya que muchas veces los precios son inalcanzables".

"Ni siquiera el cuerpo médico está preparado para poner en disponibilidad sus órganos, quizá con la única excepción de los especialistas en la materia, que ha llegado a un grado de conciencia mayor como resultado de su propia actividad"

(Carmen García Juárez, especialista de la Unidad de Trasplantes del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS)

Esta reticencia de los médicos, es un factor doblemente perjudicial para generar una cultura de la donación, puesto que al carecer de la misma no la transmiten a sus pacientes ni a la sociedad. Con ello, inconscientemente, frenan el avance científico en la materia.

2.4. ANIMALES COMO BANCO DE ÓRGANOS.

El panorama poco optimista que se tiene en el mundo entero sobre la donación voluntaria de órganos ha llevado a las grandes trasnacionales de la investigación genética, a buscar órganos sustitutos para los trasplantes y se ha encontrado que el cerdo representa la alternativa más viable, por su similitud anatómica y fisiológica con el hombre. Actualmente, Francia se encuentra a la cabeza de estas investigaciones genéticas.

En América Latina la empresa Novaris Farmacéutica es líder, al grado que sus investigadores y ejecutivos consideran que el trasplante de órganos de cerdo a humanos, podrá ser una realidad en los próximos 5 años. Según sus directivos, se ha establecido con certeza que el sistema circulatorio, el corazón, el sistema nervioso y hasta la dentadura del cerdo son idénticos al del hombre.

Afirman que la analogía del cerdo con el hombre es la más cercana de todo el reino animal, puesto que presenta igual metabolismo y mismo funcionamiento del sistema digestivo. Además, su sistema cardiovascular y las arterias coronarias tienen el mismo patrón.

El mecanismo que distribuye la sangre es como una réplica del que tiene el ser humano, y el funcionamiento del páncreas es igual al del hombre. Aún más, tiene las mismas deficiencias proteínicas y enfermedades hepáticas y su respuesta a los medicamentos y a las drogas son equivalentes.

Sin embargo, como en el caso de la donación de órganos humanos, se requiere de una profunda campaña de conscientización para que se acepte al cerdo como una alternativa para trasplantes. En este panorama, el reglamento propuesto por la SSA pretende cerrar la brecha entre oferta y demanda de órganos humanos para trasplantes, pero sin duda provocará una revolución en la cultura tradicional.

2.5. NO ES DELITO QUE MENORES SEAN DONANTES

El que un menor done sus órganos no es un delito, ya que si esta permitido, para ejemplificar esto se tomará un fenómeno real, que ocurrió en 1999.

Para ayudar a una amiga, una adolescente, de 16 años de edad, donó uno de sus riñones, sin el consentimiento de sus padres. El órgano fue implantado a su amiga, según declaró a las autoridades la donante. Pese al reclamo que interpuso la madre de la adolescente donante, el subprocurador de Justicia del Estado de México, afirmó que este caso no puede ser tipificado como delito, debido a que en la entidad la donación de órganos está permitida y no hay antecedentes de cómo actuar en un caso como éste.

Este es un hecho que bien podría sentar precedente, ya que la sociedad, de acuerdo a su evolución, hace necesaria la adecuación de la ley a los nuevos fenómenos que aparecen en la vida diaria. La adecuación legal se hace necesaria a fin de que los menores de edad que ofrezcan sus órganos para trasplantes sean considerados en la nueva reglamentación que sobre este rubro acaba de emitir la Secretaría de Salud, de lo contrario, se correría en riesgo de que vólales de la medicina aprovechen este vacío jurídico para crear un mercado negro aún más grande del que ya existe.

(Jornada marzo; 1999)

2.6. LEY GENERAL DE SALUD.

Los artículos en los cuales se estipula el adecuado manejo de los órganos y tejidos, son los siguientes y se encuentran en la ley general de salud.

Art.313.— Compete a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de órganos y cadáveres de seres humanos. Al efecto la Secretaría tendrá a su cargo los Registros Nacionales de Trasplantes y de Transfusiones. La disposición de cadáveres conocidos, se regirá por lo preceptuado en esta Ley.

Art. 314—Para efectos de este título, se entiende por:

I. Disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos: El conjunto de actividades relativas a la obtención, conservación, utilización, preparación, suministro y destino final de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de pre-embriones, embriones y fetos con fines terapéuticos, de docencia y de investigación.

- II. Cadáver: el cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida.
- III. Células Germinales: Las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión;
- IV. Pre-Embrión: El producto de la concepción hasta el término de la segunda semana de gestación;
- V. Embrión: El producto de la concepción a partir del inicio de la tercera semana de gestación y hasta el término de la decimosegunda semana gestacional;
- VI. Feto: El producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno;
- VII. Tejido: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñan una misma función.

La donación pagada *es ilegal* en los Estados Unidos, Canadá, México, y en toda Europa. Si hay dinero a cambio, eso NO ES DONACIÓN, ES VENTA. Y las personas involucradas van a la cárcel. Hasta la fecha, ninguna organización reputable paga por órganos humanos dondequiera en el mundo.

La cirugía del trasplante renal ofrece la oportunidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), libres de estar ligados al penoso tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis.

La cultura de la Donación de cualquier cosa en México es muy difícil, sobre todo hablando de Órganos y Tejidos al finalizar la vida, todo esto por que no existe una cultura de donación.

Así que el resultado es que en México la lista Nacional de Espera (del Registro Nacional de Trasplantes) por un Órgano o Tejido de cadáver crece día a día, haciendo cada vez más lenta la oportunidad de recibir un trasplante.

Es por eso, que se pretende convencer a los familiares vivo relacionados (Donadores Vivos Relacionados "DVR") de que sean ellos los que donen en vida un riñón. Para que el receptor no tenga que esperar muchos años por un riñón de cadáver.

Debe de quedar claro, que la compra-venta de un riñón o cualquier otro órgano esta muy penado por las leyes Mexicanas, al igual que casi en cualquier parte del mundo.

Se puede recibir un riñón de un familiar vivo relacionado (DVR), esto es, de los padres, de los hermanos, de los hijos, de los primos. Y del cónyuge también.

Es muy difícil que el hospital que te trate acepte un donador NO relacionado. La donación de un familiar vivo relacionado (DVR) es relativamente fácil y no tiene complicaciones posteriores a la cirugía.

Prácticamente, no notará la falta de su riñón, el riñón que queda hará sin dificultad el trabajo del riñón que falta. Muchísimas personas viven con un sólo riñón sin ningún problema. Generalmente, el donador (DVR), sale del hospital a los dos o cuatro días, y así volver a sus actividades normales mientras no cargue cosas pesadas. Las mujeres que han donado, comparan la donación con una cesárea, en cuanto a molestias y tiempo de recuperación.

Dos ventajas de ser donador (DVR):

El orgullo de haber salvado a un ser vivo el cual también tendrá una vida normal.

El donador (DVR), deberá realizarse chequeos constantes al principio y luego serán mas y más esporádicos. La ventaja es que podrá monitorear su salud mas seguido que antes de haber sido donador (DVR).

Siempre, el receptor toda su vida deberá de tomar sus medicamentos inmunosupresores, aunque se sienta bien, cualquier decisión propia de dejar de tomar medicamentos sin la autorización de su médico sería una tontería, ya que implica rechazo seguro.

Estos medicamentos son muy caros, así que es recomendable que el tratamiento post trasplante del receptor continúe siempre en el IMSS o en el ISSSTE.

DATOS RELEVANTES SOBRE LOS TRASPLANTES EN MÉXICO

“ Diez personas mueren todos los días en este país debido a la escasez de órganos donados”

Cada 16 minutos se agrega un nuevo nombre a la lista de miles de personas en espera de un trasplante que les queda salvar la vida, podría ser alguien que tu conoces y amas...

*Únicamente son trasplantadas nueve personas por millón de habitantes y la cifra podría estar bajando por la crisis financiera, especialmente en los hospitales estatales.

*Deberían de realizarse 45 trasplantes por millón de habitantes.

*Cada 24 horas, 10 personas, tanto niños, mujeres como hombres, mueren esperando por un trasplante.

*Existen en el país cerca de 90 mil personas con IRC.

- *Cerca de seis mil se deberían de trasplantar anualmente.
 - *Se trasplantan 1500 al año.
 - *Hoy en día, dependiendo del hospital, ya se aceptan donadores de todas las edades.
 - *Es posible el trasplantar ocho órganos de un solo donador (dos riñones, dos pulmones, el corazón, el hígado, el páncreas, y el intestino).
 - *Y huesos, válvulas del corazón, córneas, piel.
 - *La aceptación de remover los órganos es cosa de pocas horas, dependiendo del órgano, el rango de preservación es de seis horas hasta 72 horas no mas
 - *La compra - venta de órganos es un acto criminal, muy penado por las leyes en todo el mundo.
 - *La familia del donador no debe de erogar ni un peso por la cirugía de donación, el receptor y el hospital pagan esos gastos.
 - *Los gastos del funeral del donador NO los paga el receptor ni el hospital. "
- (Gente Sur;23)

La gran mayoría de las religiones apoyan el Acto de Donación, el Regalo de la Vida. Los donadores y quienes reciben El Regalo son de todas edades y credos como también de varias culturas y clases sociales.

CAPITULO III

PAPEL DE LA FAMILIA AL CUIDADO DE UN ENFERMO TERMINAL

La familia es un factor y es un recurso que puede ser utilizado no sólo cuando se presentan enfermedades en uno de sus integrantes, sino en todo lo ocurrido dentro de la misma familia, divorcios, defunciones, casamientos, la llegada de un hijo o un nieto, para el caso de nuestro tema es muy importante saber el rol que juega la familia, de que manera se estructura cuales son sus funciones, en concreto que es la familia, por lo tanto a continuación se dará una semblanza de lo que es familia.

3.1. FAMILIA

Existen varias definiciones de familia, a continuación se describen tres de ellas: Es la estructura básica de la sociedad humana; Es el grupo primario en el cual el ser humano inicia su desarrollo; Es un núcleo de asociación que interrelaciona a varios individuos y los responsabiliza con respecto a sus deberes entre y con los demás grupos con el fin de formar comunidades más amplias; Es la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud.

3.2. FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia cumple varias funciones, aunque estas varían según el tipo de familia, el número de integrantes de la misma y de factores culturales y socioeconómicos, ya que no es lo mismo una familia de clase baja a una de clase alta, el contexto cambia y por lo tanto las relaciones que se dan en la familia. Las funciones ideales son las siguientes:

Satisfacer las necesidades físicas y afectivas de sus integrantes; Procrear y reproducir la especie humana; Transmite la experiencia cultural, los valores y las costumbres; Procurar la crianza y educación de los niños y lo prepara para enfrentarse a la vida en sociedad, para lograr esto debe la familia proporcionar al niño, los siguientes elementos:

Asegurar su sano crecimiento tanto físico como mental; Iniciar su proceso de socialización, mediante las interrelaciones con los demás integrantes de la familia y personas cercanas;

Ayudar a la formación de su criterio personal e independiente: Fomentar el respeto hacia los demás: Propiciar su pleno desarrollo intelectual, cultural, emocional y físico

3.3. TIPOS DE FAMILIAS

Familia de origen.- Es el grupo familiar del cual el individuo es originario

Familiar nuclear.- Es la que forma el individuo con una pareja y está integrada por dos adultos con una tarea dual, que comprende ser esposos y padres y se complementan con un número variable de hijos de diferente edad y sexo

Familia extensa.- Comprende a los padres, hijos y abuelos (con un triple papel: padres de uno de los cónyuges, suegro del otro y abuelos), además puede haber también tíos, primos u otros pariente.

Familia completa.- Integrada por ambos padres e hijos

Familia incompleta o de un solo padre.- Cuando falta alguno de los cónyuges ya sea por separación divorcio o muerte

Familia reconstruida.- La que se vuelve a formar después de separación, divorcio o muerte de alguno de los cónyuges, con los hijos de uno o de ambos y los procreados por la nueva pareja.

Matrimonio.- Es una pareja de adultos sin hijos.

3.4. FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

FAMILIA FUNCIONAL:

Su dinámica familiar es normal y constituye una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas que interactúan entre cada miembro de la familia, lo que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos, lo cual también les da el sentimiento de no estar aislados y de contar con apoyo.

Estas familias tienen ciertas características que las identifican, estas particularidades son las siguientes:

Encaran las crisis como grupo que es, conocen las fuerzas positivas y debilidades de los otros sin explotarlas o invadirlas, dan apoyo y lo piden. La familia expresa sus problemas de manera clara y verbal. En situaciones de conflicto no experimentan rencor ni sentimiento, en la vida cotidiana expresan sentimientos de bienestar de manera libre. Satisfacen las

necesidades de otros miembros y aceptan que se ame. En momentos de cólera y frustración expresan sentimientos de emergencia con la convicción de no ejercer daño.

La depresión se resuelve satisfactoriamente con el reforzamiento del grupo familiar, después de varias crisis. Aceptan y toleran errores y trabajan juntos para resolverlos.

Respetan la individualidad y la dependencia, se sienten comprometidos unos con los otros sin existir dependencia. Reconocen que cada miembro tiene necesidades, pensamientos y sentimientos diferentes. Se respetan ciertas zonas de autonomía. Los padres se preparan para la separación e los hijos. La comunicación es verbal, clara y directa, además de congruente. Los roles son tradicionales y bien definidos. Hay adecuado manejo de autoridad, normas y se marcan límites.

FAMILIA DISFUNCIONAL:

La dinámica familiar no es normal lo que ocasiona que haya conflictos, alguno o varios miembros de la familia no se acoplan al entorno familiar, los miembros interactúan en forma irregular, no existe la cooperación ni el apoyo mutuo entre los miembros, lo que limita a cada uno de ellos desarrollarse como individuos, lo cual también les da el sentimiento de estar aislados y sentirse solos.

Estas familias tienen ciertas características que las identifican, como las siguientes:

No encaran las crisis como grupo que son, desconocen las fuerzas positivas y debilidades de los otros sin explotarlas o invadir las, no brindan apoyo y no son capaces de pedirlo.

La familia llega a expresar sus problemas de manera brusca ó en forma de reclamo con gritos, ó bien ni siquiera los llega a expresar. En situaciones de conflicto experimentan rencor, sufrimiento, en la vida cotidiana expresan sentimientos de estar inconformes con todo lo que pasa a su alrededor. En momentos de cólera y frustración expresan sentimientos de emergencia con la convicción de hacer el mayor daño posible.

La depresión los sume cada vez más en su apatía y los llena de rencores y frustraciones.

Rechazan y no toleran errores, esto errores pueden seguir allí por mucho sin que se resuelvan. No respetan ciertas zonas de autonomía. La comunicación es verbal y/o física, pero difusa e indirecta, además de no congruente. Los roles muchas veces no están definidos y asumidos.

La autoridad se rige por el más fuerte, hay inexistencia de normas y no se marcan límites entre los miembros.

3.5. FAMILIA COMO SISTEMA

La familia es el sistema vivo que se encuentra ligado e intercomunicado, que atraviesa por un ciclo vital con funciones específicas, nacer, crecer, reproducirse y morir.

El ciclo vital de la familia es el siguiente:

Etapa constitutiva de la familia

Período preliminar

La familia no surge en forma puramente ocasional, depende de un proceso genético bastante complejo, lo cual explicarlo no es nuestra finalidad. En el modelo de familia conyugal, el proceso está referido a la constitución del matrimonio como base nuclear de la formación de la familia. En el caso de la familia consanguínea o mixta, esto cambia pero el proceso también tiene, de todas maneras referencia a la existencia del núcleo matrimonial, aunque la gestación de la familia nueva obedece además a otros factores, relacionados de alguna manera con la disgregación de la familia de origen.

En si esta etapa es cuando una pareja decide casarse y así formar una familia, son varios los factores que influyen para que una persona elija a su pareja, sin embargo lo único que nos interesa es saber cual es esta etapa, además de que nos sirve de apoyo en caso de que la los hijos de una familia mixta no brinden apoyo al paciente con IRC, lo cual sería evidente que como no son hijos sanguíneos del padre estos no lo vean como una obligación o algo sumamente importante.

Período familiar de recién casados

Una vez constituido el matrimonio, viene un periodo inicial de vida conjunta en la cual las dos personas de la pareja aportan "sus mundos" para encontrar confluencia entre ellos. Esto quiere decir que el matrimonio no consiste en el encuentro individual de dos personas, al margen de la sociedad, sino que en ellos se representa la fusión de dos realidades sociales y culturales que tienen que amoldarse.

La importancia de este período es clave para el futuro de la pareja, aunque no se pueda considerar definitiva. Si se logran superar los problemas, los desajustes y las primeras desilusiones provocadas por la desidealización del cónyuge.

Etapa pro creativa**Período inicial de procreación**

Este periodo se inicia con el nacimiento del primer hijo, a partir de este suceso se inicia una nueva etapa de la familia. Este es el periodo de mas seguridad psicológica para los padres. Esta etapa se extiende hasta cuando los primeros hijos se encuentran en edad escolar primaria.

Período familiar de procreación avanzada y final

Esta fase es cuando los hijos mayores entran a su adolescencia. Para los padres es quizá la etapa más difícil, pues tienen que atender generalmente tres o más frentes de problemas: de sus hijos adolescentes; de sus hijos pequeños; de sus relaciones conyugales rutinizadas o con nuevas fluctuaciones.

Etapa familiar final

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

3.6. LA FAMILIA DE UN ENFERMO CON IRC

En la familia, la enfermedad sacude el núcleo como una borrasca, nunca dejan indemne la situación o la destruye tanto que los problemas que había afloran brutalmente o, por el contrario, construyen y se entrelazan con una fuerza absoluta, lo que hace que se ponga de manifiesto el equilibrio y el amor. Los valores familiares están en baja, no hay a veces lugar en los domicilios para enfermos con IRC, ya que requiere de muchos cuidados y sobre todo cuidados médicos, dializarlos; Por lo tanto habrá que enseñar a los pacientes y a los suyos y a nosotros como profesionales que, sólo alejándonos un poco de nuestro (YO) y pensando en los demás, estamos eliminando la soledad de nuestras vidas, es por ello que nuestro sujeto de acción en este caso no sería el paciente el cual es el que sufre un sin número de situaciones, sino la familia de este, ya que de ella depende que el

paciente reciba toda la atención, tanto económica, emocional, cuidados necesarios, etcétera.

Para poder conocer como la Participación de la familia en la atención al Enfermo de Insuficiencia Renal Crónica se da y para poder dar una propuesta para mejorar esta participación, debemos conocer a la familia, sus funciones, los tipos de familia que hay en que se les caracteriza, cuando podemos decir que una familia es funcional o disfuncional, en general necesitamos primero que nada identificar estas y otras características, de las cuales se mencionan en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV

EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

El trabajador social dentro del área de salud realiza actividades específicas al igual que diversas funciones, el profesional que pretende incursionar a esta área debe de tener ciertas aptitudes y habilidades, que le faciliten el contacto con los sujetos de intervención, ya que dentro de esta área de trabajo social se está constantemente con fenómenos como la enfermedad, la muerte y siempre se está en busca de salud, lo cual es algo que es muy delicado tratar. No sólo debe de reunir las características necesarias para cubrir este perfil, sino además debe de tener una cierta madurez emocional, seguridad y sobre todo confianza en sí mismo. Por el contexto en donde se desarrolla el trabajo social, que viene a ser una clínica, un hospital, o un centro de rehabilitación, son lugares en donde reina la angustia y la desgracia, por tal motivo se hace mucho énfasis en la seguridad que debe transmitir y tener el trabajador social en el área de salud.

4.1. PERFIL IDEAL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

El trabajador social del área de salud, debe de tener un perfil ideal para un mejor desempeño, por tal motivo se obliga a cumplir con varias aptitudes, capacidades, habilidades, destrezas, conocimientos y actitudes, para poder cumplir con las actividades específicas del trabajo social médico.

Con esto se pretende formar trabajadores sociales competentes, que puedan crecer en forma profesional y personal, que obtengan un reconocimiento por su excelente desempeño en esta área, tanto por la institución donde labore como de los sujetos involucrados.

4.1.1. CONOCIMIENTOS:

La metodología, la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales.
El desarrollo del proceso salud – enfermedad y el contexto que lo determina
La legislación y los sistemas de seguridad en México

La educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales

La evolución del trabajo social en esta área, su teoría, metodología y práctica específica

4.1.2. CAPACIDAD

Desarrollar diseños de investigación

Dominar aspectos administrativos de planeación, supervisión y coordinación de programas sociales

Participación interdisciplinariamente en los programas de salud

Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría de trabajo social en esta área

Utilizar adecuadamente las relaciones humanas

4.1.3. HABILIDAD Y DESTREZAS:

Identificar la estructura jurídico – administrativa del sector salud

Identificar políticas de estado en lo que se refiere a esta área; así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas

Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria

Utilizar las técnicas de comunicación y educación social

Utilizar las técnicas de investigación, como son la observación y la entrevista

4.1.4. ACTITUDES:

Mantener el apego a las políticas institucionales

Ser responsable de la información de la institución

No sobrepasar el dominio de las atribuciones

Ser solidario con el equipo de trabajo

Respetar la delimitación de los campos profesionales

Mantener el secreto profesional

Tener conocimiento y control de sí mismo

Mantener interés en la superación personal y profesional

Tener espíritu de servicio

Ser crítico, objetivo y justo

Respetar la dignidad humana

Crear compromiso profesional con la población

Adecuar los términos de su comunicación a nivel de la población atendida

Respetar la decisión de las personas en la solución de sus problemas

(Revista de Trabajo Social, No. 45)

El trabajo médico social en el área de salud

El trabajador social que labora en el área de salud, tiende a dar solución a problemas emocionales, de adaptación, de negación, personales y administrativos que presenten los pacientes o familiares. Muchas veces la persona enferma no acepta su padecimiento y por lo tanto rechaza toda ayuda médica, es aquí cuando el trabajador social entra en acción dándole terapia de apoyo, la labor de este último no es exclusiva para los pacientes sino que es dirigido a toda aquella persona que rodee al enfermo, como los familiares, amigos, vecinos.

De igual manera el trabajador social orienta al paciente y familiares en cuanto a los trámites a realizar para recibir atención médica de calidad, él es el enlace entre doctor-enfermeras-enfermo-familiares.

4.2. ESPECIFICIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

Uno de los problemas a que nos enfrentamos cuando hablamos de especificidad es, la relación que hay entre el sujeto – objeto de estudio, teniendo que aceptar la condición de sujeto de conocimiento, ambos sujetos se involucran en un proceso de construcción de una condición humana determinada, en donde la relación que se establece responde a un contexto particular.

De tal manera que en un trabajo social las concepciones actuales (a partir de la reconceptualización), hacen reconocer las relaciones de identificación del objeto (sujetos sociales con carencias, necesidades y problemas), el sujeto (trabajador social de la salud), como actores de un proceso en donde la participación conciente de los primeros es fundamental, para el logro de los objetivos que promueve el segundo.

Llevando así, a delimitar el objeto mismo de las acciones que despliega el trabajador social del área de salud: los procesos sociales en donde los actores no sólo son percibidos como

entes biopsicosociales, sino como sujetos sociales, cuyas carencias y necesidades están históricamente determinadas y los satisfactores para alcanzar la salud integral, se encuentran condicionados por su inserción en el proceso productivo; lo que va a dar un mayor o menor acceso a los satisfactores y recursos para la preservación de su salud.

Así, desde el surgimiento de su función en esta área, la especificidad del trabajo social se ha integrado por una aproximación a la realidad social, en donde participa como el vínculo o enlace entre los sujetos sociales que portan las necesidades y carencias (demandantes de atención y servicios para la salud) y el estado y las instituciones que integran los servicios y recursos para satisfacer tales necesidades. Lo que lleva, básicamente, a conocer cómo ha organizado el estado sus políticas en esta materia, frente a la manera en que los sujetos sociales han disputado su acceso a la atención, los servicios y los derechos en torno a la salud.

"Desde esta perspectiva, el trabajador va a requerir una formación especializada que le permita la conjugación de elementos de la administración, la educación, la investigación y la salud pública, para el conocimiento y la intervención en este ámbito concreto, pero sin invadir los aspectos del médico, epidemiólogo, enfermera, administrador, etcétera."

(ENTS, 1996; Pág. 23, 24)

4.3. DEFINICIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DEL ÁREA DE SALUD

"Es el profesional del equipo de trabajo de salud, que a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales, para la promoción y atención de la salud; es el mediador dentro de un hospital para que el derechohabiente logre satisfacer sus necesidades de atención médica. El trabajador social hace uso de todas las herramientas, de todos los conocimientos recibidos en su preparación académica."

(Publicación del IMSS)

"Por lo que su formación está orientada a la investigación socio médica, que le permita conocer los aspectos sociales del proceso salud enfermedad, la administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas; así como la educación y la dinámica de grupos que le lleven a promover la organización de la población a fin de que participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la

enfermedad, en donde deberá de sistematizar las experiencias desarrolladas, para la retroalimentación teórico – operativa de su propia profesión, generando modelos de intervención que permitan la obtención de mejores resultados."

(ENTS, 37; Pág. 25)

4.4. OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA MÉDICA

OBJETIVO GENERAL

"El profesional de esta área deberá estar capacitado para participar en equipos interdisciplinarios de salud, en donde desarrollará actividades de administración departamental de trabajo social, investigaciones sociales requeridas para la operatividad de los programas de promoción, educación, protección y restauración de la salud; así como en la organización de grupos y, en general, de la población, para que participen en proyectos y acciones específicas." (ENTS, Pág. 25)

Para poder trascender y lograr solución a los problemas que se detectan en el área médica, es de suma importancia que el trabajador social trabaje en equipo, por si sólo es una tarea muy difícil, por ejemplo si él se enfoca en la atención a los usuarios del hospital, esto le llevará tiempo y por lo tanto no podrá desempeñar otras funciones como la investigación, o la implementación de programas; es de suma importancia que se apoye en los médicos cuando haya situaciones drásticas de algún padecimiento grave en donde la participación del trabajador social se vea limitada, por ejemplo: en caso de que se le diagnostique leucemia a un menor, en este caso el trabajador social requiere de los conocimientos del médico, para poder dar una explicación más extensa a los familiares del menor; con las asistentes médicas, necesita estar en constante comunicación, ya que estas profesionales se encargan de registrar todo ingreso y egreso del hospital, y la información que las asistentes médicas recopilan, es de gran utilidad para el trabajador social, además de que ellas son el primer contacto con todo aquel derechohabiente que solicita algún servicio, al hacer esto puede la asistente recibir información valiosa para el trabajador social en caso de atender a uno de estos derechohabientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

"Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, con relación a un contexto social determinado.

Identificar las políticas de Estados en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.

Participación en la planeación, la ejecución, el control y la evaluación de los programas y proyectos que llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.

Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen, consciente y activamente, en los programas de salud.

Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social."

(ENTS, Pág. 25)

4.5. FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD**LAS FUNCIONES BÁSICAS DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD****SON:**

- Investigación
- Administración
- Educación
- Sistematización

LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS DIVERSAS FUNCIONES QUE EFECTÚA SON LAS SIGUIENTES:**INVESTIGACIÓN:**

Identificación de factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad

Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud

Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud

Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud

Hacer estudios de prospectivas sociales para la educación para la salud en México

ADMINISTRACIÓN:

Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud

Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general

Establecer coordinación con instituciones, de salud y de bienestar social en diferentes niveles

Promover la ampliación de cobertura de los servicios

Buscar la optimización de la eficiencia de recursos intra institucionales

Controlar los procesos administrativos del servicio de trabajo social

Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos

EDUCACIÓN:

Mantener a la población informada, sobre las causas de mortalidad y morbilidad

Impulsar la educación para la salud física y mental

Promover la paternidad responsable

Incrementar la participación comunitaria en el mejoramiento del saneamiento ambiental

Mobilizar a la comunidad para obtener recurso en pro de la salud

Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud

Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etcétera.

Integrar grupos para la prevención, control y rehabilitación de padecimientos, tales como: diabetes, alcoholismo, obesidad, neurosis, etcétera.

Participar en campañas comunitarias de salud

Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental

Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades

Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud

SISTEMATIZACIÓN:

Analizar el conjunto de los casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del usuario

Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación

Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias

Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida

Integrar marcos de referencias de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad

Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo

Teorizar sobre las formas de intervención específicas de trabajo social.

Las actividades que realiza el trabajador social en las diversas funciones que efectúa son muy importantes ya que marcan la pauta a seguir de todo trabajador en el área de la salud, en el Hospital general de Zona No. 8, existen manuales que especifican las funciones y actividades que el trabajador debe desempeñar en cada servicio del hospital, son actividades que se deben de realizar, pero el trabajador social no se puede quedar satisfecho con cumplir dichas tareas, una de las características que debe de tener un profesional en trabajo social es la creatividad, el innovar, el crear nuevas técnicas descubrir formas de trabajo que aumenten los logros deseados y que estén acorde con la realidad que se vive, buscar la manera de minimizar las problemáticas sociales tratando y buscando estrategias de soluciones al problema de todo y que es el sistema que nos gobierna, suena un tanto soñador pero si todos los profesionistas de esta nueva era actuarán en forma honesta y poniendo en práctica todos sus conocimientos al servicio del bienestar social, las cosas empezarán a cambiar para bien de nuestros pueblos.

Algo de lo más básico que debe desarrollar el trabajador social son investigaciones, por que así él podrá proponer alternativas de solución, que sólo a después de conocer la problemática se puede actuar.

LAS FUNCIONES COMPLEMENTARIAS DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD SON:

ENSEÑANZA:

Asesorar a estudiantes y pasantes de trabajo social

Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector

Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes

Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de trabajo social
 Difundir las funciones y programas de los Servicios de trabajo social, ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes

Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional

Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área

ASISTENCIA:

Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta índole, tanto a pacientes como a familiares

Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales

Promover servicios de apoyo (ambulancia, funeraria, etcétera.)

Canalizar a enfermos a otras unidades operativas (lo que dentro del seguro social vienen a ser los servicios subrogados).

PROMOCIÓN SOCIAL O COMUNITARIA:

Participar en campañas comunitarias de salud

Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental

Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades

Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud

Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro

Coordinar intra y extra-institución, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro

ORIENTACIÓN LEGAL:

Orientación a pacientes y familiares, sobre los aspectos sociales de medicina legal

Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva

Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio público

Canalizar el caso

4.6. NIVELES DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CASO, GRUPO

4.6.1. TRABAJO SOCIAL DE CASOS

Se retoma solo el trabajo social de casos y el de grupo, por el tipo de fenómeno que se pretende atender, para tal motivo solo se intenta adquirir la participación del enfermo (caso) y la familia (grupo). El principal factor para que contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase terminal es la familia. Por tal motivo sólo se utilizan estos dos niveles de atención, aunque esto no excluye las funciones de trabajo social comunitario por la importancia de la difusión y promoción que el tema lo amerita a nivel comunitario.

ANTECEDENTES DE TRABAJO SOCIAL INDIVIDUALIZADO

La fundamentación de trabajo social de casos se da con la publicación del libro de Mary Richmond "GAT is Social Case Works" y el libro "Social Diagnosis", en 1917, en ellos se plantea el proceso hacia el diagnóstico y se detallan minuciosamente las fuentes a investigar.

En los primeros trabajos de Mary Richmond, manifiesta una influencia sociológica, pero después de los 20's, el Trabajo Social norteamericano tiene una creciente influencia del psicoanálisis, esto se concretiza con la publicación del libro de Virginia Robinson "A Changing Psychology in Social Case Works".

Después de la crisis de 1929 y debido a la gran depresión económica se le da mayor importancia a los factores económicos y sociales y de este modo en el tratamiento individual se atiende de manera importante al grupo familiar.

Con el libro de Gordon Hamilton, en 1940 la atención individualizada se orienta más a lo psicosocial. Y así en los Estados Unidos de Norteamérica, a partir de esta publicación se tiene dos tendencias: la diagnóstica y la funcional. La primera hace un diagnóstico de la personalidad, en tanto que la funcional nace en oposición al psicoanálisis y trabaja más con la psicología del crecimiento que con la patologización.

En México, María Luisa Flores aparece con su libro "Antecedentes de la Ayuda en el Mundo", en 1986, en él refiere que ya en 1920, había personal que cubría funciones de investigación en la problemática del trabajo social de casos. El trabajador social tenía como función ". Investigar aspectos educativos y de la alimentación de los niños, alojados en la casa cuna, hospicio, escuela industrial y vocacional y escuela de ciegos y de sordomudos".

En la década de los 20's a los 30's hay una serie de eventos como: la fundación de los centros de higiene infantil en 1922, la creación de las misiones culturales de la Secretaría de Educación Pública: en 1923, los primeros cursos de capacitación en la Escuela de Economía Doméstica en 1926; las "cátedras" de Trabajo Social en las escuelas de enfermería y en 1937, un curso de dos años para capacitar a trabajadores sociales. Así también por estos años algunas personas toman cursos de Trabajo Social en los Estados Unidos de Norteamérica.

Como antecedentes de la metodología de Trabajo Social de casos se tiene que en 1926, en el Tribunal de Menores de México " en la sección de investigación había personal que visitaba el domicilio del menor y tomaba información acerca de su familia, relaciones interpersonales, condiciones económicas, salud, vicios en los miembros de la familia"

En cuanto al programa de estudios de Trabajo Social de 1933, de la antigua Escuela de Economía Doméstica se incluye una serie de materias, que van desde zurcido hasta ludo terapia, pasando por la geometría y por supuesto, que todavía no se vislumbra algo que pudiera parecerse al Trabajo Social de Casos.

En la década de los 40's con la creación de la Escuela de Trabajo social de la Facultad de Derecho , la carrera se estudiaba en 3 años, después de la secundaria y en el programa de estudios vigente hasta el año de 1969, se incluye en el segundo año de la carrera, la asignatura de Trabajo Social de Casos.

En 1947, Paula Alegria Garza, publica el Manual de Trabajo Social en donde se refiere a las 3 grandes categorías del Trabajo social:

Trabajo de caso

Trabajo de grupo y

Organización de la comunidad

Señala que el método específico del Trabajo Social incluye la investigación, diagnóstico, plan y tratamiento.

En esta época aún no se lleva una metodología del trabajo social de casos en las instituciones, esta sólo se maneja como el deber de ser y se propone cómo debe actuar el trabajador social en cada uno de estos pasos y se le ubica como el auxiliar de otros profesionistas.

En la década de los 50's, a los 18 años de haber surgido la Escuela de Trabajo Social de la UNAM, la carrera se mantiene en un nivel teórico de estancamiento y

oscurantismo, pues, aunque en 1951, Josefina Gaona señala que el método de casos " es todo un procedimiento científico de investigación social, diagnóstico y tratamiento de casos individuales dentro de un grupo social", todavía en 1958, el Dr. Alfredo M. Saavedra escribe un Manual de trabajo social, en donde plantea la metodología de investigación, diagnóstico social e informe. Así propone:

" Para resolver los problemas de la manera más adecuada y científica, dentro del trabajo social se siguen varios grados. , El primero es el que e llama investigación para llegar a un conocimiento; el segundo tiene como fin aplicar una resolución y el último consiste en rendir un informe."

En la obra de este autor ya hay un intento por fundamentar más la teoría del trabajo social, en cuanto al diagnóstico establece que, no basta señalar el nombre del problema, sino que es necesario señalar las causas que lo produjeron, considerando la principal, el motivo que sirve de pretexto y la causa determinante que predispuso al hecho sobre dos factores muy interesantes, el ambiente y el tiempo."

Se puede deducir de la obra del Dr. Saavedra, que la metodología de trabajo social de casos planteada, aunque no muy claramente es la siguiente:

Investigación

Diagnóstico

Plan médico social

Tratamiento médico social

Evaluación (cada 6 meses)

En la década de los 60's en esta etapa se sigue con cierto estancamiento teórico y práctico del trabajo social en general y de la metodología de casos en particular.

Gordon Hamilton plantea que el caso, el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social, como un proceso psicosocial. Lo cual constituye todo un avance en el Trabajo Social norteamericano.

México 1969, se presenta el plan de estudios a nivel licenciatura que incluye en el segundo semestre la Teoría de trabajo social de casos I, Práctica de trabajo social de casos I y en el tercer semestre se continúa con trabajo social de casos II y prácticas II, después en el IV semestre teoría de trabajos social de casos II y prácticas de trabajo social de casos II.

Década de los 70's, con la creación de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM en 1973 y la implantación de la licenciatura, el plan de estudios se modifica y se excluye del mismo la asignatura de trabajo social de casos.

La metodología del trabajo social de casos, se fortalece con la creación del curso de trabajo social psiquiátrico en 1977. Y se habla del diagnóstico psicosocial, pero aún 4 generaciones después de iniciado éste, no se planteaba un modelo específico: aunque si se retomaban algunos elementos del modelo psicosocial.

Modelos de trabajo social individualizado

Modelo de socialización

Surge a fines de los 60's, en los Estados Unidos, se basa en la antropología, psicología y sociología, considera que el mejoramiento progresivo de las condiciones sociales y económicas de los pobres depende de las cantidades masivas de asistencia económica.

(Castellanos Mary C; Manual de trabajo social)

El objetivo es que el individuo y la familia desfavorecidos tengan acceso a recursos y servicios públicos y privados y también pretende llegar a los crónicamente pobres, como grupos sociales étnicos o con una severa desorganización familiar.

Modelo clínico normativo

Este modelo se fundamenta con la teoría del "yo" y la sociología dinámica. En su primera etapa este modelo se basó en la recolección de datos sociológicos, así como en la medida de la inteligencia y finalmente, de la evaluación de los factores emocionales.

Este modelo se vio influenciado por el método clínico de la medicina y posteriormente por la psiquiatría y el psicoanálisis.

Su objetivo era lograr cambios en aspectos de la personalidad y en el alivio de síntomas. Las críticas que se hacen a este modelo, es que pone un mayor énfasis a los factores psíquicos que a los factores externos. Lo que ocasiono que se diera una invasión de áreas con otros profesionistas, como por ejemplo, el psicólogo y el psiquiatra.

Modelo de intervención en crisis

El trabajador social en este modelo interviene con individuos que se enfrentan a situaciones difíciles, pero temporales, que no pueden controlar éstos, con sus recursos habituales para resolver problemas.

Esto podría ser como cuando un familiar muere repentinamente y esto ocasiona gran tensión en la familia por la pérdida del ser querido. Es por eso que este modelo en México se utiliza principalmente en instituciones médicas.

Modelo de provisión social

Este modelo asiste al individuo desde su rol como ciudadano en necesidad de un servicio institucional privado o gubernamental.

Los fines y objetivos de este modelo es que los individuos y familias tengan acceso a recursos y servicios que necesitan y a la oportunidad de usarlos adecuada y oportunamente.

Modelo de comunicación interacción

Se ubica en la década de los 50's y concibe al ser humano como un agente activo, como un sistema abierto, como poseedor de amplias potencialidades. La conducta del individuo es vista como inseparable del contexto más amplio en el cual ocurre y el mal funcionamiento humano es concebido como una perturbación del sistema.

En este modelo se maneja que el sistema es el culpable de que el ser humano no se adapte o tenga carencias y problemas.

En nuestro tiempo, nuestro sistema es el capitalista y si aplicáramos este modelo estaríamos de acuerdo con éste, ya que en realidad nuestro gobierno nos tiene atados de manos y llenos de carencias, éste sólo busca satisfacer a un pequeño grupo de personas que son las que tiene el dominio económico de nuestro país.

Metodología de trabajo social de casos

La metodología para emplearse en el trabajo social de casos debe en primer lugar ser flexible y adaptable a situaciones complejas y diferentes, es indiscutible que debe de llevar cinco fases las cuales desarrollaremos más adelante; como nuestro universo a estudiar son familiares de enfermos que se encuentran en fase terminal, debemos entonces adecuar las fases del método.

Investigación

Es la etapa inicial del trabajo social de casos, es aquí donde se explora y se obtienen los datos que se requieran ser registrados para en una posterior etapa nos permiten formular el diagnóstico. En esta etapa es donde utilizamos las técnicas los instrumentos necesarias y adecuadas para recopilar información. La investigación abarca información de índole económica, intelectual, emocional, etcétera. Para el propósito de nuestra investigación averiguaremos sobre la estructura familiar datos generales de cada entrevistado, como parentesco con él paciente, si trabaja, cuánto gana, que hace en sus tiempos libres, etcétera. También investigaremos sobre las condiciones de la vivienda y de los servicios con los que cuenta. Además indagaremos sobre la capacitación que le brindo el Seguro Social.

Gordon Hamilton plantea que la investigación constituye un proceso psicosocial o, dicho de otro modo, la forma como el trabajador social, va integrando todas las áreas en las cuales esta inmerso el individuo, lo psicológico y lo social. Para esto es necesario conocer el medio ambiente del individuo, tanto como lo inmediato, lo histórico, la situación cultural y social presente, incluyendo el grado de patología social.

Diagnostico

Es la comprensión psicosocial, " es el proceso del pensamiento dirigido a la naturaleza del problema y sus causas"

El diagnóstico ha de aportar:

Una correcta y precisa formulación del problema; La ubicación en el contexto en que tiene lugar el problema; El análisis de factores causantes del problema, en relación circular con el impacto en la causa directa y en otras áreas; La previsión de alteraciones, riesgos y evolución en el proceso hacia el cambio; El señalamiento de recursos humanos, materiales, emocionales, económicos que intervendrán en el proceso; El objetivo es definir el problema central que presenta el cliente, así como sus sentimientos acerca del mismo en relación con las físicas, psicológicas, económicas o culturales en menor o mayor medida.

El diagnóstico comprende lo siguiente:

Descripción del cliente o del usuario; planteamiento del problema o lo que le pasa, a que se debe lo que le pasa (hipótesis); recursos personales institucionales y sociales que pueden contribuir a la solución del problema.

Plan de intervención

El plan, es una idea que significa anticipar, prever qué vamos a hacer, cómo queremos hacerlo, con qué se va a hacer, de qué manera debe quedar, qué necesitamos para hacerlo pero también significa crear condiciones para asegurar que lo que se hace tendrá éxito. EL plan es la exposición de principios o actividades recomendables con el objeto de resolver o atenuar el o los problemas del cliente. Para poder elaborar el plan es necesario tener en cuenta las demandas de la persona, los recursos de la comunidad y los posibles efectos del cliente.

El plan es el resultado de un proceso de anticipación y previsión hacia un futuro, cuyo punto de partida es un cuestionamiento de la realidad a la cual accedemos mediante la investigación o diagnóstico, posteriormente, con los resultados de éste, podemos estar en condiciones de plantear objetivos y metas; estructurar estrategias y acciones a realizar, prever los recursos necesarios y anticipar el seguimiento y evaluación de lo que hacemos.

Seguimiento, supervisión y evaluación

El seguimiento, supervisión y evaluación son expresiones que van de la mano y se acompañan debido a la importancia de conocer de cerca la forma como se va desarrollando el Plan, según el tipo de acciones a emprender.

El seguimiento es una acción periódica, sistematizada que exige se registradas. Con la periodicidad que se determine, se realiza el seguimiento de las acciones realizadas, se valora el impacto que tuvieron, se detecta las que quedaron inconclusas o las que son necesario repetir o cambiar; Todo esto necesita ser registrado de acuerdo con la forma en como lo haga el profesionalista que ejecuta el plan.

La supervisión conlleva claridad sobre lo que se espera que suceda para saber si se está llevando a cabo, se valora la calidad con que se hace y se establecen criterios para considerar la evolución del plan; esto permite tener elementos para tomar decisiones sobre las cosas, si se realizan conforme se pensaron o es necesario modificarlas.

La evaluación

La evaluación es la resultante tanto del seguimiento como de la supervisión porque implica una serie de determinaciones con respecto al desarrollo del plan. Requiere de registros libres o estructurados (formatos) en reportes o informes que sirven como testimonio del plan., Así como de la forma como se llevó a cabo, la intervención realizada y finalmente para que cualquier persona integrada o no en el plan pueda enterarse de qué se trata desde su inicio hasta su cierre.

Desarrollo de la intervención

"Esta fase es donde se opera el plan, que previamente se determino entre el usuario, trabajador social y profesionista de otras disciplinas. Es el período en que se ejecutan las acciones encaminadas hacia el cambio, Lo cual genera una serie de responsabilidades y funciones diferenciadas tanto para el usuario como para el profesionista."

(ENTS, modelos de intervención individualizada, pp. 57)

Fase de cierre de la intervención

En esta fase se debe dar por concluida la intervención. En el caso de la intervención individualizada, la recreación y comunicación que se establece entre profesionista y usuario puede caracterizarse con cierta intensidad debido a que ambos participaron en un proceso encaminado a la resolución de una circunstancia conflictiva con la vivencia de retos, dolores y logros.

4.6.2. TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS

El trabajo de grupos es el más usado en área de la salud, ya que los programas de salud se enfocan más a dar platicas, charlas, talleres; se busca educar a ciertos grupos con ciertas patologías, como los diabéticos, las púerperas, pacientes con IRC, etcétera. Por tal motivo todo aquel trabajador que desea incurrir en el área de la salud, deberá contar con la habilidad y los conocimientos necesarios para trabajar con grupos.

El que las personas formen parte de un grupo, cumple varias tareas, una de ellas es que educa, otra de ellas es que les hace ver su situación real y que tomen conciencia de su enfermedad; por otro lado ayuda a que las personas que no aceptan su padecimiento, lo

logren a través del grupo con lo que se podría llamar "Ayuda grupal", en donde unos se apoyen en otros y viceversa.

Robert D. Vinter en su libro Principios de la práctica del servicio social de grupos maneja que las personas más apropiadas para ser clientes son aquellos que presentan limitaciones físicas o mentales y todas aquellas que carecen de una socialización efectiva. Esto es cierto, más sin embargo también se debe trabajar con las personas que lo rodean, así como el contexto en el cual se desenvuelve el paciente; que en este caso sería la familia y el personal médico con el cual tiene contacto.

Se dice que el trabajo con grupos es un tratamiento social, esto es bien cierto, ya que ayuda a que las personas superen sus problemas, les ayuda a disminuir sus ansiedades y buscar solución a sus necesidades.

Grupo de tratamiento

Se concibe como un pequeño sistema social cuyas influencias pueden planearse y guiarse para modificar la conducta del cliente. Esta forma de práctica reconoce el potencial de las fuerzas sociales que surgen dentro de pequeños grupos y busca canalizarlas para alcanzar metas de cambio establecidas de manera independiente para los clientes.

El grupo es tanto el medio como el contexto de tratamiento, como medio constituye un vehículo a través del cual se pueden movilizar las interacciones e influencias entre las personas para afectar a los clientes participantes. Como contexto ofrece oportunidades para interacciones directas entre trabajador social y cliente las cuales pueden contribuir al cambio.

El uso de grupos

En la mayoría de los estudios sobre trabajo social con moribundos, se ha puesto como necesaria una relación entre sólo dos interesados; el trabajador y el paciente. Aunque ésta puede ser la base de una ayuda efectiva, las discusiones en grupo también resultan provechosas. No obstante, que este método de trabajo se emplea en otros ambientes, no se ha prestado mucha atención a las ventajas que tiene como medio para ayudar a los moribundos.

Goodyear (1977) describió cómo los grupos son útiles para apoyar a los enfermos con cáncer terminal. El motivo original para tratar de ayudar a algunos pacientes de esta manera, se enfocó en los sentimientos de aislamiento y perplejidad que éstos sufrían. Por lo

que estimo conveniente, encontrar un método que permitiese a los pacientes ver que no estaban aislados con sus miedos y problemas físicos y que les animase a compartir los fuertes sentimientos que engendra una enfermedad terminal. Además de esto, se esperaba motivar a los pacientes para que exploraran la realidad.

Comenzaremos por definir qué es un grupo, para ello partiremos de los diferentes puntos de vista de autores dedicados a la investigación y trabajo teórico sobre grupos.

Homans

"Un grupo está formado por un número pequeño determinado de personas, lo suficientemente pequeño para que todas las que lo componen puedan comunicarse entre sí frente a frente y sin necesidad de intermediarios"

Sprott

"El grupo es la pluralidad de individuos que interactúan entre sí más de lo que lo hacen con cualquier persona que no pertenezca al grupo."

Lewin

"Totalidad de personas en constante acción y a quienes une la interdependencia más que la similitud."

Deutsch

"La existencia del grupo depende básicamente de que las personas que pertenecen a él buscan alcanzar objetivos en forma interdependiente."

Colley

"Define al grupo como una relación de cooperación estrecha cara a cara; Dice también que los grupo primarios son el elemento fundamental de la naturaleza humana y de la formación de los ideales humanos."

Las definiciones anteriores tienen puntos afines y relacionados, es por ellos que se cita un ejemplo que las integre:

" Grupo es la reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se ínter influyen entre sí, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en donde todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas y valores que todos han creado o modificado."
(ENTS, Pág. 351)

El grupo viene a ser un número de personas (Más de 2) que se unen por un fin común, ya sea por jugar un partido de voleibol, los integrantes del grupo tienen los mismos propósitos, además de que la conducta de éstos es significativamente parecida, por lo cual la pertenencia se acentúa más por que casi todos los integrantes del grupo tienen parecidas formas de pensar y de actuar.

Para poder hablar de grupo es necesario que haya la reunión de dos o más personas y que dicho grupo tenga algunas de las siguientes características en los miembros:

Según Cartwright y Zander deben ser las siguientes características:

Que los miembros interactúen frecuentemente; Que se reconozcan unos a otros como pertenecientes al grupo; Que otras personas ajenas al grupo también reconozcan a los miembros de éste; Acepten las mismas normas; Se inclinen por los temas de interés común Constituyan una red de roles entrelazados; Se identifiquen con un mismo modelo que rijan sus conductas y que exprese sus ideales; Que el grupo les proporcione recompensas; Las metas que buscan alcanzar sean interdependientes; Todos perciban al grupo como una unidad; Actúen en forma similar respecto al ambiente

Esto es bien cierto, para ejemplo de ello podemos mencionar a las señoras que realizan obras de caridad, ellas se unen regularmente siguen un mismo objetivo, aunque cada una de ellas busca a la vez diferentes metas, a lo mejor una de ellas busca ser reconocida por la sociedad, y otra la satisfacción espiritual. También todas ellas tienen diferentes roles dentro del grupo, tal vez una de ellas es la que realiza artesanías para comercializarlas y sacar fondos para el grupo, tal vez otra persona se encargue de las ventas, así podríamos ir mencionando los diferentes roles que llevan las personas que forman parte de un grupo.

De acuerdo a Didier Anzieu:

Lo formen pocas personas, para que cada una pueda percibir a todos los demás en forma individual y que pueda existir una relación social recíproca; Sea permanente y dinámico, de tal manera que su actividad responda a los intereses y valores de cada una de las personas; Con intensidad en las relaciones afectivas, lo cual da lugar a la formación de subgrupos por su afinidad; Que exista solidaridad e interdependencia entre las personas, tanto dentro de un grupo como fuera de éste; Los roles de las personas estén bien definidos

y diferenciados; Que el grupo posea su propio código y lenguaje, así como sus propias normas y creencias.

Todo grupo para poder formarse, deben de ser los integrantes en primer lugar, con una parecida ideología, deben buscar un fin, la mayoría de los grupos después de formarse crean sus códigos, sus normas, así como su lenguaje entre otras cosas; Ejemplo de este sería un grupo de cholos que ellos tienen normas establecidas, una de ellas es que para poder formar parte de la banda, deben de pelear los aspirantes a formar parte de ésta con dos integrantes del grupo, además este grupo tiene su propio lenguaje y su propia forma de vestir.

Los dos autores antes mencionados tienen aspectos importantes sobre los grupos y para poder decir que sé esta hablando de un grupo, por lo tanto se debería de retomar a los dos autores para poder identificar cuando sé esta hablando de un grupo.

Cultura del grupo

Las personas que integran el grupo se reconocen a sí mismas y entre sí, como miembros pertenecientes al grupo y aceptan un conjunto de creencias, valores, intereses, normas, etc., ; Esto significa que el grupo va adquiriendo sus características peculiares, es decir, su propia cultura, aunque no es totalmente original, pues todos los individuos que lo forman tienen ya una serie de pautas de conductas aprendidas en su cultura de origen y de las cuales no pueden desprenderse fácilmente; pero al llegar al grupo, todas aquellas normas e ideas adquiridas sufren cambios o refinamiento como resultado del proceso del grupo.

Conforme va pasando la vida del grupo, se van dando en este y sus miembros cambios, ya que las personas al ingresar al grupo pasan por un periodo de ajuste, adoptan las pautas culturales del grupo; pero también nuevos miembros estimulan la transformación de la cultura, pues traen consigo ciertas pautas un tanto diferentes, ejemplo de ello sería la banda de cholos que antes se menciono, ellos tienen ciertas conductas, pero si llegase un miembro nuevo el cual estuvo viviendo en los Estados Unidos de América, este trae consigo otras conductas que va a transmitir al grupo que ya forma parte o al cual va a ingresar.

La creación de la propia cultura del grupo es un proceso inherente a la dinámica del mismo, esto es, que es la forma de vida del grupo y ésta se expresa en el conjunto de

reacciones similares en las personas; entonces, la conducta social del grupo es el conjunto de elementos de personalidades afines.

Estructura del grupo

Todo grupo al funcionar como tal se comienzan asignando roles, en donde se señalan responsabilidades, así como las funciones que cada integrante del grupo debe desempeñar, delimitar funciones, también al comienzo el grupo establece reglas y lineamientos, los cuales el mismo grupo las hace respetar todos estos lineamientos que dirigen la conducta de las personas; son los que constituyen la estructura del grupo.

La estructura del grupo es la forma en cómo los integrantes interactúan entre sí, donde cada uno desempeña su rol, sus funciones encomendadas y donde sigue las reglas del grupo.

Existen dos tipos de formación de grupos

Grupos formales: Estos grupos se forman por similitud de tareas y funciones, esto puede ser un equipo de Básquetbol, es un grupo de personas que se unen por la similitud de metas

Grupos informales: Son los grupos espontáneos que se integran de la organización formal.

Funcionamiento del grupo

Se considera la acción e interacción de las personas en la realización misma de las tareas para las cuales se ha constituido el grupo. Puede diferenciarse dicho funcionamiento en:

Funciones de tarea: Son aquellas acciones que llevan a cabo los miembros integrantes de un grupo y que implican la ejecución de una labor asignada por el grupo, relacionada con el rol que la persona oficialmente debe desempeñar.

Funciones organizativas: Son todas aquellas actividades que las personas del grupo llevan a cabo para asegurar la realización metódica y sistemática de las tareas que son responsabilidad de cada uno de los integrantes: es decir, poner en práctica todos aquellos principios y lineamientos que se encuentran en la estructura formal del grupo.

Proceso de interacción social: Es cuando dos o más personas inician una relación social, en la cual las personas involucradas ejercen y experimentan cierta influencia

para encauzar su conducta, o sea que en todo proceso social hay un proceso de ínter influencia.

Los procesos sociales: son todas aquellas acciones y reacciones que las personas llevan a cabo cuando se proporcionan información, enfrentan algún problema, viven un conflicto, etcétera, se están interrelacionando, interactuando en el grupo.

Puede considerarse procesos sociales relevantes a los siguientes:

El intercambio de información y retroinformación entre las personas del grupo:

Comunicación

La canalización de la acción del grupo por una o varias personas al logro de objetivos: Liderazgo

Los mecanismos de confrontación, análisis y evaluación de percepciones, criterios e ideas diferentes, con el fin de llegar a una solución: Manejo de conflictos

El enfrentamiento del grupo a dificultades posibles de resolver en la dinámica del grupo: Solución de problemas

Las relaciones de ayuda y cooperación para una mejor toma de decisiones y solución de problemas: Colaboración

El análisis crítico del grupo sobre su propio funcionamiento para mejorarlo: Autocrítica

Trabajo social y el grupo

El trabajador social debe de cumplir con ciertas funciones antes y durante la existencia del grupo, primero debe de establecer el número de personas que formaran el grupo ; también ayudará al grupo a fijar objetivos y metas; tiene que establecer un lugar físico adecuado en el cual se llevaran las sesiones del grupo; debe de buscar la igualdad entre los miembros del grupo tanto del que fungirá como moderador como de los integrantes del grupo, esto por que si se presentan las diferencias entre los miembros esto contribuye a la intimidación, donde algunos de los miembros empezaran a ser apáticos y no participativos; debe de crear un ambiente de confianza donde no haya distracciones tanto auditivas como visuales; le corresponde motivar a los integrantes así como hacerlos participativos. Estos son las funciones más básicas del trabajador social con un grupo.

Pasos para la conformar de un grupo

Segundo paso, se debe de realizar una invitación para formar el grupo esta puede ser por medio de un escrito, visita domiciliaria, reunión.

EL primer paso se refiere al nacimiento del grupo; se deben identificar los intereses comunes que poseen un conjunto de personas y se les ayuda a asociarse.

Segundo paso, también se realiza un diagnóstico para identificar las necesidades del grupo, así como el objetivo que desean alcanzar, las metas, el lugar en donde se realizaran las sesiones del grupo.

Tercer paso, determinar el número de integrantes para el grupo, se fija el mínimo y el máximo número de integrantes para el grupo; posteriormente de la inscripción al grupo, ver y analizar las edades, el sexo de los inscritos, entre que edades oscilan nuestro participantes así como cuantas mujeres y cuantos hombres se escribieron .

Cuarto paso, después de haber formado y catalogado el grupo, se buscara asegurar la duración y continuidad del grupo, por medio de las siguientes medidas:

cuidar de la asistencia, asegurar la frecuencia de las sesiones, determinar el lugar de las sesiones, buscar la participación de los integrantes.

Quinto paso, También se buscara la integración entre los miembros, esto para que se sientan en confianza y lograr el mejor desenvolvimiento dentro del grupo.

Sexto paso, se llevara a cabo el proceso de evaluación del grupo, para ver los avances tanto del grupo como de sus integrantes, de esta manera se podrán analizar las deficiencias, las limitantes y las dificultades por las que a atravesado el grupo.

Séptimo paso, conclusiones y termino del grupo, en este paso se dan a conocer los logros del grupo así como si se cubrieron los objetivos y se alcanzaron las metas, esto hacía el mismo grupo. En este momento se presenta la declinación del grupo y por consiguiente el fin del grupo, para ello se deben utilizar dinámicas, para que la declinación del grupo no

afecte de manera brusca a los integrantes. Este fenómeno pasa en la mayoría de los grupos, más sin embargo para el tipo de grupo que se pretende formar, la etapa final del grupo no se va a dar, esto se debe a que los integrantes requieren estar dentro de este tipo de grupo, por el apoyo que se pretende dar, y los beneficios que obtendrán al ser miembros de él.

CAPITULO V

TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES EN FASE TERMINAL

5.1. CONOCIMIENTO DE SÍ MISMO

En una forma objetiva es posible registrar y definir una discusión sobre técnicas y habilidades del trabajo social para operar en esta área. Sin embargo, en medio de todo se encuentra aquel individuo que tiene una identidad profesional y una manera profesional de realizar un trabajo, al mismo tiempo que tiene una identidad y una determinada manera personal de responder al mundo y a las diferentes situaciones presentadas.

Naturalmente, no se definen tan bien ni se apartan con tanta facilidad los aspectos profesionales y personales de uno mismo. Mi YO personal, probablemente tiene que ver algo con la elección de mi carrera de trabajador social y mi YO profesional quizá llegará a influir en lo que pienso sobre ciertos problemas y en lo que decido hacer al respecto.

Los pacientes por su parte, no sólo responderán a la presentación del profesional del yo, sino también a todos aquellos factores asociados con la clase social, antecedentes culturales, actitudes, cualidades como calidez, compasión, sensibilidad, etcétera.

Es un error suponer que debido a que los trabajadores sociales están capacitados para satisfacer los requerimientos de ciertos papeles o a que de hecho, lo hacen independientemente de estar o no entrenados, diferentes grupos de pacientes les percibirán de una misma manera. Esta uniformidad de actitud, tampoco depende de la capacidad del trabajador social para dar determinados servicios.

Esto lo ilustra claramente Smith, 1980, en como los padres adoptivos veían su interacción con trabajadores sociales oficiales. Los entrevistados mostraron actitudes influidas por políticas oficiales y por algunas de las preguntas y enfoques más uniformes de los trabajadores, muchas parejas expresaron inquietud, molestia o ansiedad respecto a la alta proporción de trabajadores sociales "profesionales" que ó no eran padres ó que por su edad, estado civil u otras características se estimaban poco interesados en la paternidad. En esta situación los entrevistados opinaron que los trabajadores sociales no podían entender sus deseos de adoptar, que no estaban en condiciones de aconsejarles y que no

tenían posibilidad alguna de llegar a conclusiones validas en cuanto a si podían o no ser buenos padres.

(Paolo Cattorini Calidad de vida de los últimos instantes)

Lo importante en este contexto, no eran tanto las características objetivas de los trabajadores sociales, sino la consideración, por parte de las parejas, que ellas y sus trabajadores representaban polos opuestos en función de aspiraciones, valores e incluso, el significado de la vida.

Resultados obtenidos en otras investigaciones, indican que la satisfacción que sienten algunas parejas tiende a ser mayor cuando perciben al entrevistador como alguien que comparte con ellos puntos de vista y preferencias, en cuanto a modo de vida. (Tessler, 1975)

Los beneficios de igualar a los trabajadores sociales con sus pacientes según las características de éstos y los intereses, habilidades y aptitudes de aquellos fueron examinadas por Palmer, 1973.

Aunque la cuestión de igualar a los trabajadores sociales con sus pacientes, encierra muchas implicaciones profesionales y prácticas, el conocimiento del yo profesional de uno mismo, no significa solamente saber algo acerca de técnicas y habilidades. La capacidad para hacer bien el trabajo también requiere estar alerta sobre como el paciente percibe al trabajador social y a la evaluación de éste como una ayuda aceptable.

La manera en que el paciente considere al trabajador social, dependerá de muchos factores: que el paciente crea que se le está dando la ayuda que necesita; que tenga confianza en el trabajador y en el comportamiento del mismo.

El trabajador debe de estar preparado para en caso de alguna evaluación por parte del paciente, no sólo en cuanto al interés y disposición para ayudar, del trabajador, sino también en relación a sí existe una base común para entenderse mutuamente, aun con sus diferencias y similitudes de su respectiva visión del mundo. Si los trabajadores sociales están atentos a la evaluación del paciente y a los factores que la determinan, estarán mejor preparados para comprender aquellos elementos de mutua definición y negociación que influirán en la primera fase de toda interacción.

Si el paciente muestra indiferencia y oculta algo que podría ayudar al trabajador social a encontrar el sentido de su problema, que no pueda profundizar o que desconozca un pensamiento o sentimiento particularmente doloroso o negativo. Puede estar preguntándose como es posible que un trabajador social comprenda el significado, no sólo

de sus palabras, sino de su mundo social y personal. Puede haber necesidad de reconocer esta dificultad para evitar que el paciente se sienta frustrado y para que el trabajador social no piense que ha fracasado o que el paciente no está motivado lo necesario para buscar una solución.

Otro aspecto importante del conocimiento de sí mismo tiene que ver con la manera en que él YO profesional y personal responde a la muerte y la pérdida. En general, los trabajadores sociales se conmueven mucho con su labor. Con frecuencia sienten enojo por la injusticia social; por las dificultades que tiene una madre para cuidar a su bebé debido a la escasez de buenas viviendas; por los bajos ingresos de la gente, por la falta de espacios de recreo; guarderías insuficientes, etc.

Existen varias formas de canalizar este enojo hacia la acción constructiva. Los trabajadores sociales pueden defender a la madre y asegurarle que su caso será escuchado o bien pueden ayudar a quienes se encuentran en una situación similar a organizarse en grupo para demandar la satisfacción de sus respectivas necesidades. Asimismo, un trabajador social a veces se enfada por la muerte de un niño o de una madre joven o se deprime por una enfermedad incurable que incapacita y causa dolor a un paciente. Cuando éste le pregunta ¿qué significa esto? O ¿por qué a mí?, no parece haber respuesta capaz de reducir el dolor o cambiar la realidad por algo mejor. Leared (1978) comenta que algunas veces, resulta imposible decir algo que no sea una contradicción ante el impacto de la desesperanza y el caos. En esta situación, no es tan fácil para los trabajadores sociales tomar medidas positivas, a fin de modificar y resolver el problema. Anticipar, aceptar y controlar este tipo de respuestas es difícil, forma parte del desarrollo del conocimiento de uno mismo.

Los trabajadores sociales tampoco pueden sentirse seguros por estar en una posición de relativo privilegio y habilidad para controlar su mundo social. Cuando se trata de la muerte, los trabajadores sociales son tan vulnerables como los clientes. Si un trabajador social ha sufrido una pérdida sensible, es probable que los sentimientos y remordimientos de su experiencia afloren de nuevo al tratar de ayudar a quienes están confrontados con la muerte y la pérdida. Por otro lado, el conocimiento de sí mismo requiere que los trabajadores sociales sean capaces de concentrarse en lo que esta situación significa para los clientes y no sólo en lo que representa, en función de las oportunidades y relaciones perdidas.

5.2. EL CONTEXTO DONDE OCURRE LA PÉRDIDA

El contexto en donde ocurre el deceso es algo muy importante y hay que tomar en cuenta si se va a trabajar con pacientes en fase terminal.

A veces el paciente tiene la posibilidad de volver a casa por un tiempo o puede haber sido admitido después de estar en casa, debido a que la enfermedad ha llegado a una etapa en que sus familiares ya no pueden manejar. En el caso de los enfermos renales ocurre esto ya que los enfermos inicialmente sólo están enfermos de los riñones, pero conforme pasa el tiempo el paciente empieza a sufrir otros padecimientos, como que se vea afectado el hígado, comienza a perder la vista, se empiezan a infectar otros órganos y es muy probable que el enfermo muera de una de estas enfermedades y no precisamente de la IRC.

Un paciente desahuciado viene a ser lo que en el párrafo anterior mencionamos y además esto ocurre cuando se le suspende el tratamiento para curarlo, aunque tal vez se le apliquen pruebas para verificar el avance de la enfermedad y los resultados de un tratamiento para el dolor. El diagnóstico de la enfermedad mortal a veces se realiza varios meses antes del deceso previsto y con frecuencia es difícil pronosticar con precisión, la esperanza de la vida de la persona. En el caso de los enfermos con insuficiencia renal el diagnóstico casi por lo regular se da con una cierta anticipación, y es posible prolongar la vida si el paciente sigue su tratamiento de diálisis, su dieta y sus ejercicios. Aunque con el paso del tiempo será inútil el tratamiento, ya que los pacientes se van deteriorando y lo que antes daba resultados ahora ya no lo será, todo ello por las complicaciones que acarrea la IRC.

Cualquier trabajador social que trate de ayudar a una persona moribunda debe tomar en cuenta el contexto de la intervención.

Primero, viene el contexto organizacional. La administración eficiente de un hospital depende de ciertos principios convenidos y establecidos. Las rutinas tiene que realizarse ordenadamente a fin de que los pacientes sean investigados, tratados, alimentados, lavados y reciban visitas, sin que haya interrupciones inesperadas. Los trabajadores sociales, doctores, enfermeras y demás personal, tienen papeles que cumplir, al igual que el enfermo y su familia. Desde el punto de vista de la organización, existen diversos roles que dependen de acciones y actores tipificados. Cada uno de nosotros tiene una idea clara de lo que implican estos papeles, a pesar de verse obligado a aprender los

detalles en el mismo sitio. Se espera que los pacientes cumplan las rutinas y que cooperen con el personal médico para que se pueda investigar y tratar su mal. Al enfermo se le puede dar la oportunidad de negociar su posición, pero hasta cierto límite. Con relación al poder, control y acceso a recursos importantes, el personal médico está en una posición privilegiada respecto a los pacientes para poner su decisión ante cualquier problema.

Se ha hecho notar que por la necesidad de mantener una rutina ordenada, muchas veces se enfatiza la importancia de la capacidad técnica y de la clasificación de pacientes, enfermedades y problemas, en vez de la capacidad para relacionarse y evaluar individualmente.

El segundo contexto es el profesional tiene implicaciones en cuanto a la conducta que se espera de los grupos profesionales; quién está facultado para revelar ciertas clases de informes respecto al diagnóstico y al pronóstico; cómo funciona la jerarquía de mando y responsabilidades; quien controla la distribución de recursos y la toma de decisiones. Aunque a veces se dispone de informes que describen la forma como pequeños equipos multidisciplinarios pueden colaborar eficazmente en el cuidado del moribundo y sus familiares, al parecer estos arreglos no son comunes. En un gran hospital, el trabajador social esta ordinariamente en una posición marginada donde las responsabilidades y la libertad para tomar decisiones se define con menos claridad, que en el caso de otros miembros del personal médico.

Tercer contexto, hay la cuestión de los valores. Indudablemente, los médicos están en una posición donde pueden imponer legítimamente su sistema de valores a otros miembros del personal. Esto podía relacionarse, por ejemplo, con la actitud general, en el sentido de que puesto que es imposible distinguir a los pacientes que pueden soportar el diagnóstico de una enfermedad incurable, se debe ocultar esta información a todos. Se supone también que se entorpecerá el buen funcionamiento de un pabellón, si los enfermos se angustian por hablar acerca de su inminente deceso. Un enfermo angustiado puede trastornar a otros pacientes y a las enfermeras, absorber un tiempo valioso y estorbar los procedimientos de rutina. No se pretende insinuar que el personal médico sea insensible o indiferente; si no sencillamente señalar que existen tensiones inevitables entre las demandas organizacionales, los valores y responsabilidades profesionales y las necesidades individuales.

McIntosh (1977) advierte en su estudio, los doctores consideran que contestan las preguntas de los enfermos con base en la evaluación individual de necesidades. Sin

embargo, según las observaciones, en realidad, empleaban categorías rutinarias de respuesta, para lo que estimaban ser tipos de preguntas y tipos de pacientes. Así evitaban el impacto de enfrentar el hecho de que el enfermo también es una persona.

Estos elementos centrales del hospital como contexto para el trabajador social, tienen varias implicaciones que es necesario tener en cuenta. Si un trabajador social reconoce que un paciente sospecha o está seguro que padece una enfermedad mortal como lo es la Insuficiencia renal y quiere por lo mismo de asuntos prácticos, " como asistir a su familia, o platicar de su ansiedad y miedos" ¿cuál es la respuesta más apropiada? O si el médico y los familiares de un enfermo, han dado respuestas evasivas con relación al diagnóstico de su mal, haciendo sólo que la incertidumbre resulte peor que la verdad, entonces ¿qué debe de hacer el trabajador social?. Desde el punto de vista profesional, lo más apropiado podría ser, considerar los temores de la persona y permitirle expresar su infelicidad; pero es probable que esto interfiera con las necesidades organizacionales, la jerarquía del poder y la posición, y el sistema prevaleciente de valores.

En vista de las tensiones inevitables sobre cómo el trabajador social puede considerar su papel, al responder a las necesidades de enfermos y a las exigencias organizacionales, es preciso tomar en cuenta las siguientes preguntas. Primero ¿Cuál es la actitud del personal médico ante el trabajador social?, ¿Al trabajador social se le considera capaz de asumir una función de control, compatible con las necesidades organizacionales, así como dar seguridad a los pacientes respecto al futuro y tratar con eficacia problemas graves sobre finanzas; Asistencia a niños y vivienda?. Si los enfermos no sienten ansiedad por lo que sucede en casa y en el trabajo, es más probable que cooperen con su tratamiento. Segundo, ¿cómo se definen las responsabilidades del trabajador social, respecto a su posición relativa en el mando y la toma de decisiones? ¿Se exige que todo lo relacionado con la discusión de diagnóstico y pronóstico con pacientes sólo compete a los médicos?. Tercero, ¿se acepta al trabajador social como un colega que posee conocimientos y habilidades complementarios, o sólo como alguien que facilita la labor del médico con tareas como dejar libres camas desocupadas por enfermos ancianos, hacer arreglos de transporte; u organizar la asistencia domiciliaria?

Es difícil evitar que haya tensión entre los elementos expresivos, afectivos y cognoscitivos del papel del trabajador social, y los aspectos instrumentales, clínicos y rutinarios de los roles correspondientes a los médicos y las enfermeras. Por tal motivo el

trabajador social deberá tener en cuenta las restricciones organizacionales y profesionales y encontrar la manera de colaborar con sus colegas. Hay varias formas para lograrlo.

Primero, es preciso que el trabajador social recopile datos sobre cómo funciona la institución. Esto se hace visitando los pabellones, participando en reuniones y hablando con el personal médico. Así, el trabajador social se dará cuenta de los diversos supuestos y de las respuestas rutinarias del personal médico, particularmente, en situaciones que engendran incertidumbre y ansiedad.

Segundo, al asistir las discusiones sobre el estado de los pacientes, el trabajador social podrá captar los problemas que percibe el personal médico y sugerir las posibles formas de manejarlo.

Tercero, si el trabajador social escucha algo referente a la conducta difícil de un paciente, puede que sea posible explicar, tanto la conducta como las maneras en que las relaciones del personal médico agravan el problema.

Cuarto, el trabajador social debe asegurarse de que sea efectiva la comunicación acerca de los que el paciente sabe, las medidas propuestas y el probable resultado.

Quinto, el trabajador social debe tener disponibilidad, no sólo con los pacientes y los familiares, sino, también y quizá aún más, en este contexto, con las enfermeras y los doctores. Resulta inútil dar a un paciente moribundo, la oportunidad de compartir su temor y preocupación, y expresar su pena, si el trabajador social se esfuma poco después dejando el paquete a los demás. Es muy importante que el trabajador social esté consciente y controle sus propios sentimientos y que no se confunda ni se atemorice por los problemas fundamentales que se han presentado. Con relación a los problemas rutinarios de administración, también es preciso que el trabajador social sea responsable al tener contacto con un paciente. No se debe esperar que las enfermeras y los doctores enfrenten las consecuencias de la intervención de un trabajador social, ya que los médicos pueden disgustarse si esto interfiere para realizar sus deberes profesionales.

Sexto, a través de los puntos ya esbozados, existe implícitamente para los trabajadores sociales, un papel educativo y explicativo. Las enfermeras y los doctores pueden observar directamente los resultados benéficos del trabajo social, si éste ayuda a llevar a cabo sus labores con mayor eficacia. Cuando ocasiona conflictos con los valores institucionales y profesionales, son de gran importancia las explicaciones y una buena comunicación. A veces los médicos y las enfermeras se preguntan por que la gente se molesta con ellos, cuando han hecho lo posible para proteger a la persona de la

información angustiante. Se pueden dar explicaciones durante los contactos individuales con enfermeras y médicos, aunque también es posible organizar una reunión de equipo para tratar un problema específico, como el de cuidar a los moribundos. Como en toda interacción social, si se aborda el tema en forma airada, probablemente incitará al resentimiento. Sin embargo, cuando el trabajador social trata de comprender estas dificultades desde el punto de vista médico y respeta las áreas en que éste debe asumir la responsabilidad por las decisiones que se tomen, debe existir la posibilidad para fomentar el aprendizaje en grupo y la comprensión compartida. Para empezar, una buena base constituyen las habilidades de negociación y el reconocimiento de posibles conflictos e intereses.

Séptimo, inevitablemente a veces sucede que la negociación fracasa. Y sólo se puede hacer dos cosas, acatar las reglas del sistema jerárquico o ponerse en contra de éste.

5.3. EL ENFERMO MORIBUNDO

Si una persona ha estado enferma por algún tiempo, suele haber una seria de pistas respecto a su condición que puede captar si así lo desea, por ejemplo; se ha cambiado la naturaleza de su tratamiento; nota la tristeza de sus amigos y parientes, pero éstos le contestan con optimismo fingido cuando les pregunta qué pasa; descubre que su enfermedad es más grave que nunca; o puede que las personas simplemente lo eviten. Las palabras optimistas resultan huecas para algunas personas, mientras que para otras representan un salvavidas a la cual se aferran con desesperación. Cuando una enfermedad avanza, a veces se traslada al paciente a un cuarto sólo, donde los doctores quizá le visiten menos y donde la gente que antes estaba alegre con él, de pronto se ve callada y apenada. Si una persona es capaz de aceptar la verdad, generalmente ésta se presenta de algún modo para que la vea. Si prefiere no verla, puede interpretar lo que sucede entorno suyo, de la manera más aceptable para él. El paciente es la mejor guía sobre cómo proceder.

5.4. TRABAJO SOCIAL Y LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL

Por lo general se decide remitir a un paciente al trabajador social por una de dos razones; ha expresado mucha preocupación por su trabajo, por su familia, por las finanzas, etc., o es demandante, difícil y retraído.

Cualquiera que sea la razón, es importante reflexionar sobre dónde deberá de llevarse la entrevista, ya sea que vaya a ser con el paciente o con los familiares, el lugar donde ésta se realizara es de mucha importancia. Es probable que una persona desahuciada no pueda ir muy lejos y que se tenga que hacer al pie de su cama. Ya que por lo regular, la organización de un hospital no se ocupa de estas actividades, es preciso prever los acontecimientos. Obviamente, no ayuda el buen desarrollo de una plática el hecho de que alguien llegue a tomar una muestra de sangre, en medio de la entrevista. Con facilidad se olvidan detalles como éste en el curso de una jornada ajetreada; pero el equipo de enfermeras puede prestar su ayuda para hacer los arreglos necesarios o asignar un cubículo, si el trabajador social tiene posibilidad de planear con anticipación. La entrevista debe de tener una finalidad, una estructura, así como un principio, un punto intermedio y un fin. También se ha hecho notar que no todos los pacientes saben a que se dedican los trabajadores sociales, ni qué pueden esperar de ellos, por lo tanto, es responsabilizar de este especialista definir lo que busca, convenir metas, aclarar los pasos que habrán de seguirse hacia éstas guiar el progreso de la interacción.

Cross (1974) señalo que las habilidades básicas que se necesitan para entrevistar son: Propósito, énfasis en la individualidad y énfasis en los temas comunes, este último factor se refiere a las perspectivas sociales y culturales del entrevistador y el entrevistado. Si se le ha pedido ha el trabajador social que vea a un paciente preocupado por un determinado problema, existe un punto de partida para la interacción. Ésta debe tratar de que el enfermo se sienta libre para expresar cualesquiera otra ansiedad diciéndole, por ejemplo, " tengo entendido que le preocupa... y vengo a ver si puedo ayudarle en esto..... o en cualquier otra cosa que le inquiete". En toda entrevista es importante escuchar atentamente, observar y reconocer respuestas indirectas. Si el paciente desea hablar sobre si esta muriendo o ya lo sabe y desea hacer planes para el futuro, entonces habrá que dejar que lo haga.

El trabajador social tiene que demostrar, por su comportamiento, tanto seguridad como que está preparado para compartir estos problemas con el paciente. Puede que predominen los intentos para evadirse, cuando un trabajador social tiene en cuenta que posee información sobre el diagnóstico y el pronóstico que no sabe el paciente, cuando sienta tristeza por él o si está alarmado por la posibilidad de que esto se revele mutuamente. En este caso, puede ser que el trabajador social se sienta demasiado lejos, evita mirar a los ojos al enfermo, sea muy formal o se sienta incomodo, etc.

Quien desea discutir una petición específica y concreta de ayuda, puede pensar que el trabajador social es un poco raro y hostil. Esto bastará para que el paciente sienta confianza para discutir lo que le preocupa y para esperar que el trabajador social actúe en su favor. En consecuencia, puede minimizar la importancia del problema, dejar de hablar y no llegar a un acuerdo sobre las metas.

Para un paciente que sospecha o reconoce que está muriendo, este enfoque le pondrá inmediatamente sobre aviso de que el trabajador social desea evitar el tema. Por tal motivo al principio de la entrevista el trabajador social debe, adoptar una actitud en su forma de hablar y comportarse, que refleje que está dispuesto a escuchar al cliente.

El paciente al igual que el trabajador social también observará e interpretará las comunicaciones y las acciones del trabajador social. El enfoque inicial de éste dará al cliente puntos clave sobre lo que puede esperar después. El paciente también tratará de captar el significado y encontrar sentido de los intercambios sociales, por ello el trabajador social debe de transmitir seguridad y sobre todo interés en lo que el paciente hable o desee comunicar.

La fase inicial de la entrevista se caracteriza por una exploración y una negociación tentativa de la forma y el contenido de la comunicación aceptable.

En todo momento se sigue discutiendo la preocupación explícita del paciente. Como siempre, el trabajador social le ayuda a clarificar la naturaleza de la dificultad, determinar las prioridades y convenir las medidas que debe tomar. El asunto puede ser relativamente sencillo si se trata de la dificultad que tiene una esposa para visitarle, por no tener quien le cuide al niño o de prestaciones por incapacidad. Si un enfermo está a punto de regresar a casa y vive sólo, puede ser cuestión de organizar asistencia domiciliaria, un servicio de voluntarios; una cooperación vecindaria para que alguien lo apoye en caso de los enfermos de IRC en la diálisis principalmente en hacerle visitas, o las compras o incluso cobrar su pensión.

Es posible que el trabajador social y el paciente necesiten decidir juntos si éste realmente puede valerse por sí mismo en casa y es probable que sea preciso explorar las redes sociales, a fin de evaluar si sus miembros están suficientemente capacitados y motivados para ayudarlo, además deben de analizar si el lugar a donde regresa el paciente tiene los recursos y el espacio necesario para el enfermo.

Si el trabajador social escucha, observa y está pendiente de la posibilidad que exista una agenda oculta, relacionada con la enfermedad incurable del paciente, la interacción puede desarrollarse de diferentes maneras.

La primera posibilidad es que el paciente parece estar relativamente relajado, ya que cree que se tomarán medidas tendientes a disminuir sus preocupaciones. Se concentrará en el tema que se está discutiendo y proporcionará al trabajador social suficiente información para poder constituir un plan. No hay indicación alguna de que reconozca o quiera discutir su enfermedad incurable o su inminente muerte, si éste parece ser el caso, la entrevista continuará enfocada en el problema ya identificado.

La segunda posibilidad es que el paciente sabe o sospecha que tiene una enfermedad terminal y quiere hablar acerca de ella o sólo desea que se le confirme el hecho, para evitar la tensión de ocultarlo y proteger a los demás. En este caso, es usual que el paciente diga una serie de indirectas para sondear la situación, habiendo estimado ya que el trabajador social por lo menos está abierto al tema. Puede que el paciente diga algo así como: "debe haber alguna razón para no haberme mejorado"; o "me siento tan cansado después de esta enfermedad, pero mi familia insiste en que tengo que recuperarme"; o "mi esposa me dice constantemente que espera verme en casa, pero eso no puede ser"; o "me preocupa que mis hijos tengan que crecer sin mí".

Aún con la mejor voluntad del mundo, el trabajador social bien puede arrepentirse antes de meterse en estos problemas y no saber como responder. Pueden entrar en juego otra serie de evasivas si el trabajador social esta desprevenido. Mismas que pueden ser sutiles –un pequeño cambio de gesto; alejamiento físico del paciente–, o más obvias –decirle al enfermo que se discutía sobre la renta; continuar con la conversación como si nada hubiese ocurrido; expresar una jovial negativa, mirar hacia otros en busca de ayuda, etcétera. Frente a estas respuestas, puede ser que el paciente se apene por pensar que ha interpretado mal la tarea del trabajador social o que se angustie por creer que e le ha cerrado otro canal que le permita compartir sus temores y esperanzas. Si esto ocurre es posible que la entrevista fracase, a menos que el trabajador social pueda emplear todos los

recursos disponibles para pedir disculpas por sus evasivas, se debe tener en cuenta que el enfermo, no necesariamente quiere discutir este asunto, sino sólo que alguien le acepte y que pueda estar sondeando al trabajador social, para saber si contará con él cuando llegue el momento de hablarlo, probablemente piensa que ésta no es la oportunidad para abordar el tema.

Por las pruebas presentadas arriba, sabemos que el paciente no se atrevería hacer estos comentarios si prefiriese fingir que está recuperándose.

Por lo tanto, el mejor procedimiento consiste en hacer entender al paciente que la puerta queda abierta para que se cambie el rumbo de la entrevista o para que hable de su principal preocupación. La actitud de atención, interés, confianza y cercanía física constante del trabajador social, dará al paciente una señal importante sobre cómo continuar. El trabajador social puede decir algo como, "¿nadie ha platicado con usted de su enfermedad y de lo que probablemente va a pasar?"; o "¿es sólo natural que sus familiares quieran que esté en casa y traten de vencer sus dudas?"; o "¿que le hace pensar que no podrá ver crecer a sus hijos?". Puede llegar un momento en el que el paciente confiese conocer el desenlace de su enfermedad, en cuyo caso, el trabajador social puede preguntarle, con toda naturalidad, si desea hablar de ella.

La tercera posibilidad es que el paciente siga hablando del problema ya reconocido, aunque esté pensando en su enfermedad terminal. Quizá esté indeciso respecto a si desea hablar del tema, o a sí el trabajador social es la persona indicada para plantear esta cuestión. Puede ser que el trabajador social advierta que el enfermo está inquieto; no le mira a los ojos, no parece estar concentrado en la conversación o indica por el tono de voz que es infeliz. En este caso, el trabajador social le puede preguntar si hay algo más que le preocupa o comentarle que se ve infeliz o preocupado. Si el paciente responde que se siente bien, puede confirmar que el trabajador social siempre está disponible por si acaso se le ocurre algo más, que quisiera discutir.

La cuarta posibilidad es que el paciente planteó la cuestión de la enfermedad mortal con mucha franqueza, en cuyo caso el trabajador social debe estar preparado para responder, sin turbarse ni angustiarse.

Si la entrevista se ha enfocado primordialmente en el problema ya reconocido, el trabajador social debe estar seguro de que cuenta con toda la información necesaria, asimismo, tiene que haber llegado a un acuerdo, sobre las medidas que hay que tomar y convenir con el paciente entablar una nueva charla. Para en ella especificar las metas y lo

que se pretende alcanzar, además con esto el paciente quedará mas seguro de que el trabajador social volverá a charlar con él. Aunque siempre es importante no dejar a los clientes en el olvido, es vital en el caso de los pacientes desahuciados, debido al miedo que sienten al aislamiento y a su relativa impotencia.

Lo importante de toda entrevista al final es el de dejar muy en claro que al trabajador social le interesa ayudar al paciente, debe en todo momento mostrar empatía y sobre todo escuchar y poner todos los sentidos dirigidos al paciente, no sólo para comprenderlo y lograr su confianza, sino para que el trabajador social pueda en un futuro realizar un plan de acción.

CAPITULO VI

MARCO REFERENCIAL

6.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.8 DE URUAPAN MICHOACAN

En la zona de Uruapan, la seguridad de contar con un servicio de salud, surge como necesidad sentida de la población, estando como director el Lic. Antonio Ortiz Mena en 1858, instalándose la primera unidad médica en diversos edificios rentados en el centro de la ciudad de Uruapan, posteriormente se gestiona ante el entonces Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social el Lic. Carlos Gálvez Betancourt, la construcción del edificio que hoy día ocupa el hospital General de Zona No.8, iniciando su funcionamiento en este nuevo edificio en Marzo de 1973.

6.2. MISIÓN DEL HGZ NO.8

" Atender íntegramente la salud de los usuarios y contribuir en la protección de sus medios de subsistencia, realizándolo con oportunidad, con la calidad técnica requerida y con las características de calidez que su condición humana amerite."

Esta misión se resume en que todo el personal del hospital debe trabajar uniendo conocimientos, esfuerzos, experiencias, etcétera, para poder dar atención y solución a las necesidades de salud que los derechohabientes requieran, todo esto con el trato que se merecen como seres humanos que son; el seguro social fue creado para atender a aquella población que presenta problemáticas tanto económicas como de salud.

6.3. OBJETIVO DEL HGZ NO.8

Otorgar a los usuarios todos los servicios con oportunidad y trato amable, para satisfacer sus expectativas y necesidades de salud y bienestar.

Todo trabajador asalariado adquiere el derecho a recibir atención médica, si es un derechohabiente del IMSS, tiene el derecho de recibir la atención y trato amable por que su patrón, esta pagando para que el trabajador reciba este servicio de salud. En el contexto

real si se da la atención médica, más en ocasiones no es ni oportuna ni con trato amable, el derechohabiente pocas veces tiene conocimiento de sus derechos como tal, esta situación empeora aún más el que no reciban la atención que debe darse, esto es sólo cumplir el objetivo del HGZ No.8.

6.4. ANTECEDENTES DE LA CATEGORÍA DE TRABAJO SOCIAL EN EL HGZ NO.8

El trabajo social en el Hospital General de Zona Número 8, estuvo ausente por mas de 6 años, quien desempeñaba las funciones del trabajador social eran las enfermeras y las asistentes médicas. Solo hace aproximadamente tres años, cuando se contratan trabajadores sociales, a los cuales les costo mucho trabajo desempeñarse como tales, esto por lo anteriormente mencionado, esto es que unas enfermeras y asistentes médicas querían seguir desempeñando funciones de trabajo social, algunas otras deslindaban funciones a las trabajadoras sociales recién ingresadas, a las cuales no les correspondía realizar. Fue una constante lucha de categorías por mantenerse como tal, lucha por no dejarse manejar ni manipular por otra categoría del mismo rango.

6.5. DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN UNIDADES MÉDICAS, DEL IMSS

Profesionales de trabajo social, que son responsables de proporcionar, atención social como parte de atención integral a la salud de los derechohabientes y de sus familiares; que se responsabilizan de identificar y atender las carencias, necesidades y satisfactores sociales, que interviene en el proceso salud – enfermedad, así como aplicar técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación y rehabilitación.

Esta definición esta acorde con la que se maneja en párrafos anteriores, se sigue el mismo fin, que es contribuir a dar atención a los derechohabientes, tanto en problemas, de tipo personal, administrativos o de otra dificultad presentada que sea de tipo social

6.6. OBJETIVO DE TRABAJO SOCIAL EN UNIDADES HOSPITALARIAS

Establecer los procedimientos técnicos y administrativos del servicio de trabajo social médico que coadyuven a la atención médica integral del paciente en las unidades hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El trabajador social debe ser un mediador entre el instituto y el derechohabiente, para lograr una equidad y sobre todo el conseguir que todo paciente reciba la atención que merece. Esta debe de ser de calidad y oportunidad.

6.7. POLÍTICAS PARA TRABAJO SOCIAL EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS

Atender a los derechohabientes con oportunidad, calidad y un alto sentido humano, en los problemas sociales que interfieran en su atención.

Promover la participación consciente y reflexiva del paciente y del familiar a fin de que utilicen sus potencialidades y los recursos disponibles de la comunidad.

Toda investigación social que realice el servicio deberá ser en apoyo del área médica.

Considerar al recurso humano como elemento esencial para lograr con eficiencia el rendimiento de las actividades del servicio de trabajo social médico.

Impulsar el auto desarrollo del personal mediante la satisfacción del mismo en el trabajo.

Promover la optimización y racionalización de los recursos asignados al servicio.

6.8. UBICACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL HGZ NO.8

El trabajo social se encuentra en diferentes departamentos y en donde realizan diversas funciones, dependiendo de donde este, las ubicaciones son las siguientes: una trabajadora social esta a cargo del programa ADEC (Atención Domiciliaria a Enfermos Crónicos), donde tiene funciones y actividades establecidas por un manual de procedimientos especial para el programa mencionado, en consulta externa se encuentra otra profesional en trabajo social, en el segundo piso, lo que viene a ser los adultos hospitalizados y terapia intensiva se encuentra una más, en primer piso que es ginecología,

pediatría y el modulo de diálisis, esta a cargo otra profesional, en el área de urgencias y lo que es puerperio de bajo riesgo, esta establecida una trabajadora social, ella se encarga de puerperio de bajo riesgo, observación, atención a urgencias, estas trabajadoras sociales son del turno de la mañana, en la tarde se encuentra solo dos trabajadoras sociales una en urgencias y la otra encargada de primero y segundo piso, también hay una trabajadora social que se encarga de cubrir descansos, incapacidades, permisos y vacaciones de las otras trabajadoras sociales.

6.9. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL DE LOS DISTINTOS SERVICIOS DONDE SE ENCUENTRA

6.9.1. TRABAJO SOCIAL EN URGENCIAS

Recibe a pacientes con la información de sus problemas sociales y administrativos, la solución dada y los pendientes de resolver y verifica el registro de los mismos en la libreta de "Control de entrega de turno".

Se presenta con el médico y la enfermera jefa de piso para determinar la prioridad de atención social médica de los pacientes hospitalizados en observación. Atiende al paciente con problemas pendientes de resolver, informa al médico y a los familiares de las acciones realizadas y el resultado de las mismas. Recibe solicitud del personal del servicio para la atención inmediata a problemas sociales, legales o administrativos del paciente que ingresa durante su jornada. Solicita información del paciente para identificar el problema, siempre y cuando el estado de salud se lo permita y le proporciona terapia de apoyo. Localiza a los familiares para obtener mayor información del caso, aclara dudas, orientarlo para disminuir angustia y acordar su participación en el tratamiento social médico. Ejecuta las acciones inmediatas a que haya lugar, para atender los problemas presentados por el paciente. Revisa el expediente clínico, verifica los datos de identificación con los obtenidos en la(s) entrevista(s) y formula notas iniciales o subsecuentes en la forma "Notas de trabajo social" (F-4-30-54/72). Informa al médico tratante y familiar de las acciones realizadas y los resultados en la atención del caso. Registra en la libreta de "Enlace de turno", los casos concluidos y los pendientes, de acuerdo con la situación que guardan, para la entrega de turno. Entrega los cuerpos de los pacientes fallecidos en el área de urgencias, así como la acta de defunción que esta la elabora el médico tratante. Realiza los tramites de traslado de

pacientes a otras unidades médicas. Realiza las visitas a puerperio de bajo riesgo, donde orienta sobre los métodos anticonceptivos y la lactancia materna. Durante su jornada anota en la libreta de registro de puerperio de bajo riesgo a las pacientes que entrevisto. Cuando un accidentado o un paciente con una patología grave, la trabajadora social le resguarda los bienes que el paciente trae consigo, y realiza un vale por los valores recibidos.

6.9.2. TRABAJO SOCIAL EN CONSULTA EXTERNA

Promoción a los programas institucionales en las salas de espera, visitar diariamente las salas de espera de la consulta externa; se debe presentar al grupo de derechohabientes y realiza la promoción de programas institucionales y aclara las dudas o preguntas que surjan del grupo. Atiende al paciente que presenta inconformidad, por falta de información en relación con su atención. Recibe del médico, asistente médica, enfermera, paciente o familiar la solicitud de atención social de pacientes que lo requieran. Realiza las acciones inmediatas que correspondan, según sea el caso: entrevista a paciente o familiar, revisión de expediente clínico, comunicación directa con el médico tratante y otros, para iniciar lo procedente en el caso. Acuerda con el paciente o familiar y con el médico tratante, el plan de acción a seguir que puede referirse a: atención individual en casos con estudio social médico o incorporación a programas institucionales o específicos. Inicia las acciones que le corresponden en el proceso de la atención del caso, de acuerdo con el procedimiento técnico establecido de atención social del caso. Actualiza sus registros de control e informa al jefe inmediato. Realiza trabajo con grupos de diabéticos e hipertensos, donde da sesiones en relación con el padecimiento.

6.9.3. TRABAJO SOCIAL EN GINECOLOGÍA

La trabajadora social del área de ginecología, recibe del médico pediatra del cunero la información de permanencia hospitalaria del recién nacido (aún cuando la madre a sido dada de alta). Se encarga en solicitar a la enfermera responsable del cunero la letra que corresponda a la cuna designada al recién nacido, al quedar depositado y que servirá para su localización y manejo de la documentación respectivamente. Solicita y recibe del Servicio de Admisión hospitalaria el expediente clínico del recién nacido depositado, para lo cual utiliza la forma 4-30-9, le debe agregar el número de piso y la letra de cuna

correspondiente en original y copia, la cual se retiene para su control. Informa a la madre la determinación del médico pediatra y establece la comunicación entre ambos. Elabora en la forma 4-30-53/72 el " estudio social médico", en original y copia, anexa el original al expediente clínico del recién nacido y retiene la copia para control y seguimiento de caso. Orienta a la madre a fin de que se integre al programa de "educación higiénico dietética" u otro que por situación específica requiera. Elabora la ficha de identificación de la madre, conforme al anexo y se le entrega. Informa a la madre que la ficha de identificación y las pulseras de identificación que lleva el recién nacido en las muñecas de las manos debe presentarlas en el momento en que sea dado de alta el recién nacido depositado. Verifica que la madre o el familiar responsable visite al recién nacido. Realiza las entrevistas subsecuentes necesarias con la madre y en su caso visita el domicilio familiar. Consigna en la forma 4-30-54/72 "notas de trabajo social" en original y copia, las acciones realizadas y el resultado de las mismas. Elabora relación diaria de recién nacidos depositados. Solicita al médico pediatra que anote en el original de la relación anterior el estado de salud del recién nacido. Localiza y entrevista a la madre del recién nacido, le informa de la pre-alta y le indica que debe presentarse al cunero en el día y hora indicado. Solicita a la madre del recién nacido depositado que presente ficha de identificación, credencial del IMSS. Escribe en la tarjeta de identificación la siguiente leyenda: " se identifico a la madre del recién nacido depositado en trabajo social" y firma. Tramita en su caso, por orden del médico pediatra, la cita al médico especialista, le entrega a la madre la tarjeta de citas y la orienta con el fin de que cumpla con la cita dada. Acompaña a la madre al cunero y la pone en comunicación con la jefa del mismo. Registra en la forma 4-30-54/72, en original y copia, las acciones realizadas y la nota de alta. Recibe de enfermera responsable del cunero el expediente clínico del recién nacido depositado, lo entrega al servicio de admisión y recaba el original de la forma 4-30-9

6.9.4. TRABAJO SOCIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Recibe o se entera por la trabajadora social de los casos de pacientes del turno anterior que requieran su atención y valora la urgencia de los mismos para su atención inmediata. Revisa los expedientes clínicos de los pacientes de nuevo ingreso para enterarse de la situación social, médica y administrativa que guarda el paciente. Verifica la existencia de nota inicial de trabajo social y en caso de no encontrarla, informa a su jefe

inmediato. Entrevista al paciente para realizar la nota inicial, cuando no se haya elaborado. Pasa visita con el equipo de salud a los pacientes hospitalizados e informa de la situación social y administrativa que presentan los pacientes que ingresaron 24 horas antes. Registra en su libreta de trabajo el "caso" para la atención social de: Pacientes de nuevo ingreso para revisión o elaboración de nota inicial de trabajo social; pacientes que manifiesten problemática social, administrativa o ambas, que deba atender; pacientes en los que observe angustia o inadaptación al medio hospitalario, en que deba proporcionar terapia de apoyo, mayor información o tratamiento social. Registra en su libreta de trabajo, los acuerdos que el equipo de salud determinan con el paciente o familiar y que para su efecto deba intervenir, tales como: Estudio social, localización de familiares, orientación específica, traslados a otras instituciones de servicio, prórrogas de servicio, solicitudes de prótesis, pacientes foráneos, altas, pre-altas y otros como defunciones. Atiende a los pacientes que de acuerdo con prioridades requieran su intervención y realiza las acciones correspondientes e informa al equipo de salud los resultados de su participación. Elabora en la forma "Notas de trabajo social" F-4 30.54/72, en original y copia, las notas iniciales de seguimiento, de alta y en la forma "estudios de trabajo social" F-4-30-53/73, en original y copia, los estudios socio médicos o socioeconómicos, según el caso. Integra al expediente clínico los originales y las copias las conserva para su control. Registra en la libreta de trabajo las acciones realizadas durante su jornada para integrar el informe mensual. Registra en la libreta de enlace de turno los casos pendientes. Comunican a la trabajadora social los casos pendientes que requieran de atención social. Entrega los cuerpos de los pacientes fallecidos en el área de hospital de segundo piso, así como la acta de defunción que esta la elabora el médico tratante. Realiza los tramites de traslado de pacientes a otras unidades médicas.

CAPITULO VII

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

El presente instrumento de recopilación, es el utilizado para recabar la información que nos interesa descubrir, es un cuestionario en el cual se anexan preguntas abiertas como cerradas, esto por la necesidad de darle carta abierta a los entrevistados, y lograr de esta manera el mayor acopio de información.

METODO UTILIZADO

Se utilizo el método hipotético deductivo, ya que lo que se pretendía era el confrontar una hipótesis con una realidad, por tal motivo este método es el más acorde con nuestra necesidad

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

El universo de estudio para nuestra investigación era de 102 pacientes con el padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica, inscritos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Se opto por no realizar una muestra sino investigar a todo nuestro universo, esto por el numero de pacientes a los cuales se les iba a realizar la visita doimiliaria.

De los 102 pacientes sólo a 89 se les aplico la entrevista siendo el entrevistado un familiar del paciente. Las causas por las que no se aplico en su totalidad fue en primer lugar, por que no se pudo localizar el domicilio del paciente, otra causa es por que el paciente reside fuera de la ciudad de Uruapan, y por ultimo cuando se aplico la entrevista no se encontraba nadie en el domicilio del enfermo

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PROCESO TÉCNICO E INSTRUMENTOS

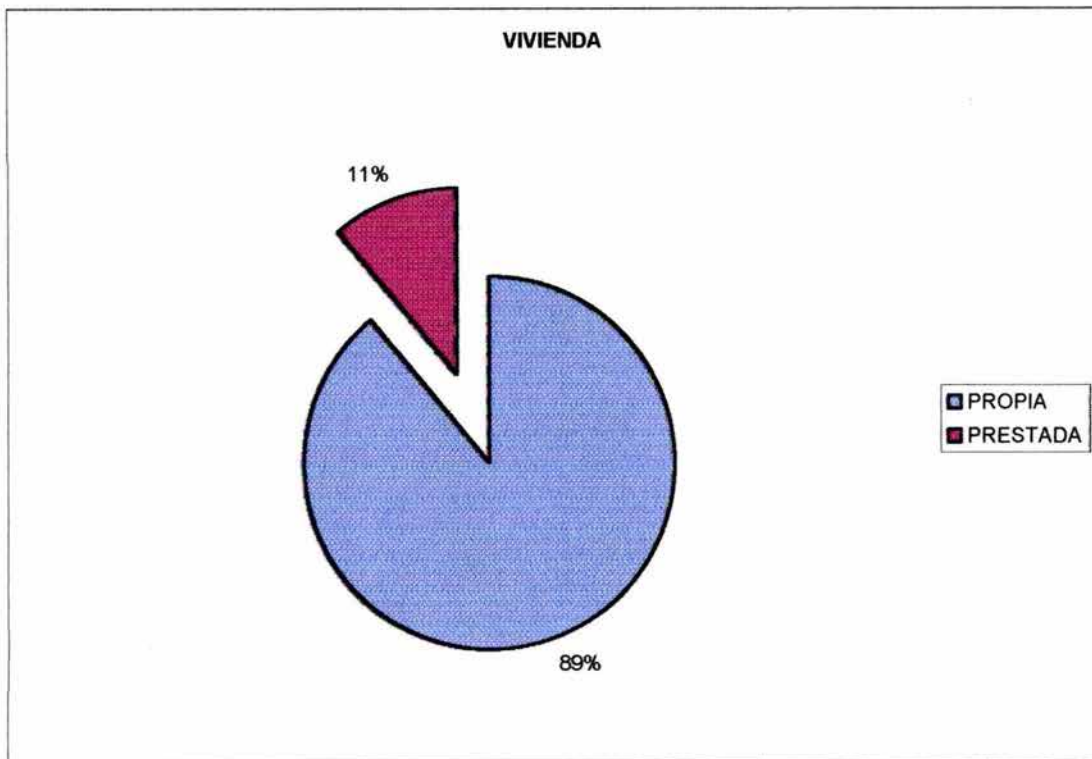
Se utilizo para la recopilación de información las siguientes técnicas e instrumentos:

Cuestionario

Entrevista

Observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

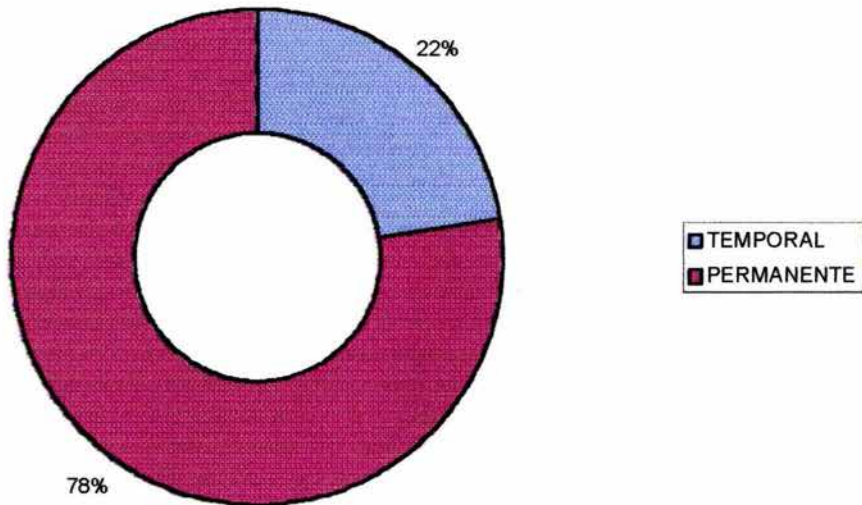


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Propia	79	88.76%
Prestada	10	11.24%
Total	89	100%

Características de la vivienda

El 88.76% de las viviendas en donde se aplicó la entrevista son de carácter propio, y el 11.24% son viviendas que son rentadas.

Vivienda Temporal o Permanente

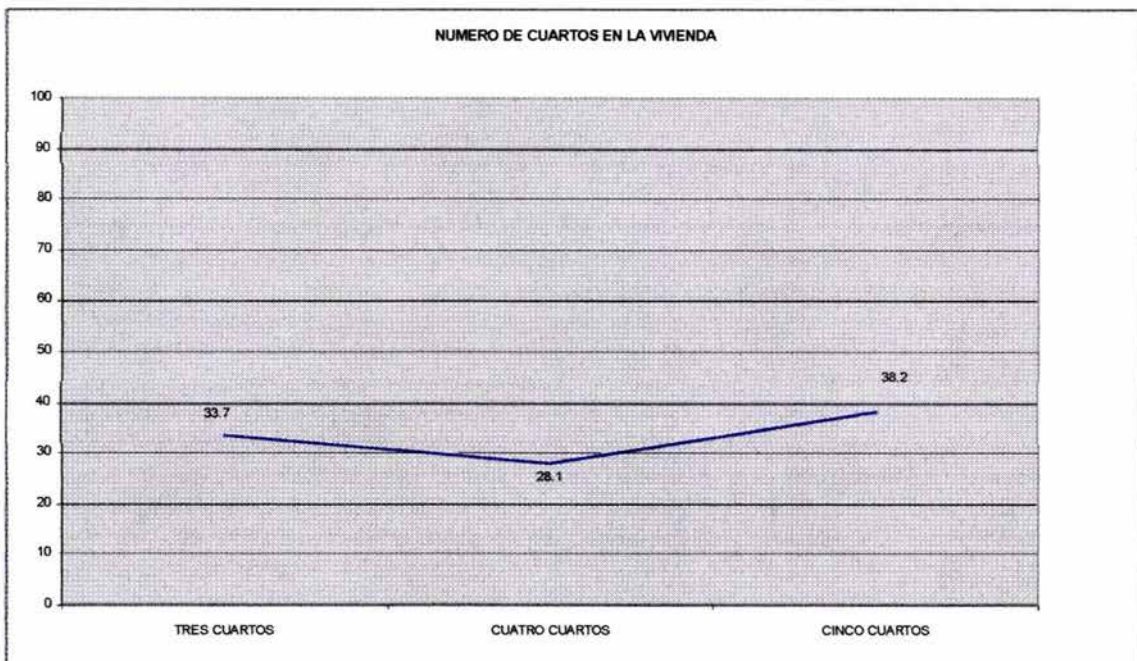


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Temporal	20	22%
Permanente	69	78%
Total	89	100%

Vivienda Permanente o Temporal

El 77.53% de las viviendas en donde se aplicó la entrevista, son de tipo permanente, mientras que el 22.47% corresponde a las viviendas de tipo temporal.

El que la vivienda sea permanente, esto favorecería más a la salud del paciente, ya que no se tendría que estar acondicionando constantemente el lugar para dializar. Por otro lado para los que su vivienda es temporal ocasiona un grave problema ya que deben estar acondicionando y haciendo un gasto en la adecuación del lugar para dializar.



Tres cuartos	Cuatro cuartos	Cinco cuartos	Total
30	25	34	89
33.7%	28.1%	38.2%	100%

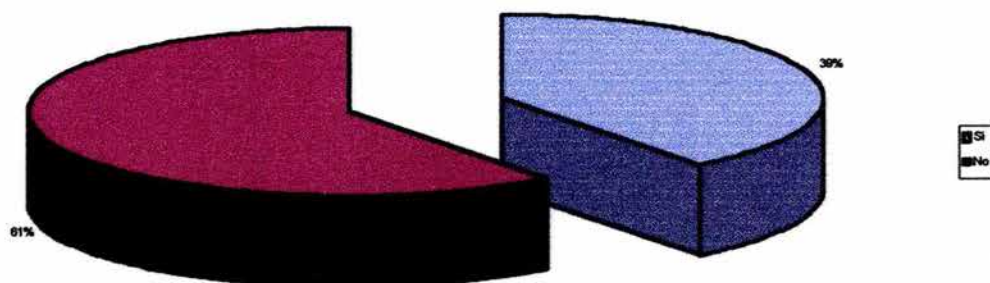
Numero de cuartos en la vivienda

El numero de cuartos que tienen las viviendas de los entrevistados, tienen de tres a cinco cuartos; el 33.7% corresponde a las viviendas que cuentan con tres cuartos; el 28.1% a las casas con cuatro cuartos; y por ultimo el 38.2% lo tienen las casas con cinco cuartos.

Aunque se tiene un elevado numero de cuartos, no se cuenta en muchos de los casos con un cuarto especial para el enfermo y su constante dialización; se cuenta con cuartos, pero las familias a las que se les aplico la entrevista son numerosas, y en donde se les es imposible dejar un cuarto al enfermo, mucho menos el construir un cuarto nuevo, esto por las limitantes económicas.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Cuenta con cuarto especial para dializar



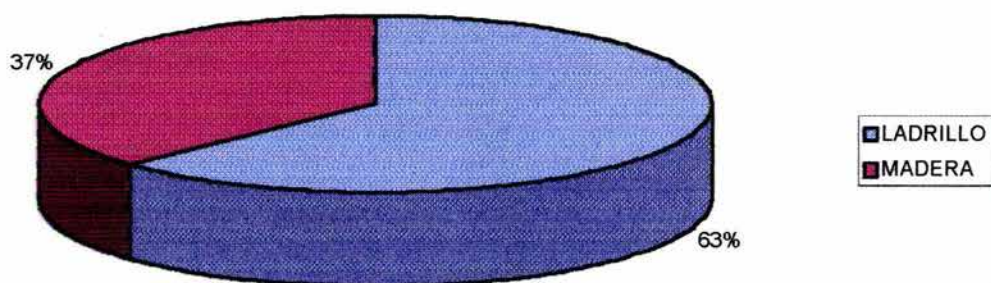
	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	39%
No	54	61%
Total	89	100%

Cuarto para dializar

Sólo el 39.32% cuenta con un cuarto especial para dializar, con todos los requerimientos técnicos que debe de cubrir, y un 60.68% han sido acondicionado un espacio, ya sea la misma habitación del enfermo o alguna otra habitación desocupada, pero que no cubre con los requisitos técnicos.

El no contar con un cuarto especial para dializar afecta de manera directa al enfermo ya que sufre constantemente de infecciones y que por lo tanto tiene que acudir al hospital con mucha regularidad, para que le den atención, esto por lo tanto ocasiona un gasto para el Seguro Social.

MATERIAL DE LAS PAREDES



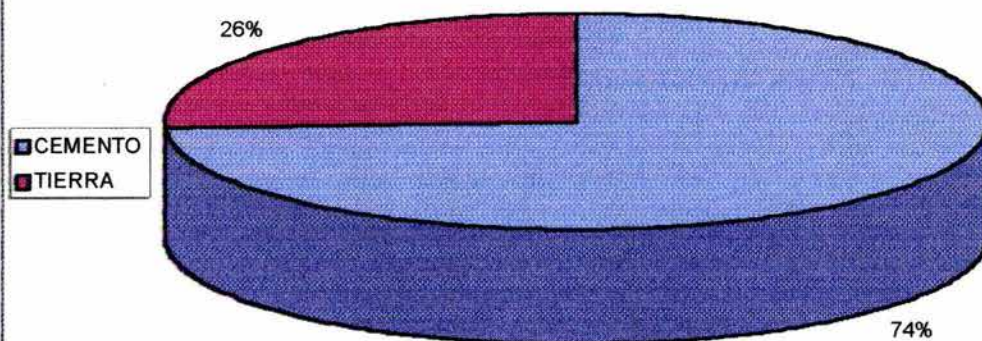
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ladrillo	56	63%
Madera	33	37%
Total	89	100%

Material de las paredes

El 62.92% de las viviendas cuentan con paredes hechas con ladrillo, mientras que el 37.08% de estas tienen paredes fabricadas con madera.

Para que el paciente no sufra infecciones, el lugar en donde debe de dializarse, debe de estar libre de polvo y suciedad, esto en una casa con paredes de madera es casi imposible, de igual manera ocurre con las paredes de material pero que no están repelladas y pintadas.

MATERIA DE PISOS



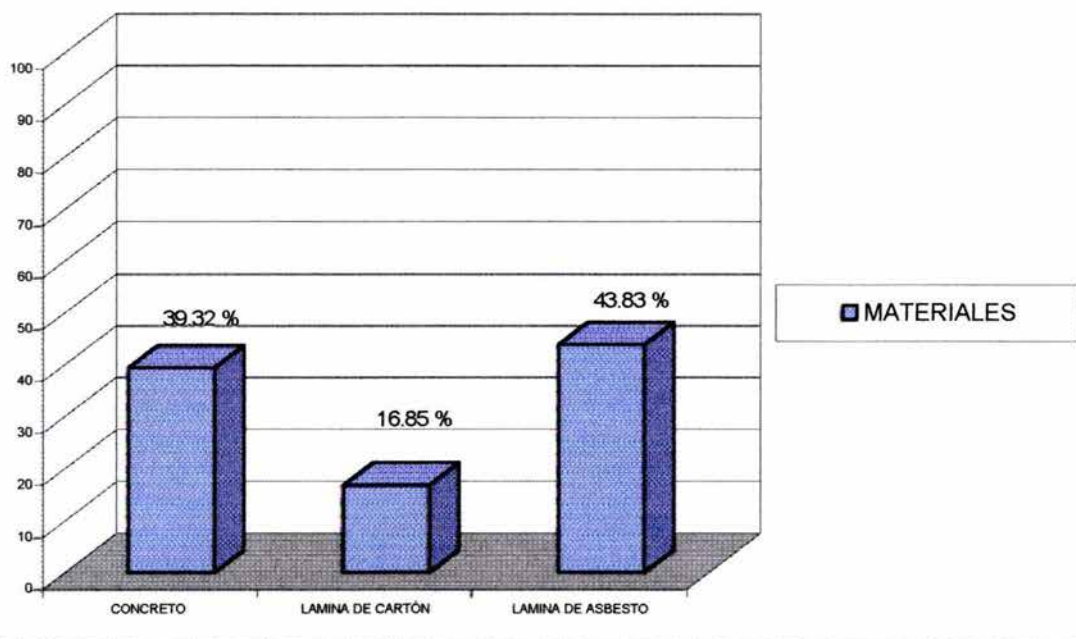
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Cemento	66	74%
Tierra	23	26%
Total	89	100%

Materia de los pisos

El Tipo de material de los pisos que más se presento fue el de cemento con un 74.16%, y el 25.84% cuenta con piso de tierra.

El tener el piso de tierra ocasiona que se produzcan infecciones, por el polvo que se llega a desprender.

TIPO DE MATERIAL DE LOS TECHOS

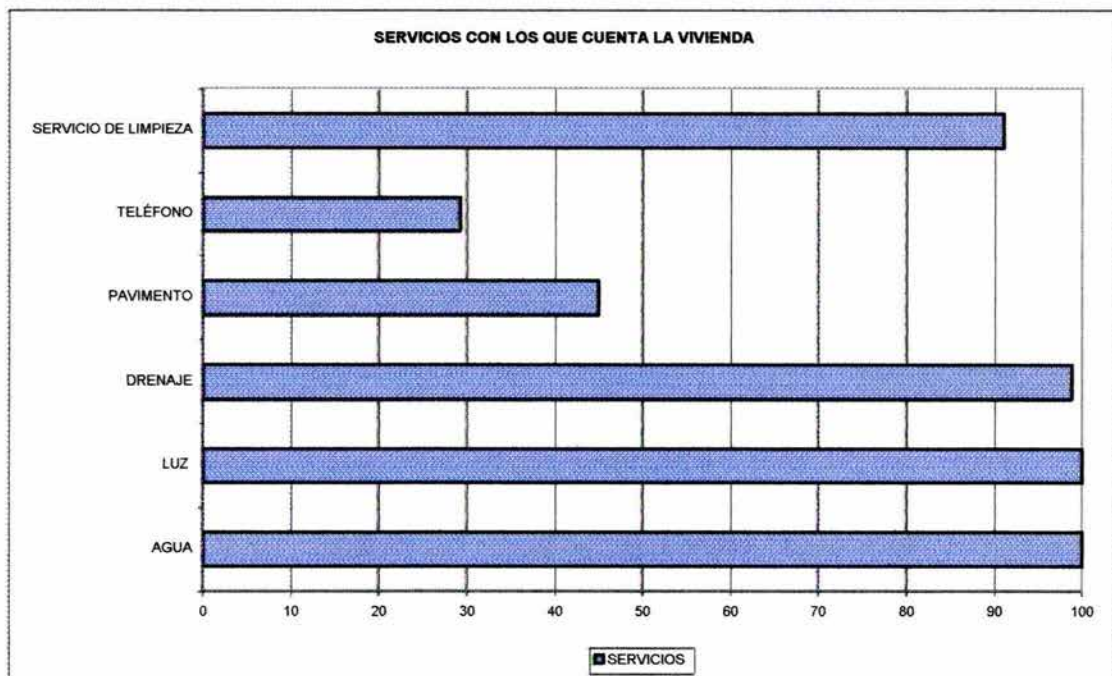


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Concreto	35	39.3%
Lamina de cartón	15	16.8%
Lamina de asbesto	39	43.8%
Total	89	100%

Material de los techos

El 39.32% de las viviendas cuentan con techos de losa (cemento), el 43.83% de las viviendas con lamina de asbesto y el 16.85% con lamina de cartón.

Las casas que cuentan con techos de lamina sea de asbesto o de cartón, tienen la desventaja de que el polvo entra con mayor facilidad, ocasionando que se tenga que asear con mayor frecuencia el área donde se dializa.



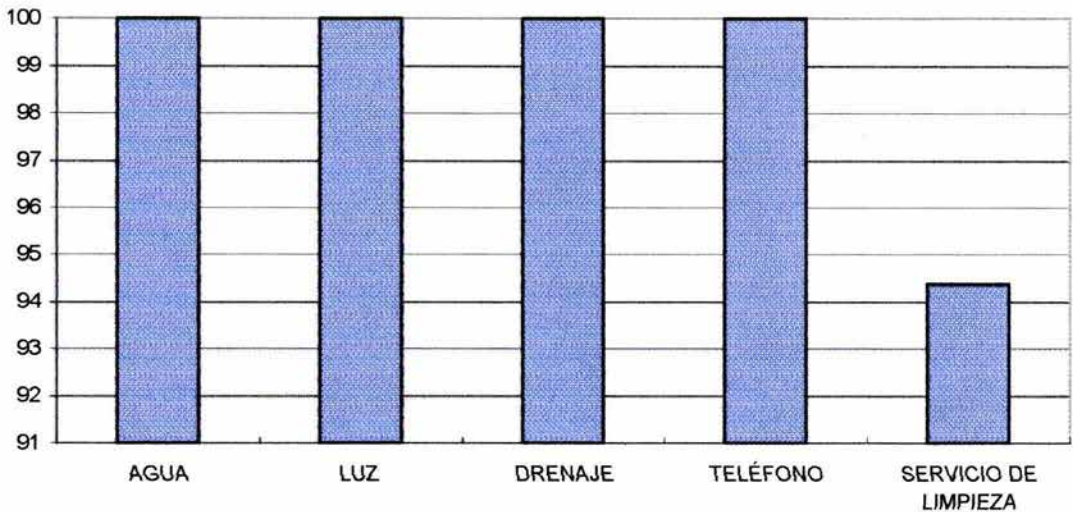
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Servicio de limpieza	81	91%
Teléfono	26	29.2%
Pavimento	40	44.94%
Drenaje	88	98.87%
Luz	89	100%
Agua	89	100%

Servicios con los que cuenta la vivienda

El 100% de las viviendas cuenta con los servicios de agua y luz, mientras que las viviendas que cuentan con el servicio de drenaje es el 98.87%, el 44.94% de las viviendas cuenta con calle pavimentada, el 29.21% de las viviendas cuenta con teléfono privado, y el 91.01% de las viviendas tiene el servicio de recolección de basura.

Lo más importante y necesario para el bienestar del enfermo es contar con luz y agua. Pero si la casa es de madera y la calle esta sin pavimentar, la cantidad de polvo que entrará a la casa será muy considerable y por consiguiente ocasionara infecciones.

COLONIA

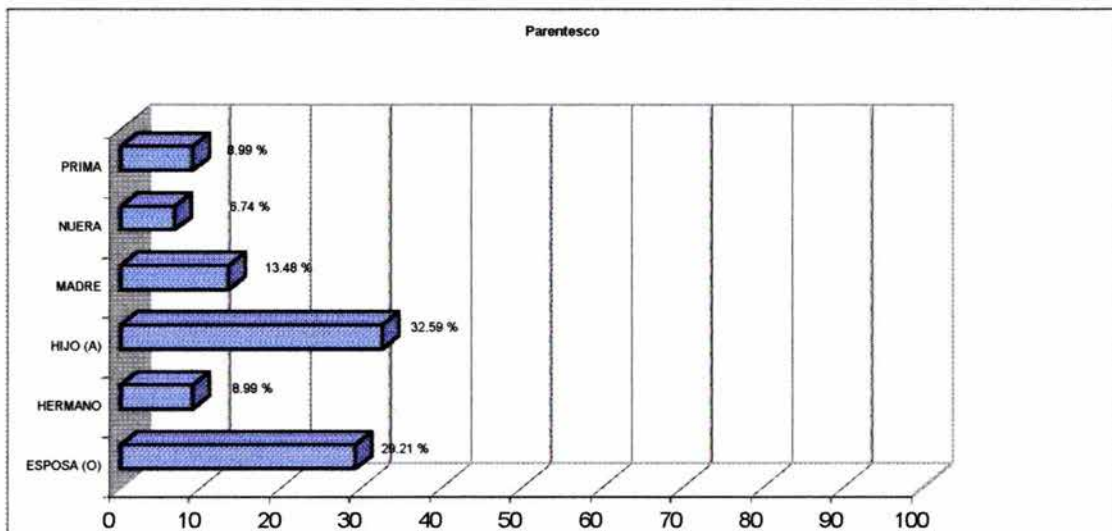


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Agua	89	100%
Luz	89	100%
Drenaje	89	100%
Teléfono	89	100%
Servicio de limpieza	84	94.38%

Servicios con lo que cuenta la colonia

Los servicios públicos con los que cuenta la colonia son los siguientes, el 100% cuenta con agua, luz, drenaje, teléfono publico y el servicio de recolección de basura con un 94.38%, esto por que no todas las colonias tienen este servicio.

Por lo general las personas que a las que se les entrevisto viven en colonias que no cuentan con todos los servicios necesarios, este fenómeno puede ser por la situación económica, ya que el adquirir un terreno en una colonia sin todos los servicios necesarios es más barato que una que si los tenga.

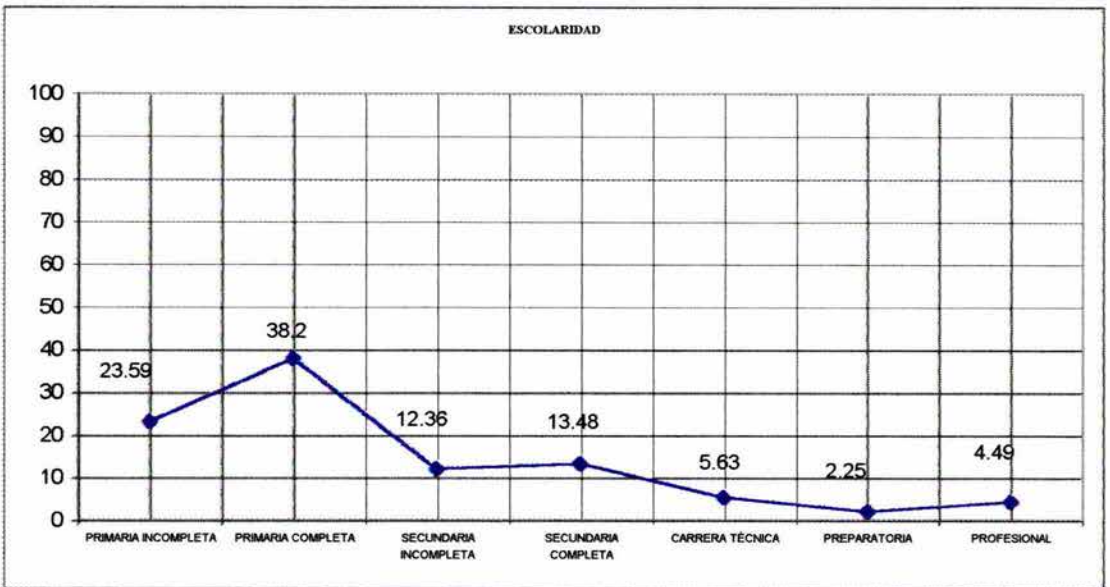


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Prima	8	8.99%
Nuera	6	6.74%
Madre	12	13.48%
Hijo (a)	29	32.59%
Hermano	8	8.99%
Esposa (o)	26	29.21%
Total	89	100%

El familiar que atiende al paciente con IRC con más frecuencia es el siguiente:

De los pacientes visitados solo dos se encontraban solos y ellos mismos se dializan. El porcentaje mayor le corresponde a los hijos e hijas con un 32.59% y el que le sigue es la categoría de esposa o esposo con un 29.21.

El que los hijos o familiares jóvenes se hagan cargo del paciente, puede producir un sin número de situaciones, que afectaran no solo al que cuida sino también repercutirá en el enfermo, ya que el cuidar de un enfermo es algo desgastante, que aunque no se quiera hacer, se llega a sentir odio, o "por que a mí". En general se dan numerosos sentimientos de culpa o de ira, por tal motivo la necesidad de acercar a la familia a que la responsabilidad no caiga en un solo miembro de la misma, sino que se deslinden responsabilidades y roles, para que el cuidado del paciente no se vuelva tedioso.



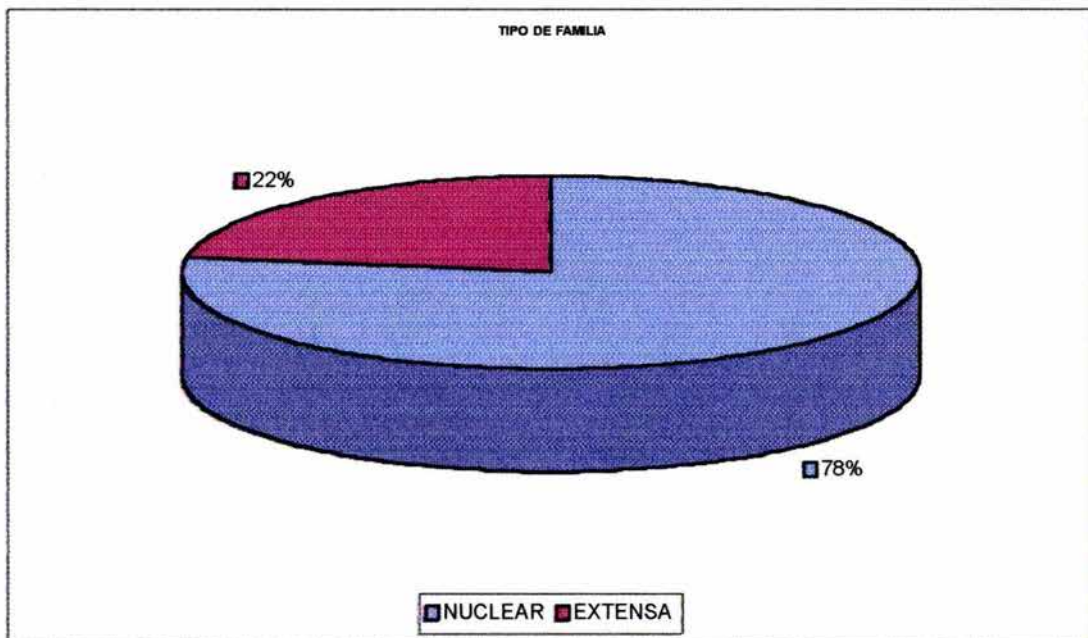
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	21	23.59%
Primaria completa	34	38.2%
Secundaria incompleta	11	12.36%
Secundaria completa	12	13.48%
Carrera técnica	5	5.63%
Preparatoria	2	2.25%
Profesional	4	4.49%
Total	89	100%

Escolaridad de los familiares que atienden al paciente con IRC

Los familiares que atienden a los pacientes con IRC, son en gran parte personas con baja escolaridad, como a continuación se menciona lo que repercute en la atención al mismo paciente, ya que se le dificulta al familiar comprender el proceso de diálisis, y esto por consiguiente en la persona que repercute es en el paciente. El 23.59% de los entrevistado tienen la primaria incompleta, el 38.2% cuenta con primaria completa, el 12.36% con secundaria incompleta, el 13.48% tiene secundaria completa, el 5.63% cuenta

con una carrera técnica, el 2.25% tiene preparatoria y el 4.49% tienen una carrera profesional

El que los responsables de cuidado del enfermo sean con una escolaridad baja, no sólo dificulta la comprensión del padecimiento y de los cuidados, sino que también dificulta el modificar conductas, creencias, estilos de vida, de alimentación, o normas; Ejemplo de ello sería cuando un adulto o anciano dice "si me he de morir, pues mejor lleno que estar hambriento". Esto no solo dificulta el cuidado sino que se entra en un problema familiar considerable.

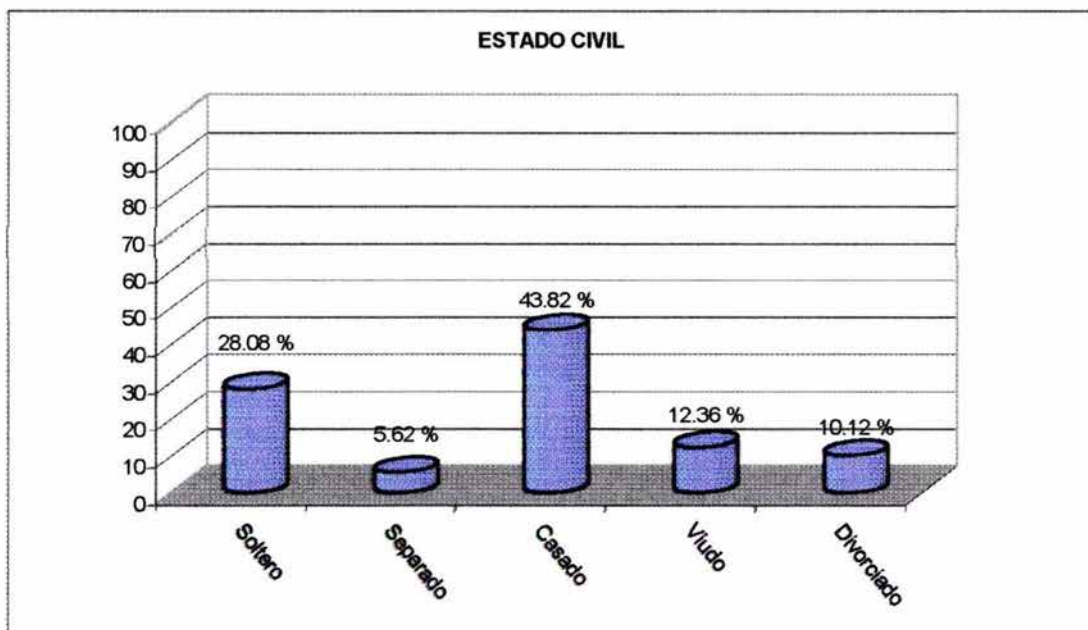


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	69	78%
Extensa	20	22%
Total	89	100%

Tipo de familia

El tipo de familia que más sobresale es la nuclear con un 77.52, sólo el 22.48% corresponde al tipo de familia extensa.

Dentro de las familias entrevistadas, si se cuenta con individuos para apoyar al enfermo, ya que las familias son numerosas y en varios casos son extensas, lo lamentable es que no todos los integrantes de la familia toman parte del cuidado del paciente, esto se podría deber a que no les interesa o por que no creen que les corresponde. En cualquiera de los dos casos es responsabilidad del familiar que se hace cargo del enfermo, motivar y hacerles ver a los demás integrantes que si es responsabilidad de ellos, por la simple razón de pertenecer al núcleo familiar, esto claro con el apoyo de profesionales en la materia.

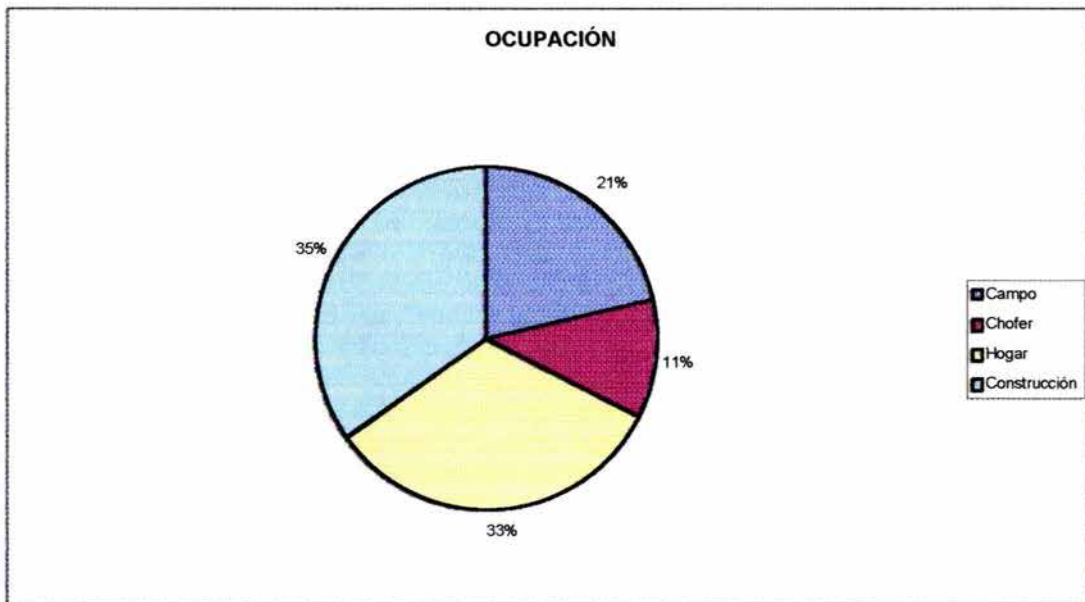


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	25	28%
Separado	5	6%
Casado	39	44%
Viudo	11	12%
Divorciado	9	10%
Total	89	100%

Estado civil del familiar entrevistado

El porcentaje más alto corresponde al estado civil de casados con un 43.82%, el 28.09% le corresponde a los solteros que en este caso son hijos o sobrinos del enfermo y con 12.36% los viudos, con 10.11% los separados y por último con un 5.62% el estado civil de separados.

Otra limitante pero que no impide pero si afecta, es el estado civil del responsable o responsables, ya que no sólo debe de cuidar al enfermo sino que más aún debe de jugar el rol de esposa o esposo dentro del núcleo familiar y esto ocasiona conflictos internos.

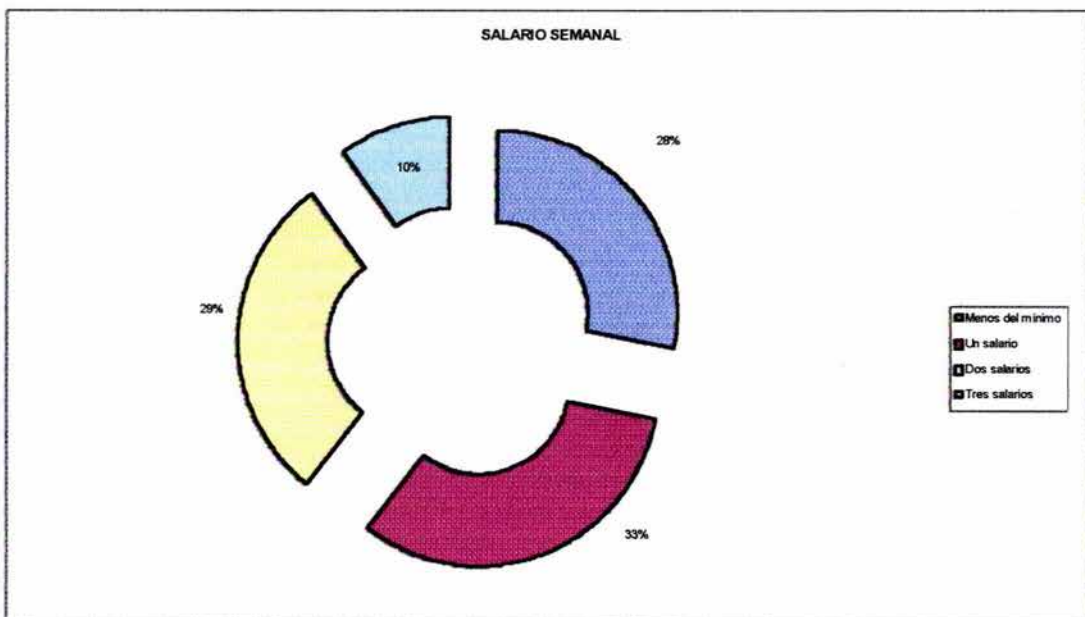


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Campo	19	21%
Chofer	10	11.23%
Hogar	29	32.59%
Construcción	31	34.84%
Total	89	100%

Ocupación

De los entrevistados el mayor porcentaje un (34.84%) lo tiene las personas que trabajan en la construcción, el 32.59% corresponde a las personas que se dedican al hogar, el 21% trabajan en el campo y el 11.23 laboran como chóferes ya sean de algún taxi o línea de autobús.

La mayoría de los entrevistados tienen un trabajo pesado y poco remunerado lo que limita básicamente en lo económico e impide satisfacer en muchas ocasiones el llevar la dieta especial o el poder efectuar remodelaciones a la casa habitación para adecuar un área especial para dializar.

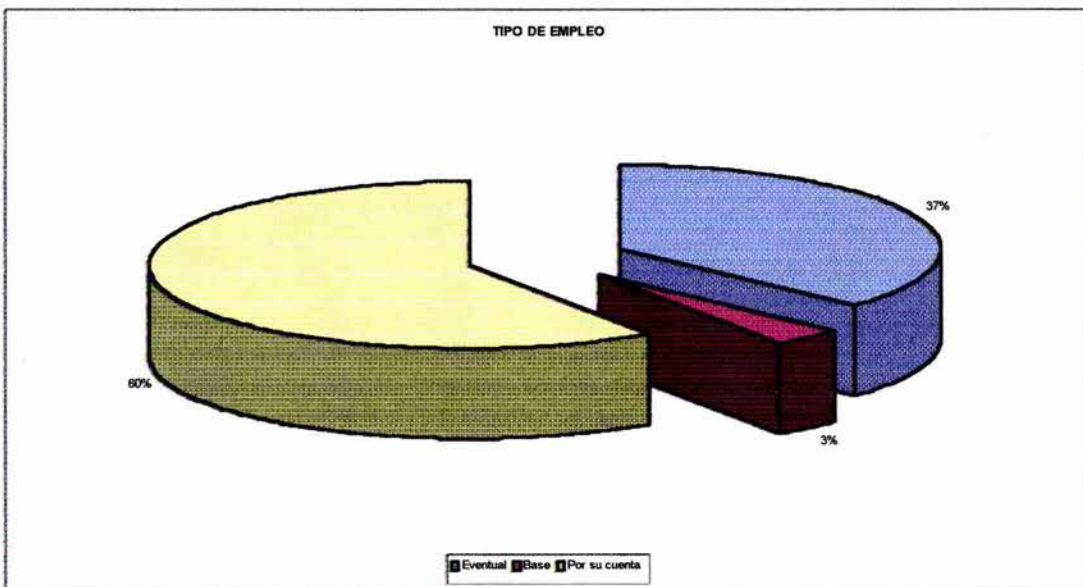


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos del mínimo	25	28%
Un salario	26	29%
Dos salarios	30	33%
Tres salarios	9	10%
Total	89	100%

Salario

El 33.3% de los encuestados ganan un salario mínimo, el 31.7% gana dos salarios, el 20% ganan menos del salario mínimo y por último las personas que ganan tres salarios con un 15%. Los ingresos percibidos son bajos, por lo tanto a la clase social a la que pertenecen los entrevistados es a la clase media baja y a la clase baja ya que con los ingresos percibidos sólo satisfacen las necesidades básicas.

Con un salario como estos, es casi imposible que los enfermos lleven al 100% la dieta, ya que no es posible preparar comida especial para él; El factor económico no solo limita este aspecto sino también el de vivienda, no es posible en muchos casos el acondicionamiento del lugar especial para dializar.

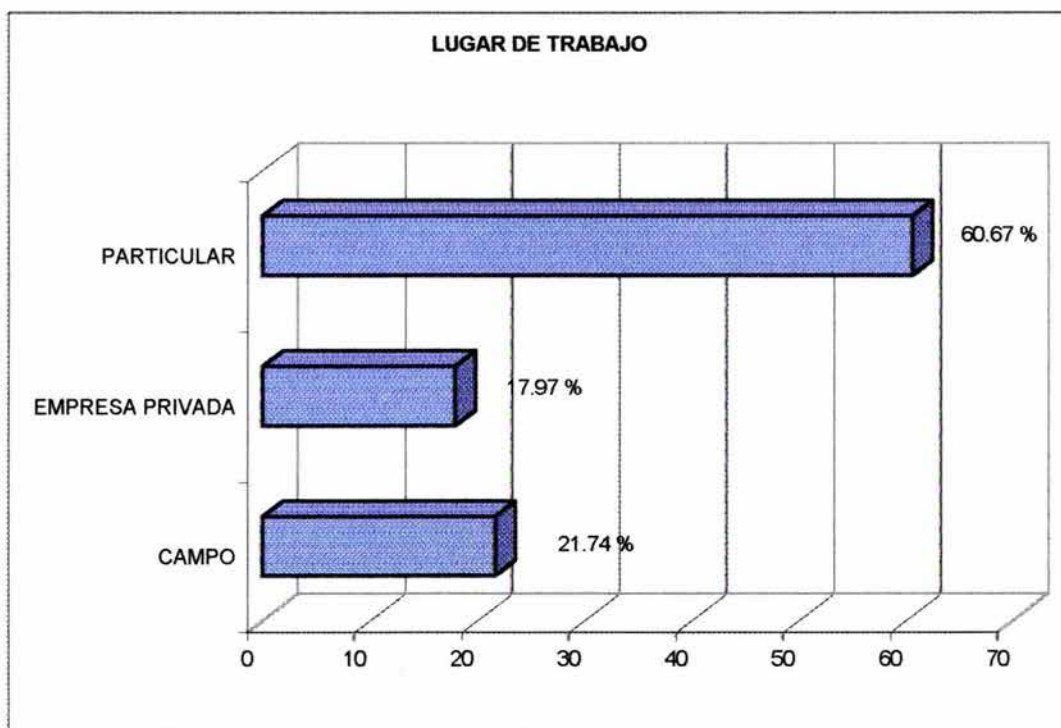


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Eventual	33	37%
Base	3	3%
Por su cuenta	54	60%
Total	89	100%

Tipo de empleo

El tipo de empleo que más sobresale es el trabajar por su cuenta con un 56.66%, mientras que con un 38.34% corresponde a eventuales y por ultimo los que cuentan con base que vienen a ser un 5% estos son los que laboran en alguna empresa.

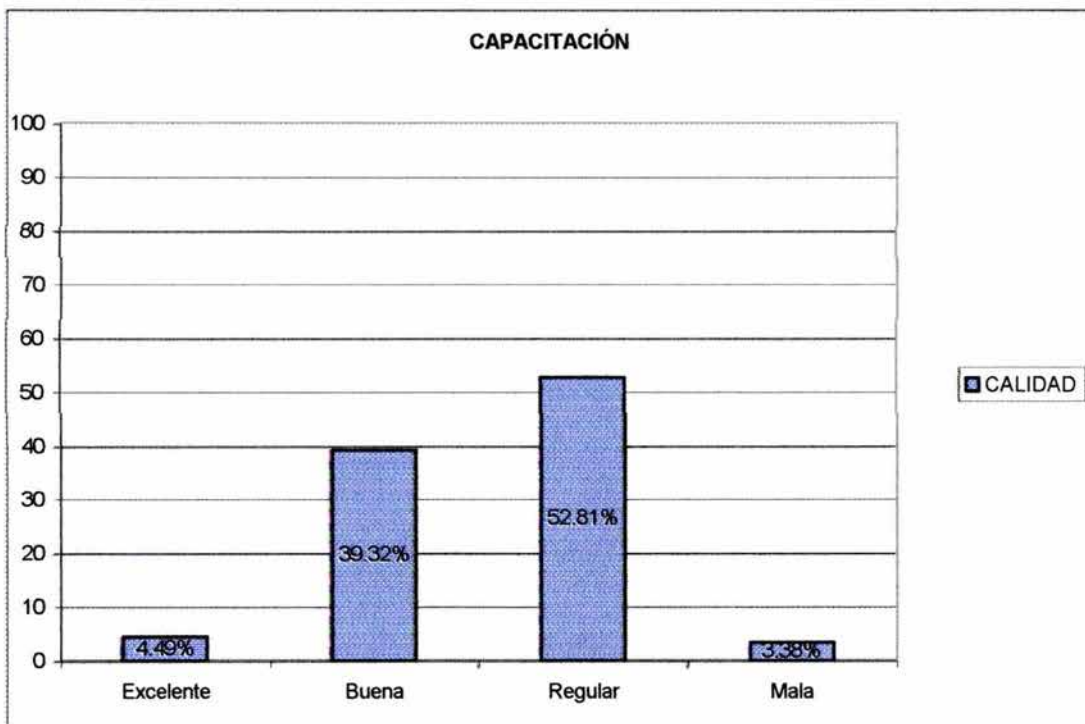
El que trabajen por su cuenta ocasiona que el ingreso no llegue a ser constante ni seguro, ya que como ellos mismos lo expresaron "el trabajo se llega a escasear " por lo tanto el ingreso que se tenia se deja de percibir, produciendo una crisis económica.



Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Particular	54	60.6%
Empresa Privada	16	17.9%
Campo	19	21.7%
Total	89	100%

Lugar de trabajo

La mayoría de los familiares entrevistados laboran por su cuenta esto es el 60.67% y son en su mayoría personas que laboran en la construcción, y el 21.74% son las personas que laboran en el campo, tienen un trabajo pesado y variable, ya que en ocasiones duran un considerable tiempo sin trabajar, por ultimo están las personas que laboran en las empresas privadas de los entrevistados sólo el 17.97% labora en estas y que cuentan con un ingreso seguro.



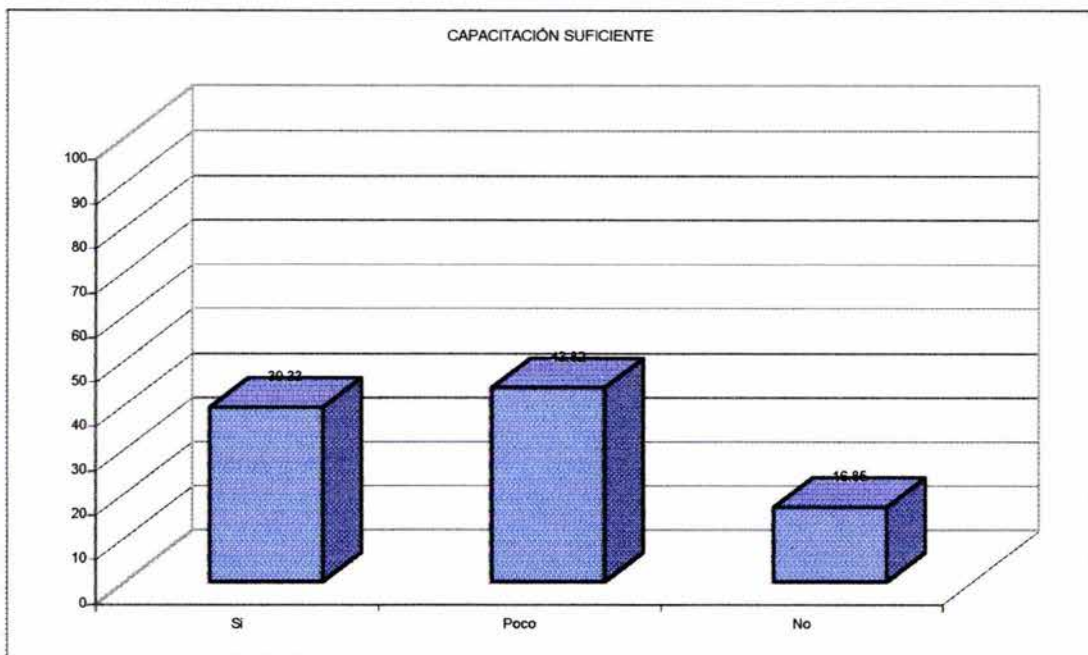
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	4	4.4%
Buena	35	39.3%
Regular	47	52.8%
Mala	3	3.3%
Total	89	100%

1.- Como considera la capacitación que le brindo el personal de salud del IMSS para la atención del enfermo

La capacitación que recibieron los familiares fue buena, así lo indicaron los entrevistados y fue el 39.32% de ellos, aunque tiene sus limitantes, ya que se menciona por parte de los entrevistados que no sabían como manejar los cambios de conducta del paciente ya que todos los pacientes al confirmarles su enfermedad la rechazan y no saben

los familiares como orientarlos y ayudarlos. El 52.81% la considero regular, en la mayoría de los casos sé externo que la capacitación se enfoca mucho a lo técnico, esto es al proceso de la diálisis y de cómo prevenir infecciones, el 39.32% la considera buena, el 33.83% la considera mala, los motivos por los cuales la consideran así es por que tuvieron que regresar al hospital ya que en su casa se les olvido o no les fue posible poner en práctica los conocimientos recibidos o por que se les complico y no sabían que hacer, esto ultimo por lo regular les ocurre a todos los de nuevo ingreso y sólo un 4.49% la considera excelente.

La capacitación en términos generales es regular el problema podría ser que no existe un seguimiento de esta, sino que se retoma hasta que el paciente sufre alguna recaída y por lo tanto se le debe de adiestrar nuevamente en los cuidados y el cómo dializarse, cosa que se podría evitar si se realizara un seguimiento tanto del paciente como de su capacitación y de lo que aprendió de la misma.

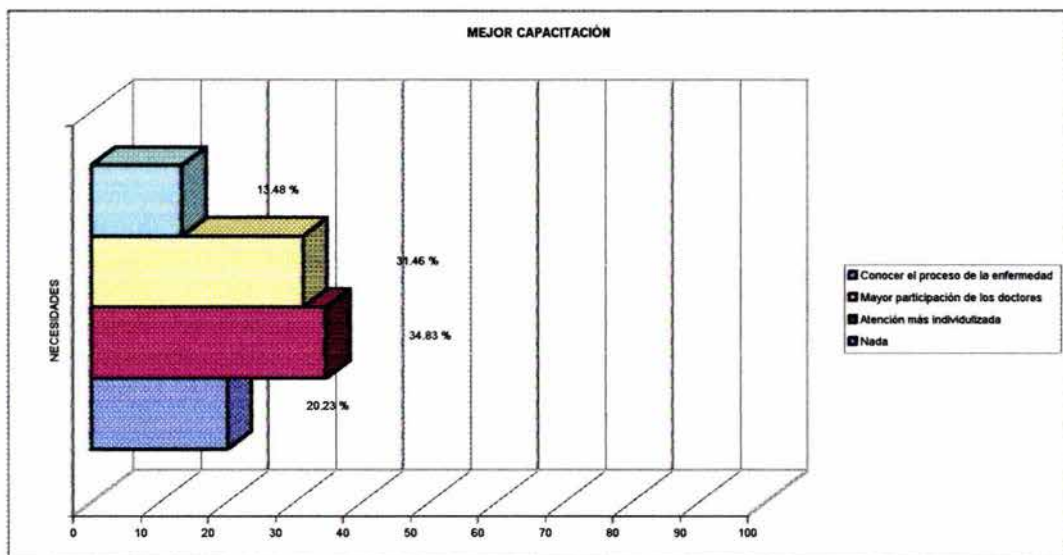


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	39%
Poco	38	43%
No	17	18%
Total	89	100%

2.- Considera que la capacitación que le brinda el seguro social es suficiente para sus necesidades

El 43.82 de los entrevistados considera que poco le a ayudado la capacitación y el 39.33% externo que si le a ayudado lo que recibió de capacitación por ultimo el 16.85% consideran que no les a ayudado lo recibido.

Por la falta de conocimiento sobre la enfermedad y por no saber el papel que juega la familia, muchos de los entrevistados y pacientes no tienen las herramientas y conocimientos necesarios para poder exigir una mejor capacitación.



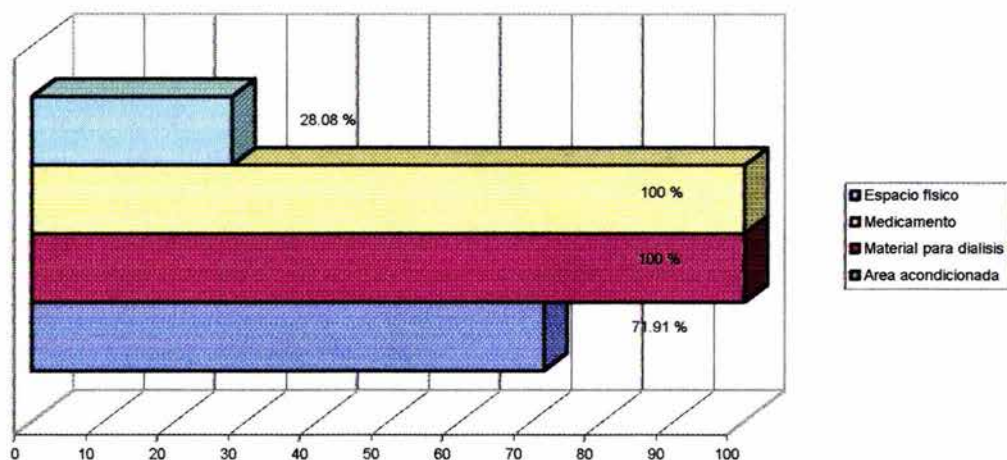
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Conocer el proceso de la enfermedad	12	13.48%
Mayor participación de los doctores	28	31.46%
Atención más individualizada	31	34.83%
Nada	18	20.23%
Total	89	100%

3.- Que cree usted que *haría falta para que la capacitación le ayudara más a atender de una mejor manera a su paciente*

El 34.83% considera que debería de ser una atención más individualizada, el 31.43% piensan que debería de haber mayor participación de los doctores, el 20.23% no expresó de que manera podría mejorar la capacitación y por último el 13.48% contestó que sería bueno conocer mejor el proceso de la enfermedad.

La población de enfermos con IRC que se tiene registrada en el seguro social no es muy alta, por lo cual se podría dar una atención más individualizada y se podría trabajar la capacitación en forma de taller, de esta manera los involucrados en la capacitación participarían más en el proceso de enseñanza-aprendizaje. También el seguimiento de los pacientes y de lo que han aprendido, se podría llevar a cabo de esta manera se estaría en constante capacitación, aquí el trabajador social sería encargado de realizar esta función.

RECURSOS NECESARIOS PARA DIALIZAR CORRECTAMENTE

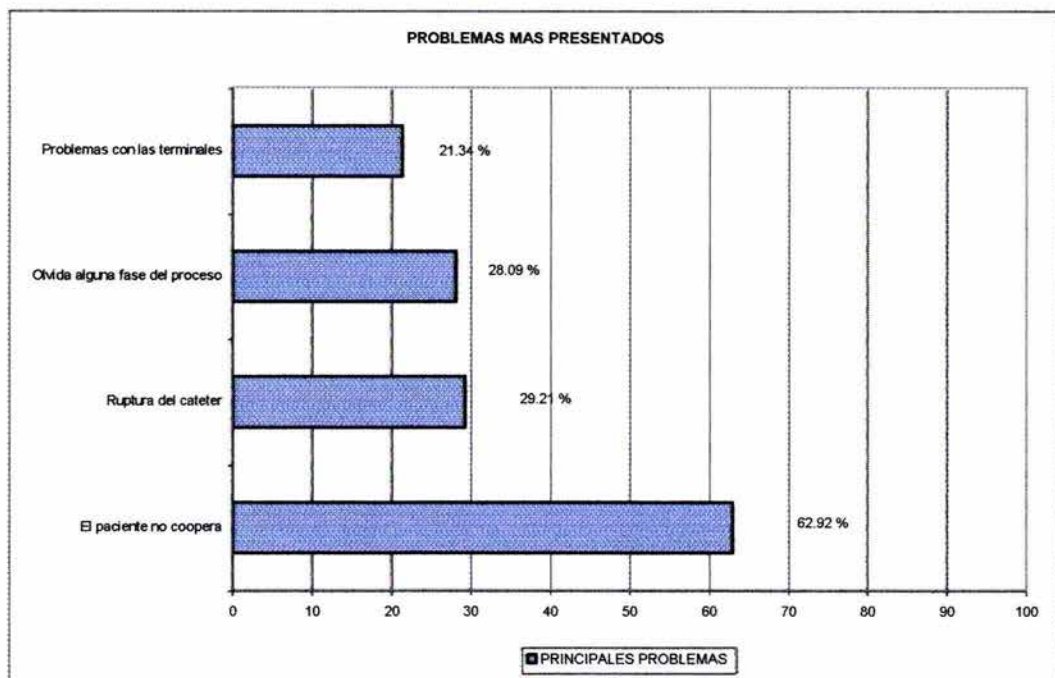


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Espacio físico	25	28%
Medicamento	89	100%
Material para diálisis	89	100%
Área acondicionada	64	71.91%

4.- Cuenta con los recursos necesarios para realizar adecuadamente la diálisis de su paciente

Todos los pacientes han contado con el material para diálisis y al igual con los medicamentos, por otro lado el 71.91% no cuenta con una área especial para dializar sino que se ha acondicionado un lugar, este lugar puede ser una recámara o la sala y allí llevan a cabo la diálisis, sólo el 25.08% cuenta con un espacio físico exclusivo para la diálisis y que cuenta con los requerimientos necesarios.

El material para diálisis, los medicamentos, no son un problema, ya que siempre se cuenta con ellos, el verdadero problema es contar con un lugar específico para dializar, si se contará con este lugar, se reducirían considerablemente las infecciones y por lo tanto las visitas al hospital, por consiguiente se reduciría el gasto que realiza el seguro social con los pacientes hospitalizados.

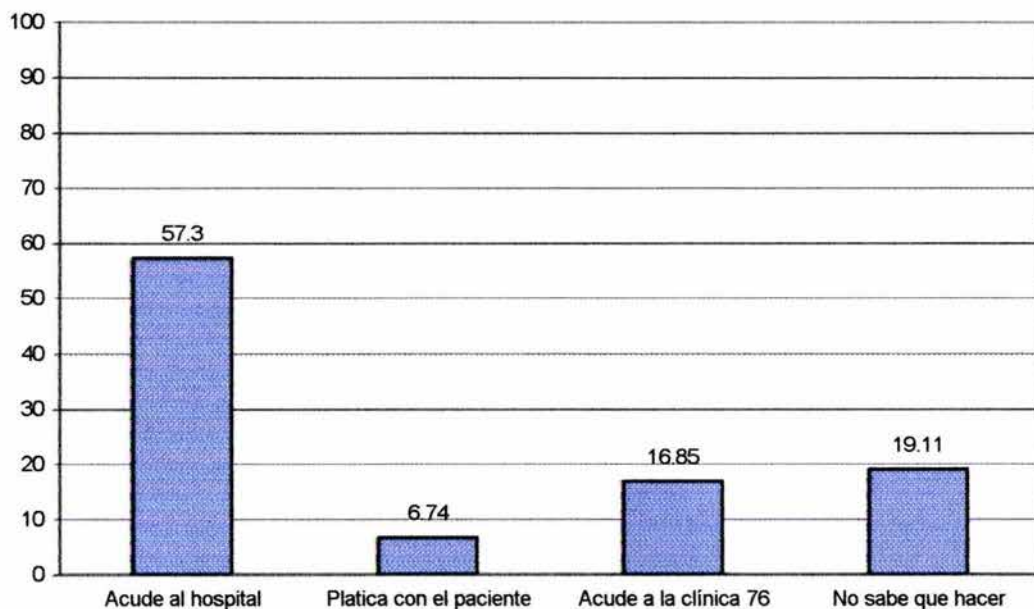


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Problemas con las terminales	19	21.3%
Olvida alguna fase del proceso	25	28%
Ruptura del catéter	26	29.2%
El paciente no coopera	56	62.9%
Total	89	100%

5.- Cuales son los problemas a los que se enfrenta cuando realiza la dialización

El 62.92% de los familiares entrevistado manifestaron que el paciente no coopera, tanto en la dialización como con la dieta, esto por que el paciente en muchos de los casos aún no a aceptado su enfermedad, por lo tanto se torna repulsivo al tratamiento y no participa. El 29.21% corresponde al segundo problema que más se enfrentan los familiares es a la ruptura del catéter; con un 28.09% son aquellos que olvidan alguna fase del proceso y por ultimo con un 21.34% los problemas con las terminales, estos son los conductos por los cuales se coloca la solución de diálisis.

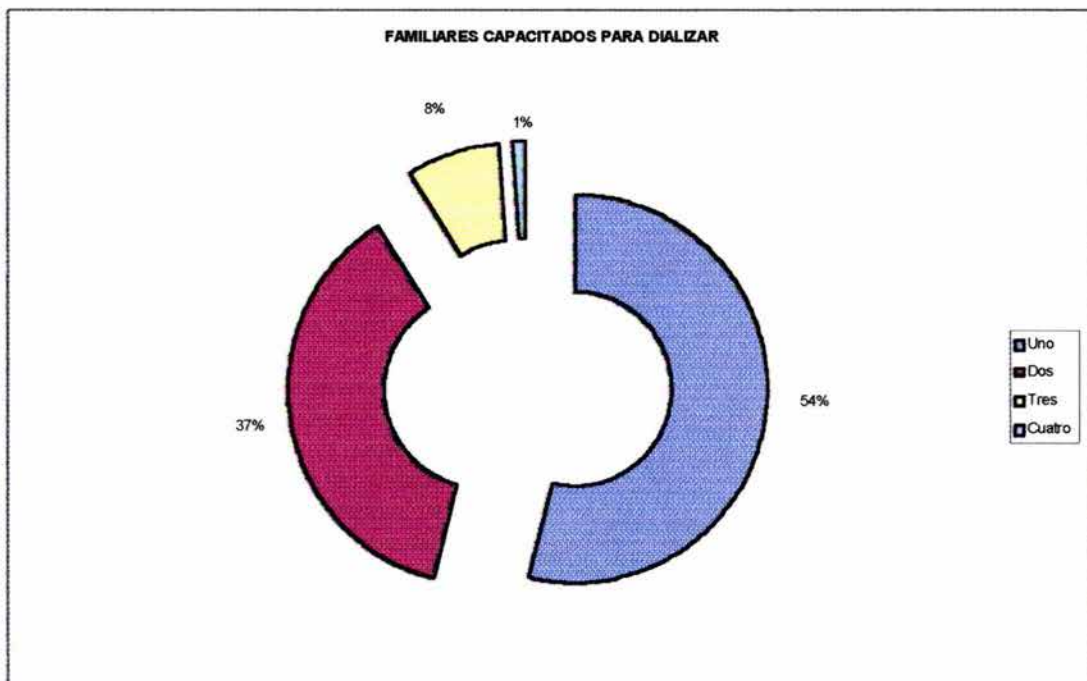
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN EMPLEADAS POR LOS FAMILIARES



Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Acude al hospital	51	57.3%
Platica con el paciente	6	6.74%
Acude a la clínica 76	15	16.85%
No sabe que hacer	17	19.11%
Total	89	100%

6.- De que forma dio solución a las dificultades presentadas

Más de la mitad de los familiares, acude al hospital cuando surge alguna dificultad, que viene a ser el 57.30%, de estos la mayoría acude al modulo especial para enfermos con IRC que se encuentra en el mismo hospital del seguro social. El 19.11% en muchos de los casos no saben que hacer; el 16.85% acude a la clínica 76, que también pertenece al seguro social, y por ultimo se encuentran los que platican con el paciente en busca de una alternativa de solución que es el 6.74%.



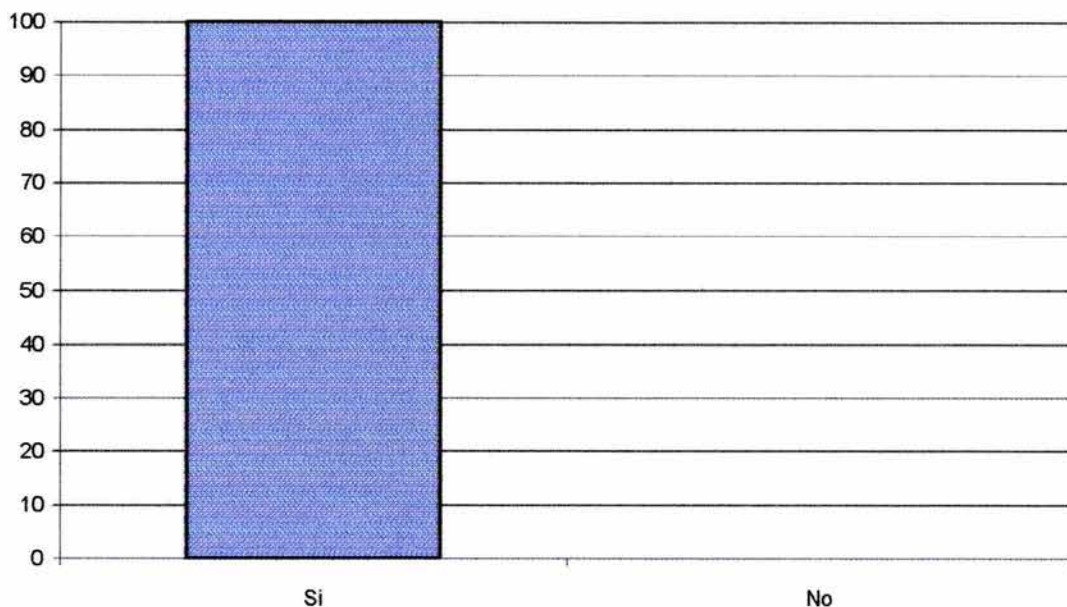
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Uno	48	54%
Dos	33	37%
Tres	7	8%
Cuatro	1	1%
Total	89	100%

7.- Cuantos miembros de la familia están capacitados para dializar aparte del paciente

El más alto porcentaje corresponde a los que sólo un miembro de la familia esta capacitado para dializar que es el 53.93%; el 37.08% corresponde a los casos en los que dos familiares pueden dializar al paciente; el 7.86% cuando son tres los familiares y por ultimo el 1.13% los que cuatro familiares pueden dializar.

El que sólo un miembro o dos se hagan cargo de la diálisis y del cuidado del paciente, es un grave problema ya que es sumamente desgastante, de allí la importancia de enrolar a todos los integrantes de la familia, para que el cuidado no se vea centrado en un solo miembro, de esta manera se facilitará el cuidado del enfermo.

DISTRIBUCIÓN DEL MATERIAL DE DIÁLISIS



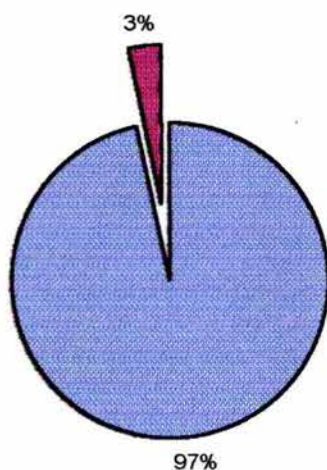
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	89	100%
No	0	0%
Total	89	100%

8.- La distribución del material es funcional

El 100% contesto que es muy funcional el reparto del material para diálisis, ya que este les llega a la puerta del domicilio de cada paciente.

El que el material para dializar se entregue a domicilio, ayuda a que el familiar o el paciente no tenga que acudir constantemente al hospital por este material, hay ocasiones que si tienen que acudir por el al hospital pero esto ocurre rara vez y es por que pudo salir algún material defectuoso o se desperdicio esté.

MANEJO DE DESECHOS DE DIÁLISIS



■ Carro colector ■ Barranco

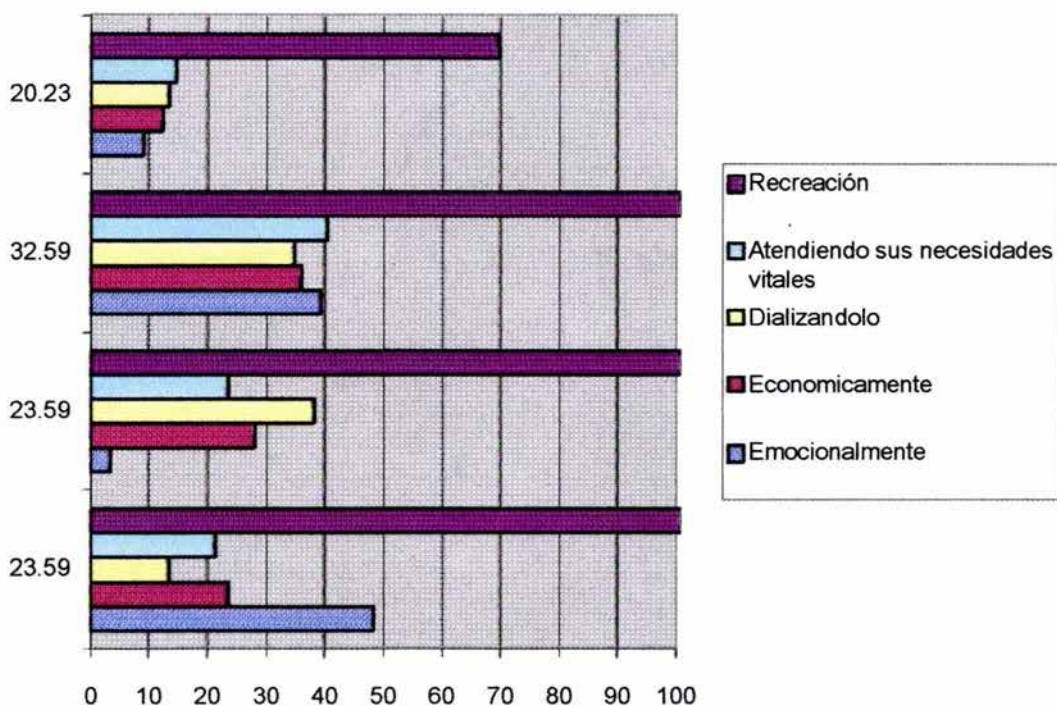
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Carro recolector	86	97%
Barranco	3	3%
Total	89	100%

9.- Por el manejo que le da a los desechos de la diálisis a donde están destinados a llegar

El 96.63% deposita los desechos en el carro recolector y sólo el 3.37% lo tira al barranco, esto por que el servicio de recolección no pasa constantemente.

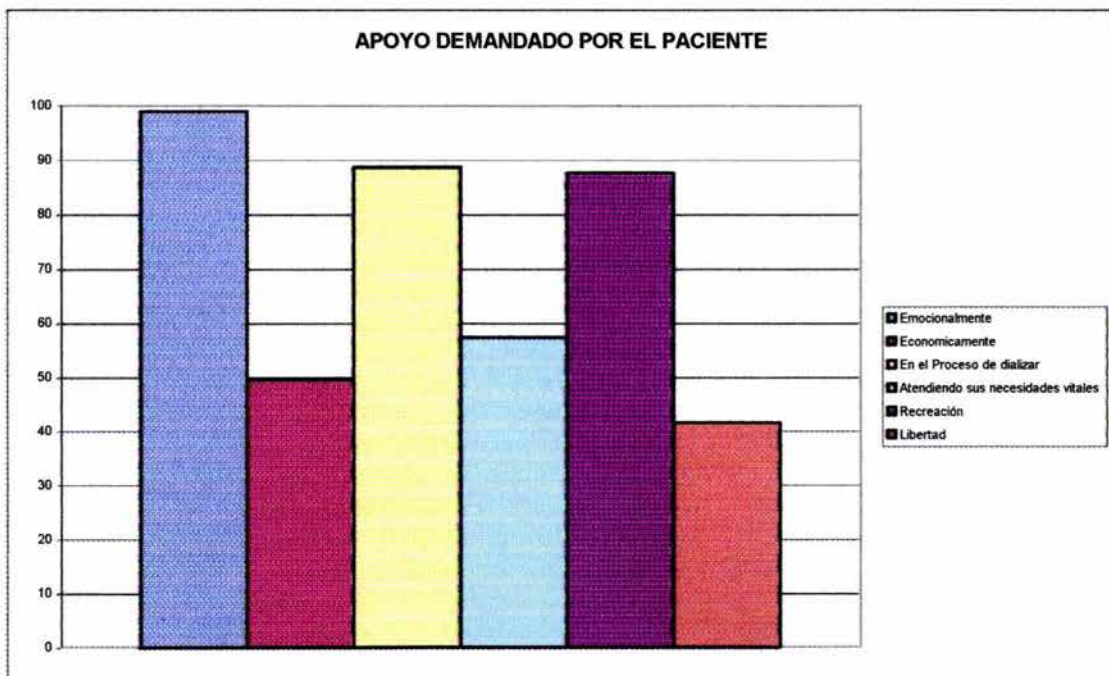
El depositar los desechos del material de diálisis en el carro colector es muy necesario, ya que de esta manera se evitan posibles infecciones. Ya que este material es igual de peligroso que si habláramos de jeringas o aguas si no se maneja con el debido cuidado puede llegar a infectarse a otra persona que tenga contacto con estos desechos.

APOYO BRINDADO POR EL PACIENTE



10.- Que tipo de apoyo usted brinda al paciente

El pariente que más apoyo emocional brinda al enfermo son los hijos esto es el 32.59%, y después los padres con un 23.59% por último los parientes con un 20.23%. Económicamente el que más apoya es el padre esto es el 48.31% y los hijos 39.32%, los que menos apoyan en este aspecto son las madres con un 3.38% y los parientes en un 8.99%. En la diálisis los que más contribuyen son los hijos esto es 35.96%, las madres con un 28.09% y los padres con un 23.59%, los parientes apoyan solo el 12.36%. Atendiendo las necesidades vitales del enfermo, como son la alimentación y el aseo personal esta en primer lugar la madre con un 38.2% y los hijos con un 34.84%, los padres y los parientes realizan en menor proporción esta actividad solo el 13.48% lo hace. El parentesco que más brinda recreación al paciente son los hijos en un 40.46%, le siguen con un 23.59% las madres, después los padres con un 21.35% y por último en un 14.6% los parientes.



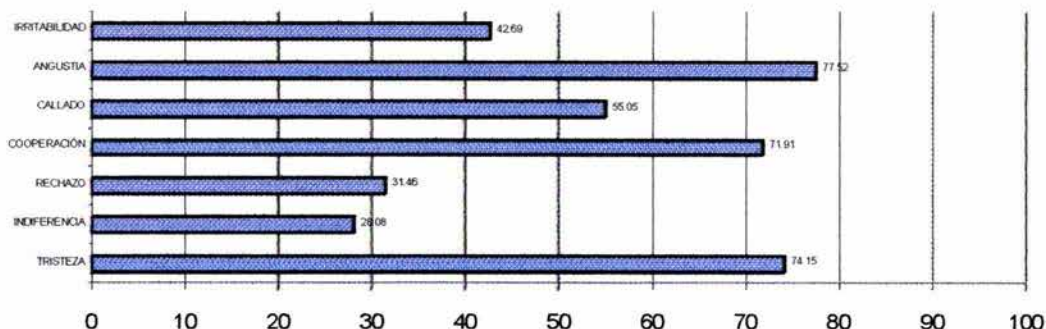
11.- Que tipo de apoyo le es demandado por el paciente

El apoyo que más es demandado por los pacientes, es emocionalmente esto es en un 98.87%, le sigue el apoyo en el proceso de dialización en un 88.76%, con un 87.64% el apoyo de recreación, económicamente de los pacientes entrevistados solo el 49.43% lo demanda. El 57.3% de los pacientes demandan que se les apoye en sus necesidades vitales y por ultimo los pacientes demandan libertad, esto solo el 41.57%.

Es muy cierto que el ser humano lo que más demanda es apoyo emocional, sentirse amado, necesario, tomado en cuenta, esto se requiere con más intensidad cuando el individuo esta enfermo, y más aún si sabe que va a morir, por tal motivo el aspecto económico pasa a un grado muy inferior; el problema aquí es que estos pacientes sufren el mal llamado "el mal del viejo", ya que después de un tiempo son rechazados, no se les toma en cuenta, se les coloca en una habitación aislada, se les ignora. Esta es una actitud que se da con mayor regularidad cuando el cuidado se centra en un solo individuo.

El que el paciente se dialice no le impide al enfermo realizar otras actividades, claro que tiene sus limitantes como toda enfermedad crónica, pero puede llevar una vida casi normal.

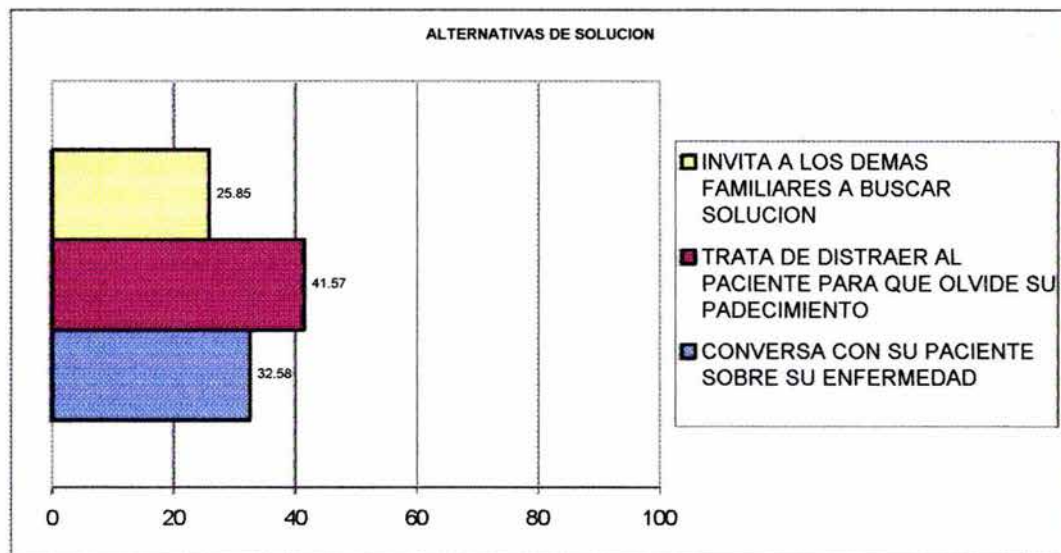
CONDUCTAS PRESENTADAS POR EL PACIENTE



Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Irritabilidad	38	42.69%
Angustia	69	77.52%
Callado	49	55%
Cooperación	64	71.91%
Rechazo	28	31.46%
Indiferencia	25	28%
Tristeza	66	74.15%

12.- Que cambios de conducta percibe de su paciente a raíz de su enfermedad

Los cambios de conducta que más se presentan en los pacientes son la angustia en un 77.52%, la tristeza con 74.15%, y el 71.91% de los entrevistado comentaron que la cooperación es una de las conductas que más se presentan; De los familiares entrevistados el 55.05% afirman que la conducta de silencio (callado) es la que se ha presentado con mayor regularidad; mientras que el 42.69% de los familiares comentan que el enfermo a presentado irritabilidad; el 31.46% de los familiares afirma que el paciente presenta rechazo a una parte del tratamiento, que generalmente es, ó que no llevan la dieta, o que no siguen adecuadamente el proceso de diálisis; por ultimo el 28.08% de los parientes sostienen que el paciente ha presentado indiferencia ante el tratamiento y los consejos del médico. Uno de nuestros objetivos de nuestra investigación es descubrir de que manera la familia puede ayudar a disminuir estas conductas, ya sabemos lo que el paciente demanda, ahora es importante saber como lo va a conseguir la familia.



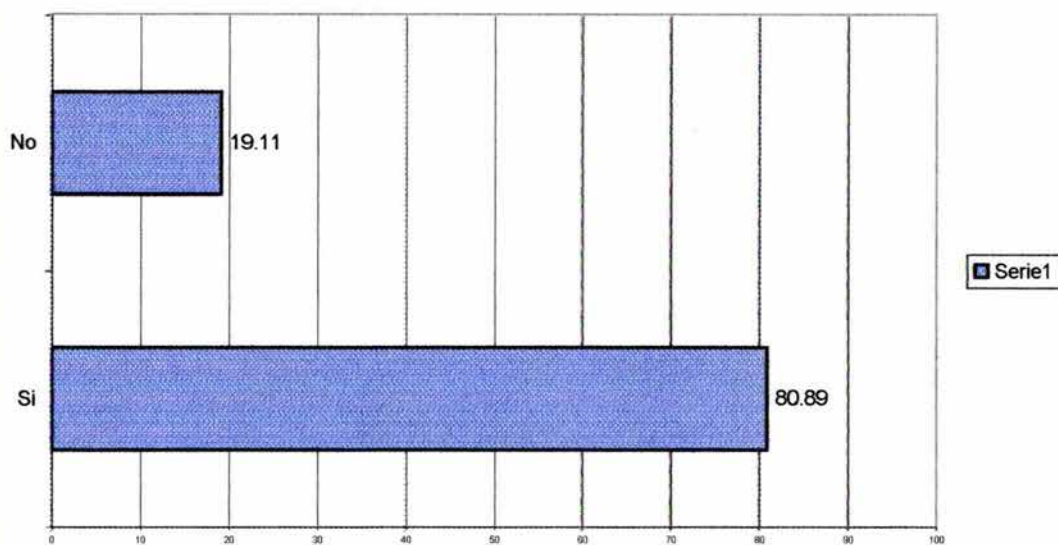
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Invita a los demás familiares a buscar solución	23	25.85%
Trata de distraer al paciente para que olvide su padecimiento	37	41.57%
Conversa con su paciente sobre su enfermedad	29	32.58%
Total	89	100%

13.- Como afronta los cambios de conducta del paciente

La forma más común de afrontar los cambios del paciente es tratando de distraer al paciente así lo aseguran el 41.57% del total de entrevistados; el 32.58% de los familiares afirman que otra forma de afrontar los cambios es conversando con el paciente acerca de lo que le preocupa y por ultimo el 25.85% de los familiares entrevistados consideran que el invitar a que los demás familiares participen en buscar solución ayudaría de mucho.

La familia del enfermo tiene una idea de cómo puede ayudar al enfermo, lo único malo es que no lo aplica, esto tal vez por que no sabe como aplicarlo; algunos de los entrevistados comentaban "bueno si lo escucho, pero cuando termina de hablar no se que decirle para animarlo". Por este tipo de situaciones es necesario adiestrar a los familiares que hacer o de que manera puede dar solución, o que puede decir, una manera de saber como reaccionar sería a través de experiencias, esto claro dentro de un grupo.

ORIENTACIÓN



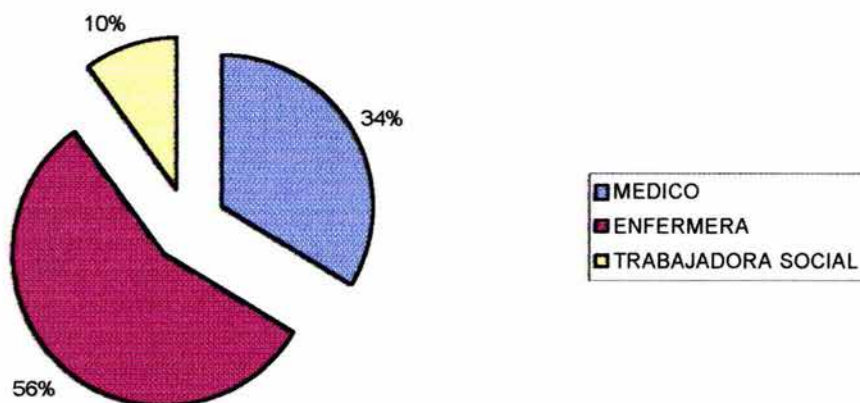
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No	17	19.11%
Si	72	80.89%
Total	89	100%

14.- Considera que el IMSS puede darle alguna orientación para el mejor manejo de su paciente

El 80.89% de los familiares entrevistados consideran que el Seguro Social Si le puede brindar más elementos para dar una mejor atención al paciente, mientras que el 19.11% de los familiares entrevistados consideran que no.

Los familiares saben muy bien que sí puede darles más elementos, pero si les preguntáramos que manera cree que puede el IMSS orientarle, es casi probable que no sabrían que pedir y es que si no conocen sobre la enfermedad y lo que esta repercute en la familia, no sabrán a ciencia cierta como ayudar o que pedir para apoyarse.

APOYO BUSCADO EN



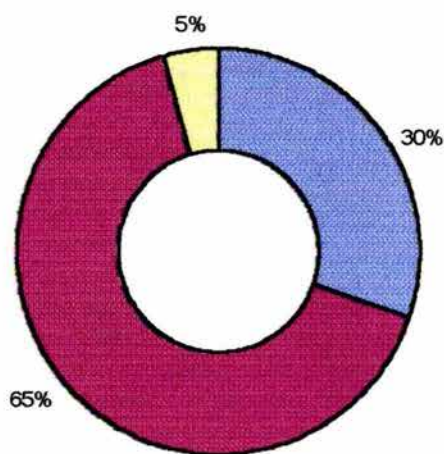
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Medico	30	34%
Enfermera	50	56%
Trabajador Social	9	10%
Total	89	100%

15.- Cuando el paciente esta renuente a dializarse a que personal médico acude

El 56.18% de los familiares entrevistados comentan que acude a las enfermeras encargadas del modulo de Renales, cuando el enfermo no e quiere dializar, mientras que el 33.75 de los familiares afirma que acuden al medico si se presenta el mismo caso de renuencia, y sólo el 10.12% de los familiares asegura que cuando se presenta este fenómeno se acude a la trabajadora social.

Muy claramente se muestra aquí, el desconocimiento que se tiene sobre las funciones que realiza el Profesional en trabajo social por parte de los derechohabientes. Sin embargo dentro del modulo de diálisis, se ve la necesidad de un trabajador social, exclusivo para este modulo, esto debido a que sería de mucha ayuda los conocimientos, las herramientas, que tiene este profesional.

PERSONAL MEDICO QUE INTERVIENE



■ MEDICO ■ ENFERMERA ■ TRABAJADORA SOCIAL

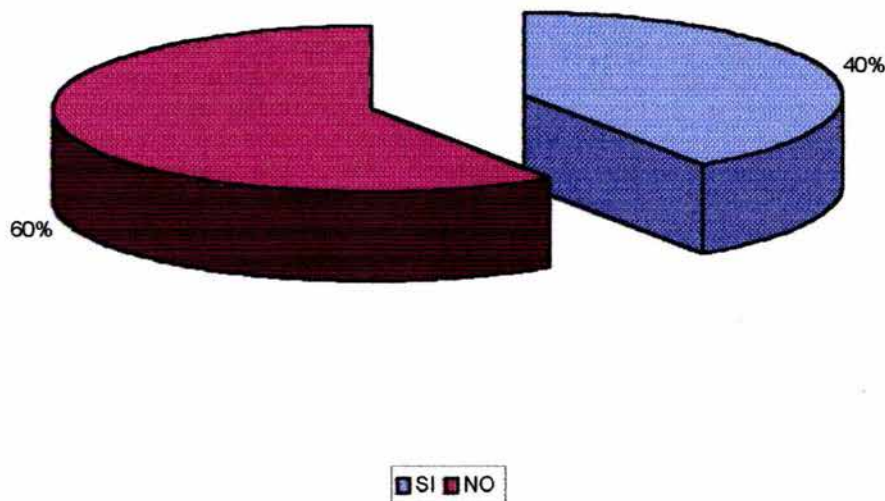
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Medico	27	30%
Enfermera	58	65%
Trabajador social	4	5%
Total	89	100%

16.- Que personal medico interviene en resolver la situación – problema por la que usted acude

El 56.18% de los familiares entrevistados consideran que las enfermeras son las principales en participar en la solución de problemas, después le siguen los doctores ya que el 30.33% de los entrevistados así lo externaron y el 4.5% de los entrevistados mencionan que son las trabajadoras sociales.

Muchas de las veces las enfermeras no sólo atienden problemas técnicos, como infecciones o problemas de salud física, sino que en muchos casos realizan actividades que son más bien funciones de trabajo social, y que este profesional los llevaría a cabo con mejor y mayores resultados. Como el concienciar y sensibilizar a los familiares y pacientes de la necesidad de llevar a cabo las indicaciones medicas.

CONOCE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD



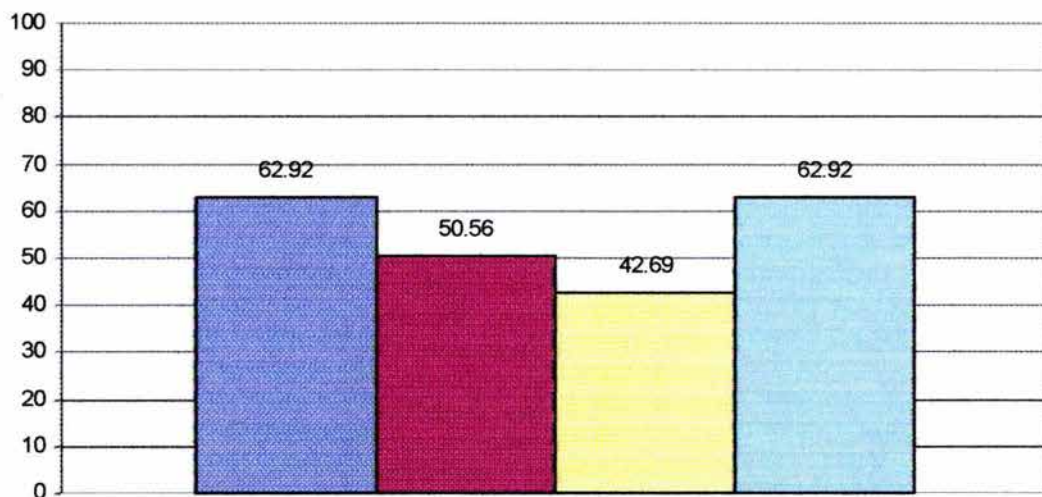
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	40%
No	53	60%
Total	89	100%

17.- Conoce cual es el proceso de la enfermedad por el que pasan los pacientes renales

El 59.55% de los familiares entrevistados contestaron que si conocían el proceso de la enfermedad y el 40.45% de ellos contestaron que no conocían el proceso de la enfermedad.

El conocer que la enfermedad llevará al paciente a la muerte no es suficiente, no se debe de encerrar en este conocimiento, es necesario saber todo sobre este padecimiento, desde por que se origina, como es su desarrollo, los diferentes tratamientos de está, y lo más importante es conocer de que manera va a afectar a la familia.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD



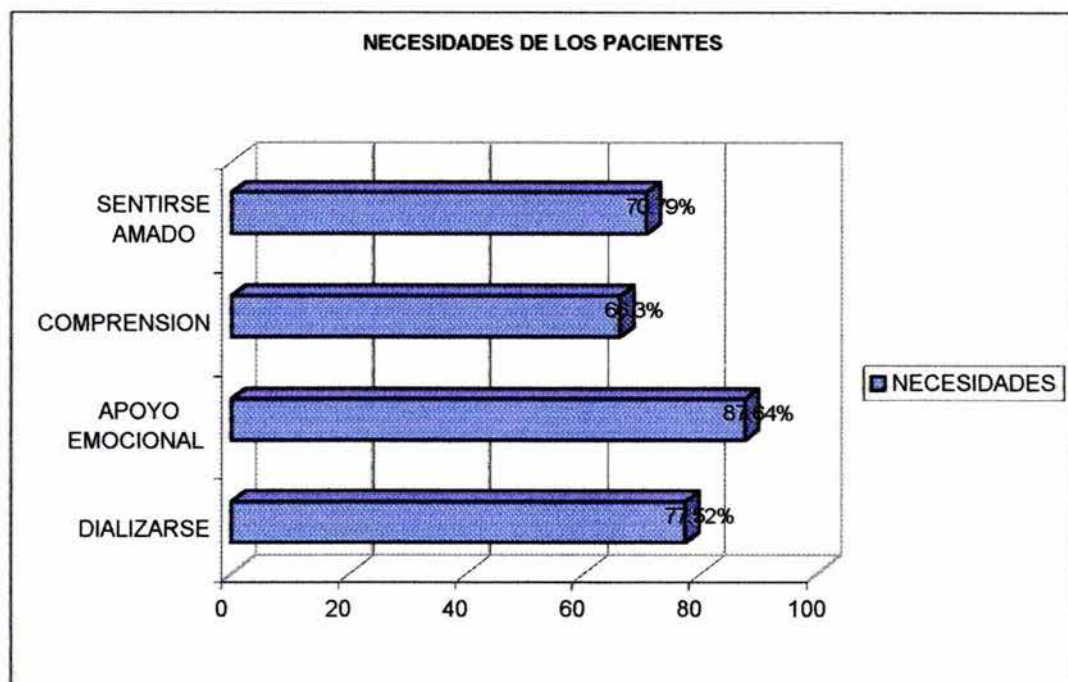
■ QUE NO ES CURABLE ■ AUMENTA PROGRESIVAMENTE
■ GENERA OTRAS ENFERMEDADES ■ DETERIORO DE OTROS ÓRGANOS

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Que no es curable	56	62.92%
Aumenta progresivamente	45	50.56%
Genera otras enfermedades	38	42.69%
Deterioro de otros órganos	56	62.92%

18.- Que conoce sobre el proceso de la enfermedad

El 62.92% de los entrevistados saben que no es curable y que causa el deterioro de otros órganos, el 50.56% sabe que la enfermedad aumenta progresivamente y que no hay marcha a tras, el 42.69% conocen que genera otras enfermedades.

Se conoce aparentemente todo sobre la enfermedad, pero lo evidente, es que no saben de que manera va a afectar al núcleo familiar, ni de que manera va afectar la cotidianidad de cada miembro de la familia, tenga o no que estar a cargo de los cuidados del enfermo.

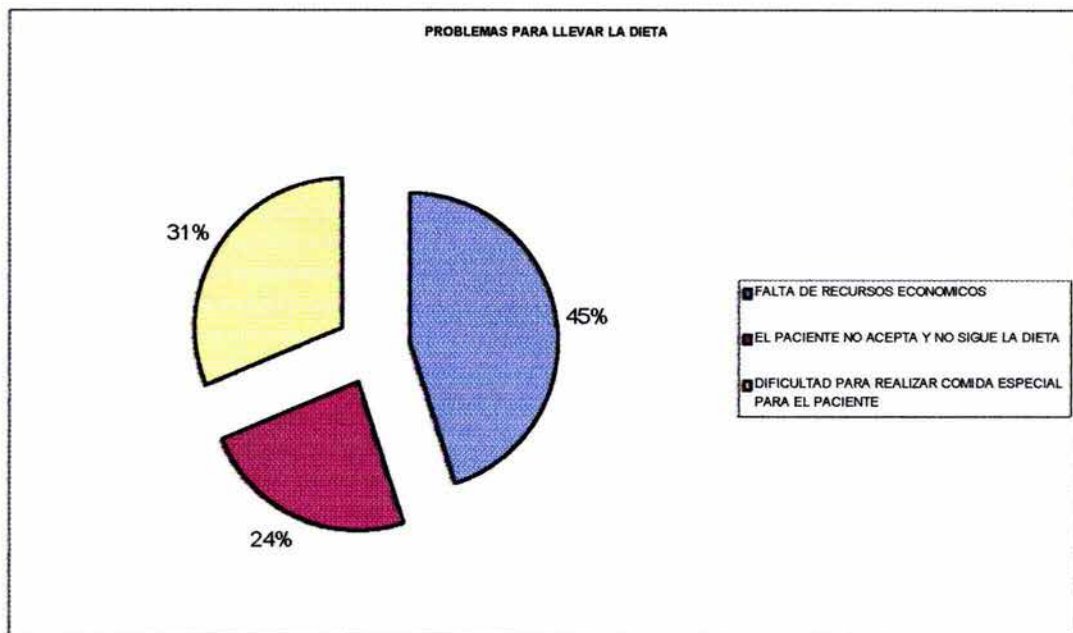


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sentirse amado	63	70.79%
Comprensión	59	66.3%
Apoyo emocional	78	87.64%%
Dializarse	69	77.52%

19.- Conoce cuales son las necesidades que su paciente requiere

El 87.64% sabe que el paciente requiere de apoyo emocional; el 87.52% conoce que el paciente requiere ser dializado oportuna y constantemente; el 70.79% conoce que el paciente requiere sentirse amado; por ultimo el 66.3% sabe que el paciente necesita comprensión.

Es muy cierto que los familiares saben que su paciente no sólo requiere atención medica, sino que además requiere cubrir necesidades como las antes mencionadas, el problema es que muchas de las veces no se aplica, esto tal vez por el rol en que se inserta la familia y el paciente, lo que ocasiona que se vuelva una rutina.



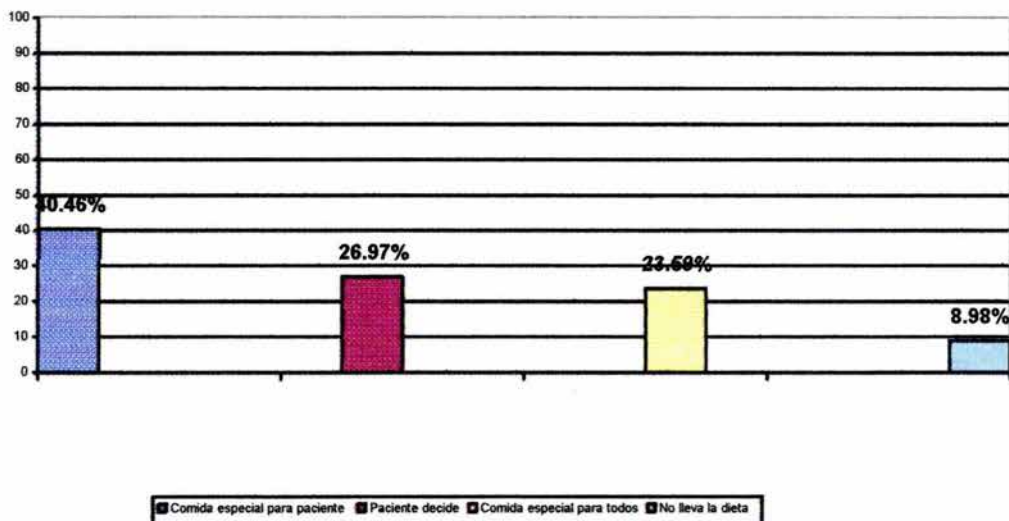
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Falta de recursos económicos	40	45%
El paciente no acepta y no sigue la dieta	22	24%
Dificultad para realizar comida especial para el paciente	28	31%
Total	89	100%

20.- Que problemas se le han presentado para llevar a cabo la dieta del paciente

Al 44.94% de los entrevistados, el problema más grave es la falta de recursos económicos; al 31.46% se le dificulta el realizar comida especial para el paciente; el 23.6% El paciente no acepta y no sigue la dieta como lo estipula el nutriólogo.

Este problema se debe a dos factores el primero de ellos es el económico, es muy difícil que una familia con un ingreso de 2 o 3 salarios mínimos realice comida especial para su paciente y comida para los demás integrantes de la familia, el segundo factor son los hábitos alimenticios que tenía el paciente antes de que se le diagnosticara la Insuficiencia Renal Crónica esto da como resultado que el paciente no quiera llevar a cabo la dieta.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LAS DIETAS

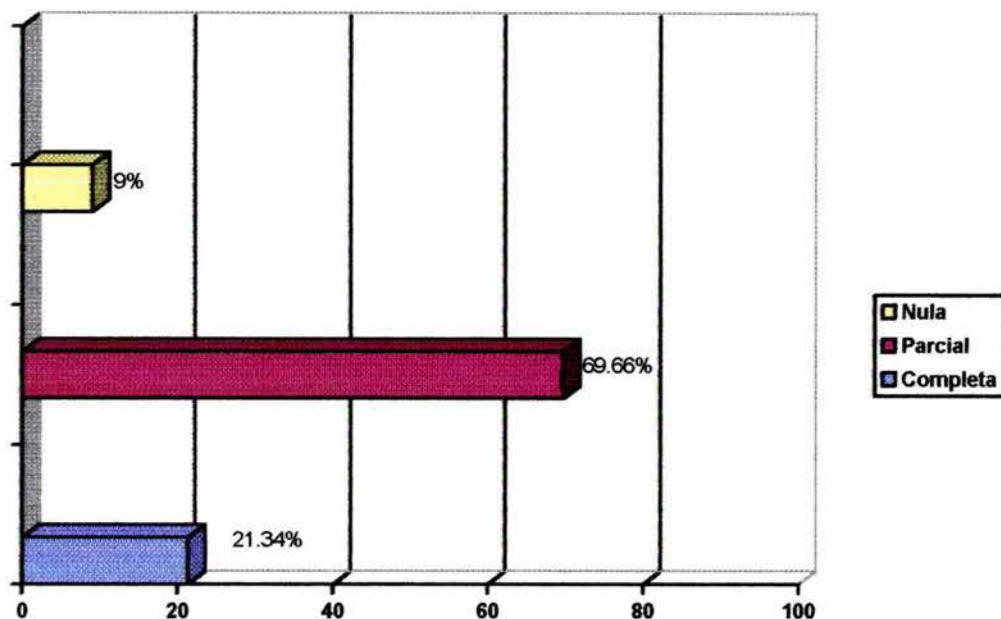


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Comida especial para el paciente	36	40.46%
Paciente decide	24	26.97%
Comida especial para todos	21	23.59%
No lleva la dieta	8	8.98%
Total	89	100%

21.- Como resuelve los problemas de las dietas

El 40.46% de los entrevistados preparan comida especial para el paciente; el 26.97% deciden que el paciente determina que comer; el 23.59% de los familiares comentan que hacen comida especial para todos; el 8.98% no lleva a cabo la dieta.

Este problema de las dietas se podría solucionar si se les enseñara a preparar alimentos que sean económicos y que además de que tengan los requerimientos dietéticos para el paciente, los puedan consumir también los demás integrantes de la familia, esto daría como resultado un ahorro económico y el que la dieta se lleve a cabo, por otro lado el conscientizar a los enfermos de que lleven a cabo la dieta no sólo diciéndoles que es por su bienestar sino darles una panorámica de todo lo que afecta el que no lleve la dieta.

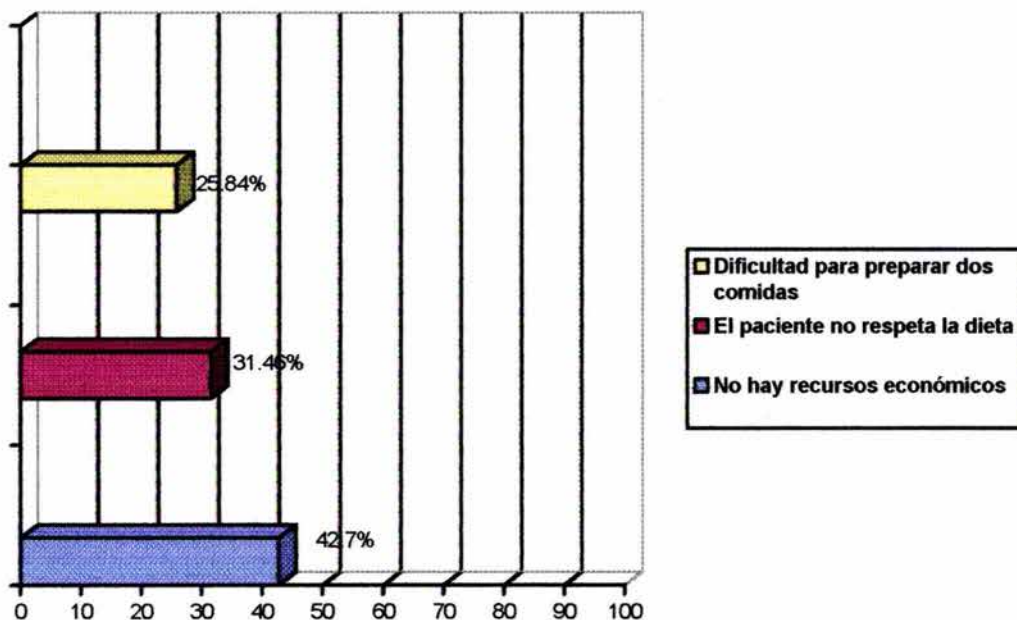


Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nula	8	9%
Parcial	62	69.66%
Completa	19	21.34%
Total	89	100%

22.- La dieta se lleva a cabo como lo indica el nutriologo

Quien lleva a cabo la dieta en un 100% es sólo el 21.34%; parcialmente es el 69.66%; y nula el 9%.

Es imposible o demasiado complicado llevar a cabo una dieta con un salario o con dos, otro problema es la forma de vida que a llevado el paciente, es muy difícil cambiar los hábitos alimenticios.



Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Dificulta para preparar dos comidas	23	25.84%
El paciente no respeta la dieta	28	31.46%
No hay recursos económicos	38	42.7%
Total	89	100%

23.- Por que ocurre este fenómeno

Por que no hay recursos económicos (42.7%); el paciente no respeta la dieta (31.46%); Se les dificulta preparar dos comidas (25.84%)

Aquí se ve claramente los dos problemas más trascendentales lo económico y lo cultural, si se trataran estos dos se podría conseguir incrementar el numero de pacientes que lleven adecuadamente la dieta.

ANALISIS

Los problemas más graves que se dan, en primer lugar esta el económico ya que no es posible facilitar un espacio ideal para el enfermo, no es posible dar una dieta requerida por el paciente, todo esto por las limitantes económicas.

Otro problema es que la responsabilidad recae en un solo miembro de la familia, por lo regular y hace que el cuidado del enfermo se haga una rutina muy desgastante.

El modificar la cotidianidad del enfermo y la de los integrantes de la familia es un verdadero problema, esto se debe en parte a la educación tan baja que se da en esta población investigada, otro factor que influye son las creencias, las costumbres que cada familia presenta, esto les impide modificar su forma de vivir, su hábitos alimenticios.

Para los enfermos es muy fácil romper las indicaciones medicas, total acuden al hospital y allí lo estabilizan; lo malo es que esto ocasiona un extra considerable para el IMSS, ya que los pacientes que sufren recaídas tienen que acudir al hospital y por lo menos estar allí dos o más días o incluso más esto hasta que se estén estabilizados y puedan regresar a su casa.

Aunque dentro del seguro social se dan cursos de capacitación relacionados a higienene en el proceso de diálisis, alimentación, cuidados de los enfermos con IRC, estos no tienen la repercusión deseada en la población, ni en el paciente ni en los familiares, esto es debido en parte por que no se tiene la asistencia de toda la población; por otro lado se trabaja más como una exposición y esto no favorece en mucho ya que las personas que asisten se quedan con muchas dudas las cuales no preguntan, sería más favorable si se trabajará en grupos pequeños, se diera el tema, pero también se retomarán las experiencias de todos los integrantes, de esta manera se lograría tener mayor impacto en la población.

No es posible que los familiares o los enfermos puedan pedir una mejor capacitación, esto no se puede dar por que realmente no saben claramente de que manera les puede ayudar el seguro social, he aquí la necesidad de un Trabajador Social especial para el modulo de diálisis, por que a través de él se daría orientación, seguimiento, educación, conscientización, en si se aplicarían todas las funciones de trabajo social en el área de salud.

El que el paciente constantemente tenga ruptura de catéter u olvide una parte del proceso de diálisis o que el paciente tenga renuencia a llevar a cabo la dieta o la diálisis, es reflejo en parte de la capacitación que se brinda por parte del seguro social.

El modulo de diálisis nunca esta sólo siempre hay pacientes, ya sea por alguna infección, por el no haber seguido la dieta, haber sufrido ruptura de catéter, este fenómeno se presenta todos los días, con esto volvemos al cambio de conductas, para los enfermos es muy fácil en muchos casos no seguir la dieta o las indicaciones medicas, o no tener los cuidados necesarios, ellos van al seguro social y allí se les atiende y se les estabiliza. Para el seguro social el proporcionar medicamento, bolsas para diálisis, catéter, líneas de conexión es un gasto, este egreso se hace no sólo por tener un ahorro, sino por que el paciente no pase el mayor tiempo de su vida en el hospital, sino para que el se dialice en su hogar y pase más tiempo con su familia, pero en realidad resulta que el ahorro no se presenta, ya que además tiene que gastar en las hospitalizaciones constantes de los pacientes.

El apoyo que más demanda el paciente es el emocional y el de atención tanto para dializar como para sus necesidades vitales, por tal motivo es necesario el apoyo de la familia ya que es la indicada para proporcionar estas necesidades .

El problema de lo anterior es que dentro de la familia cada uno de los integrantes juega un rol, pero muy mal orientado, ya que en algunos casos, un miembro se encarga de dar lo económico, otro de dar recreación, uno más dializándolo, y por ultimo uno encargado del apoyo emocional, esto es un grave error ya que todos los miembros pueden darle lo que el paciente necesita pero se delimitan ellos mismos, tal vez por que así lo desean o por que piensan a lo mejor que ya con que uno de ellos lo atienda es suficiente.

Los cambios de conducta presentados por los pacientes son bastante normales, llevan una secuencia que incluso puede dar marcha atrás, este proceso son las fases por las que atraviesa el enfermo terminal, si los familiares conocieran más a fondo el por que la actitud de su paciente, por que esos cambios tan repentinos de conducta, estado de animo, por que a veces esta triste, callado, enojado, con odio; y lo importante saber que se puede hacer en estas situaciones, sería mejor orientado el apoyo brindado por los familiares.

El que los pacientes no busquen el apoyo del profesional en trabajo social, se debe al gran desconocimiento que se tiene sobre las funciones que realiza este profesional, muchas veces los familiares acuden al hospital pero solicitando un tipo de ayuda no medica, sino más bien orientación, educación, sensibilización para solucionar problemas

con el paciente, como el de rechazo al tratamiento, a la dieta, los cambios bruscos conducta del paciente; en este tipo de situaciones es donde entra la participación del trabajador social, ya que este profesional por el tipo de preparación, cuenta con las herramientas necesarias para brindar apoyo a los seres humanos inmersos en un problema social.

Es muy importante retomar todos los aspectos económicos, de vivienda, de educación, los problemas presentados por el paciente, pero lo más importante, es lograr que los familiares, se vuelvan un grupo de autoayuda y de apoyo para el enfermo.

Es necesario que también que conozcan las funciones del trabajador social; por otro lado si se redujeran las hospitalizaciones de este tipo de pacientes, se lograría con ello , no sólo ahorrar dinero por parte del Seguro Social, sino que la familia convive y disfruta más con su paciente, esto además le disminuiría a la familia el egreso que hace cuando tienen que llevar al hospital al enfermo, ya que en muchos casos tienen que ser trasladados en Taxi o en ambulancia, esto por las condiciones del infectado.

CONCLUSIONES

Uno de los problemas a los que se enfrenta, tanto la familia como el enfermo es el no contar con un espacio especial para llevar a cabo la dialización, esto por lo tanto ocasiona que el paciente tenga infecciones frecuentemente y por lo tanto esté, constantemente acude al hospital. Es bien sabido que el enfermo debe de contar con su propia habitación y de un lugar donde se utilice exclusivamente para dializar, este puede ser dentro de la misma habitación o en alguna otra parte de la vivienda, pero que se utilice sólo para dializar y que tenga los requerimientos técnicos necesarios; todo lo anterior en la realidad es muy bajo el porcentaje de hogares en donde realmente se cuenta con lo necesario. Una de las razones podría ser que las familias a las que se les entrevisto son en su mayoría de bajos recursos y con los salarios que perciben (1, 2 o menos de 1 salario) les es imposible poder tener estos requerimientos. Además familias con grandes de 6 á 8 integrantes, esto sólo en las familias nucleares, en las familias extensas es mayor el numero de miembros.

La importancia de que no sólo un familiar se haga cargo de él enfermo no sólo es por buscar el bienestar del paciente, sino por la salud de la familia, ya que el que un solo miembro de la familia se haga cargo del enfermo es desgastante y priva en cierta manera de la libertad del protector, ya que la persona que cuida al paciente tiene que estar al pendiente del enfermo por lo menos 2 horas cada 4hr todos los días, por tal motivo a la persona encargada no le queda tiempo para realizar sus actividades.

La participación y el apoyo que puede brindar el profesional en trabajador social con los enfermos renales son tomadas en cuenta muy poco, así los dieron a conocer los familiares entrevistados, tal vez esto se deba a que se desconocen las funciones que un trabajador social puede realizar, é allí la importancia de dar a conocer lo que el trabajador social puede hacer en beneficio de esta población y no sólo al personal médico y administrativo sino a los afectados directamente que vienen a ser los enfermos y familiares. El profesional en trabajo social tiene las herramientas necesarias para dar apoyo ya que tiene la capacidad de trabajar con grupos y en forma individual, así como el manejo de técnicas de autoayuda, que es lo mejor que puede ayudar tratándose de una enfermedad que no sólo afecta a un individuo sino que afecta a todo el circulo social que rodea al enfermo.

Para que la capacitación sea realizada con éxito, es necesario que exista un completo sentido de grupo entre familiares. Pacientes y personal médico, que son los involucrados en el problema a resolver, para esto es necesario buscar un verdadero equilibrio entre las acciones de ambos para lograr con ello un mayor rendimiento y lograr con esto el fin último del programa y que es el de atender a los pacientes en fase terminal de una manera más adecuada.

Las conclusiones anteriores así como el análisis de la información recopilada, se puede decir que nuestra hipótesis planteada se ve comprobada, tomando en cuenta los siguientes puntos

1. Aunque el familiar participa en la capacitación, este no se ve involucrado de la manera requerida por este sólo hecho de asistir
2. La capacitación va más orientada a lo técnico, los cuidados, así como el proceso de la diálisis y no a contribuir, a que la familia se integre más en el cuidado de su paciente, y no solo en los medico sino en todos los aspectos, que él requiere y sobre todo en el cambio de conductas del paciente.
3. Aunque la capacitación sea de muy buena calidad, esta no dará los resultados deseados ni mucho menos con ella se puede decir que se pretende inducir a la familia a que participe en la atención del enfermo, en forma más completa o que simple mente con el sólo hecho de darla se consiga la participación de la familia.
4. Casi por lo regular se capacita a uno o a dos familiares, dejando la responsabilidad a estos, logrando con ello limitar la participación de la familia.

PROYECTO DE TRABAJO SOCIAL PARA EL TRABAJO CON PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SUS FAMILIAS

INTRODUCCIÓN

Una de las necesidades más importantes para los seres humanos, es sin lugar a dudas la salud, siempre sé esta en busca de ella cuando desafortunadamente no se tiene, a través de cualquier medio, más sin embargo existen personas con limitaciones económicas y le que impiden el uso de servicios médicos privados, por lo tanto hoy en día el ser un derechohabiente del IMSS es verdaderamente una gran ayuda, la situación económica que vivimos es crítica y se trabaja más por menos, lo cual crea diversas necesidades y carencias tanto de salud como de educación, de alimentación, de vivienda, etc.

Con el presente proyecto se pretende dar una alternativa de solución a las necesidades y problemas que presentan los enfermos terminales de insuficiencia renal, tomando como elemento importante para llevar a cabo esta tarea al núcleo familiar en el cual se desenvuelve el paciente.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto esta encaminado a trabajar con los familiares de los pacientes, ya que es el sistema que más contacto tiene con el paciente y por lo tanto el que más atención y cuidados pueden brindarle, tanto en el tratamiento (diálisis) como en el aspecto emocional y económico. Desde luego que también se trabajará con el paciente y con el personal médico.

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida en los últimos instantes de un ser humano es sin lugar a dudas una de las preocupaciones tanto de familiares como del personal medico, por lo cual es necesario trabajar en ello, y descubrir nuevas alternativas para hacer que este suceso (la muerte) sea tomado con mayor conciencia y con madurez. Es de suma importancia hacerle ver a los familiares que para lograr que su pariente tenga una vida digna en el transcurso de su deceso inevitable, debe de tomar parte en el asunto no sólo en el proceso de la dialización ni en el suministro de los medicamentos, por el contrario debe ser el pilar de esta tarea. Debe de dar y darse lugar para el enfermo y para sí mismo, ya que tampoco se espera que sea el familiar un enfermero de base, sino más bien que el tiempo que le

dedique a su paciente sea de mayor calidad, que la atención sea 100% para el enfermo, y por otro lado el familiar o los familiares que se involucren en el cuidado del enfermo, deben de llevar a cabo sus actividades como antes de la enfermedad del familiar.

MARCO INSTITUCIONAL

El responsable de este proyecto sería en su caso un trabajador social que labore dentro del seguro social, siendo esta institución la responsable de dicho proyecto y del personal que lo lleve a cabo

FINALIDAD DEL PROYECTO

El proyecto denominado "La familia en la atención al paciente con insuficiencia renal crónica", será un grupo de ayuda "implícita" (Familia-Paciente-Personal médico), esto por que en un primer momento ayudara a los familiares a aceptar la enfermedad de su familiar, ya que conocerán más sobre la enfermedad de su paciente, como atenderlo de una mejor manera, conocerán los cambios tanto físicos como emocionales que sufrirá el paciente a lo largo de la enfermedad y como resultado de todo esto el familiar o los familiares podrán contribuir a mejorar la calidad de vida de los enfermos con IRC.

El grupo trabajara abiertamente, aunque existirá un programa con los temas a desarrollar en los talleres, además los mismos miembros podrán proponer temas de su interés los cuales se podrán incluir, ya que el programa será flexible y sobre todo que es para su beneficio.

El trabajo con grupo se hará a través de talleres, el numero de participantes por grupo será de 20 personas, habrá un moderador y un secretario, esto para que no se pierda el curso del taller y que la información que allí se trate así como los sucesos que en el ocurran, se tome nota de ellos, y al mismo tiempo se estará haciendo una evaluación del curso-taller.

Para la selección de los temas a tratar en los talleres, formara un grupo multidisciplinario, donde habrá médicos, enfermeras, trabajadores sociales psicólogos y todo aquel personal medico que este involucrado con la salud médica como mental y con el padecimiento renal; posteriormente y ya cuando este en marcha el proyecto, se tomara en cuenta la opinión de los derechohabientes, si es que les interesa saber sobre algún tema en especial o desean ahondar en alguno de los temas ya seleccionados, se tomara en cuenta

esta opinión después por que de esta manera ellos tendrán mas conocimientos sobre la enfermedad y con ello más inquietudes y dudas.

El presente proyecto dará apoyo tanto al paciente renal como a los familiares, y serán un soporte para el personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO

Contribuir a que el paciente terminal consiga una estancia digna de un ser humano durante el transcurso de su etapa terminal, sirviendo como apoyo básico para este propósito el proporcionar las herramientas y los recursos necesarios a los familiares, para de esta manera brindar una mejor atención a su paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Lograr que la familia del enfermo terminal participe en el apoyo a éste
- Desarrollar estrategias para la pronta incorporación de los familiares en el cuidado del paciente
- Implementar y adecuar los proyectos dirigidos a los familiares de acuerdo a las necesidades de la población atendida
- Lograr que el personal médico tome conciencia del problema o los problemas por los que pasan tanto los enfermos como la familia
- Incorporar la familia como parte del proyecto
- Conocer las expectativas de los familiares involucrados en el proyecto
- Sensibilizar de manera mas profunda a los familiares, en lo que es la enfermedad de su paciente así como de la importancia que representan ellos como familia.
- Que los familiares conozcan las dificultades, los cambios de actitud por los cuales atraviesa el paciente así como de las necesidades que demanda el paciente; y que puedan dar solución con mayor efectividad
- Contribuir a que los familiares y los pacientes se incorporen de manera más eficaz y con mas conciencia al curso-taller para que se de una mayor participación
- Lograr que al termino del curso-taller, los familiares adquieran más elementos de apoyo, para la atención de su paciente
- Comparar los avances que se van presentando (sobre la problemática objeto de estudio)

METAS

Que el 100% de las familias de los pacientes sean partícipes del proyecto implementado por el profesional en trabajo social, y que su fin último de este profesional es el de ser intermediario entre familia-paciente, para que en conjunto puedan brindar una mejor atención al enfermo y ser un apoyo para la familia.

POBLACIÓN BENEFICIARIA

Con el presente proyecto se pretende integrar y beneficiar a todos los pacientes con el padecimiento de Insuficiencia Renal Crónica en fase terminal que estén inscritos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

PRODUCTOS

Lograr una capacitación al 100% gracias a la implementación del proyecto, conseguir la capacitación de por lo menos el 90% de las familias de los pacientes así como de estos últimos.

LOCALIZACIÓN FÍSICA

El proyecto se llevara a cabo dentro de las instalaciones de la institución (IMSS) de Uruapan, Michoacán.

COBERTURA ESPACIAL

Abarca lo que es el hospital de General de Zona No.8 de Uruapan, Michoacán y que sean derechohabientes adscritos a la clínica 76 de Uruapan, Michoacán.

ACTIVIDADES GENERALES

- Formar el esquema temático de los talleres
- Promocionar el curso-taller de capacitación
- Difusión del curso-taller de capacitación
- Formación de los grupos de trabajo
- Establecer horarios, fechas y lugar donde se realizaran los talleres
- Realizar el esquema para el desarrollo de una historia social
- Dar a conocer a las familias y al paciente el programa de trabajo
- Busca personal especializado, para la exposición de los temas

- Motivar la participación e integración de los grupos
- Organizar y conducir los grupos de trabajo
- Realizar después de cada sesión una evaluación
- Realizar al final del curso-taller una evaluación

MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Se hará uso de las siguientes técnicas e instrumentos:

1. Entrevistas
2. Dinámicas
3. Cuestionarios
4. Observación
5. Diario de campo
6. Libreta de notas
7. Base de datos
8. Expedientes

DETERMINACIÓN DE LOS PLAZOS O CALENDARIO DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMA)

El cronograma de actividades se elaborará cuando se tenga los temas a tratar en los curso-talleres y se deberá de adecuar a los tiempos en que será realizado, sobre todo tomando en cuenta las necesidades de los pacientes y sus familiares.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Para evaluar el proyecto, se realizarán entrevistas con los involucrados en el proyecto, también se tomará en cuenta la evaluación que se hará en cada sesión, de esta manera se podrá observar si el proyecto está teniendo la aceptación y sobre todo que está cumpliendo con los objetivos planteados.

RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS MATERIALES

Salón adecuado para el trabajo con grupos

Pizarrón o pizarra

Rota folios

Video casetera

Papelería

RECURSOS HUMANOS

Enfermeras

Doctores

Trabajadoras Sociales

Psicólogos

Asistentes médicas

La siguiente guía de entrevista se utilizara para recabar información de los familiares, del paciente, de la relación que se da entre ellos, el tipo de convivencia, la comunicación que se da, los roles de cada uno de los integrantes, etcétera. En sí se realizara un archivo de cada una de las familias donde contendrá información sobre ella.

ESQUEMA PARA EL DESARROLLO DE UNA HISTORIA DE VIDA

La primer función del trabajador social será la de crear un expediente tanto del paciente como de la familia, participen o no en el cuidado del enfermo. El esquema que será utilizado es el siguiente.

1.- Datos de identificación (requerida por el trabajador social)

Nombres y fechas de nacimiento de los miembros de la familia, fechas de muerte

Fechas de matrimonio, fechas de previos matrimonios

Religión, raza, antecedentes culturales

Idioma que se habla en el hogar

Fecha del primer contacto con el profesional de trabajo social

2.- La familia como sistema

A) Estructura de la familia

Identifique todas las personas dentro del funcionamiento del sistema familiar. Incluya a los miembros de la familia nuclear o extensa, según sea el caso y a los que no son familiares siempre y cuando sean parte del sistema. Describa a cada persona haciendo un uso apropiado de cada una de las partes del "esquema para el desarrollo de una historia social: el individuo

Subsistemas: Describa las relaciones y el funcionamiento de los subsistemas marital, de los padres, hermanos, padres-hijos, y otros subsistemas

Cohesión familiar: Describa la manera en que la familia mantiene su sistema límites y conexiones. Esto debe incluir el tema de conexión y separación entre los miembros de la familia, especificación de las reglas y normas de la familia y clima emocional

El ambiente de la familia. Describa:

Situación de vida

Estatus socio-económico

Naturaleza de la comunidad o vecindario y relación de la familia con éstos. Incluya organizaciones de la comunidad e instituciones importantes para la familia y la naturaleza de las relaciones con ésta. Describa los recursos de la comunidad y el vecindario y las relaciones y choques de la familia en la comunidad

Familia nuclear: con quien se relacionan; personas importantes en la familia ; fuerza de la influencia en este sistema familiar; recursos, responsabilidades y choques de ésta

B) Funcionamiento de la familia

Patrones de comunicación

Patrones de toma de decisiones

Rol de ejecución

Modelos y prácticas de trabajos y quehaceres

Modelos y Prácticas de padres e hijos

Apoyo para el miembro del sistema; fomento de crecimiento, cuidado e interés

Costumbres adaptables de la familia y mecanismos de enfrentamiento

C. Desarrollo de la familia – Historia

Raíces, influencias de grupos culturales y generaciones previas en el sistema familiar

Sucesos importantes en la vida de la familia

Etapas de desarrollo de la vida familiar

Construcción del familiograma

3. Asuntos, necesidades y problemas

¿Por qué vino la familia al Modulo de IRC (Insuficiencia Renal Crónica)? ¿Qué servicios solicito?

Necesidades de los miembros de la familia

Necesidades de los subsistemas dentro de la familia.

Necesidades y problemas del sistema familiar.

4. Fuerzas y limitaciones para satisfacer necesidades

¿Qué es lo que la familia espera como resultado del Modulo IRC proporcionado?

¿Cuáles son las ideas, intereses y planes de la familia que son relevantes para el Modulo IRC?

¿Cuál es la motivación de la familia para solicitar el servicio o el cambio?

¿Cuál es la capacidad de la familiar para el enfrentamiento y el cambio? ¿Qué podría ocurrir?

¿Cuáles son los recursos de la familia para el cambio?

¿Cuáles son los recursos ambientales, responsabilidades y choques en la familia que pueden estar en contra del cambio?

¿Existen otros factores que afecten la motivación del sistema familiar, capacidad u oportunidad para el cambio?

¿Son reales para la familia las expectativas del sistema y del ambiente?

¿Cuáles son las fuerzas y limitaciones para la familia, cuando se relaciona para satisfacer una necesidad y para solucionar problemas?

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN

ESTRUCTURA FÍSICA DE LA VIVIENDA

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1. PROPIA ()
2. PRESTADA ()
3. RENTADA ()
4. OTRO _____

QUE TIPO DE VIVIENDA TIENE

1. TEMPORAL ()
2. PERMANENTE ()

CUANTOS CUARTOS TIENE SU VIVIENDA

1. UN CUARTO
2. DOS CUARTOS
3. TRES CUARTOS
4. CUATRO CUARTOS
5. CINCO CUARTOS

EL NUMERO QUE INDICO ANTERIORMENTE QUE USO LE DA

1. UNA COCINA ()
2. BAÑO ()
3. RECAMARA ()
4. SALA ()
5. COMEDOR ()
6. CUARTO ESPECIAL PARA DIALIZAR SI () NO ()
7. LUGAR QUE OCUPA PARA DIALIZAR _____

LAS PAREDES QUE TIPO DE MATERIAL TIENEN

1. LADRILLO ()
2. TABICON ()
3. MADERA ()
4. LAMINA ()
5. DESECHO ()
6. CARTÓN ()
7. OTROS _____

LOS PISOS DE QUE MATERIAL SON

1. TIERRA ()
2. CEMENTO ()
3. MOSAICO ()
4. LOSETA ()
5. MADERA ()
6. OTROS _____

LOS TECHOS DE QUE MATERIAL SON

1. CONCRETO ()
2. LAMINA DE CARTÓN ()
3. LAMINA DE ASBESTO ()
4. LAMINA GALVANIZADA ()
5. LAMINA DE FIBRA DE VIDRIO ()
6. TEJA ()
7. DESECHO ()
8. OTROS _____ ()

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA

- AGUA () LUZ () DRENAJE ()
 TELEFONO () VIGILANCIA () PAVIMENTO ()
 CARRETON DE LA BASURA ()

DONDE DEPOSITA USTED LA BASURA

1. ABONO ()
2. QUEMA ()
3. BARRANCO ()
4. CARRO COLECTOR ()
5. VIA PUBLICA ()

INFRAESTRUCTURA

SERVICIOS PUBLICOS CON LOS QUE CUENTA LA COLONIA

- AGUA () LUZ () DRENAJE () PAVIMENTO () TELEFONO () VIGILANCIA ()
 CARRETON DE LA BASURA ()

Nombre _____ Edad _____

Parentesco _____

Escolaridad _____

Tipo de familia:

- Nuclear ()
 Extensa ()

Estado civil

- Soltero ()
 Casado ()
 Viudo ()
 Divorciado ()
 Separado ()
 Unión libre ()

Ocupación: _____

Salario Semanal: \$ _____

Tipo de empleo:

- Eventual ()
 Base ()
 Confianza ()
 Por su cuenta ()

Lugar de trabajo
 Gobierno ()
 Empresa privada ()
 Campo ()
 Particular ()
 Taller ()
 Otros () _____

1.- Cómo considera la capacitación que le brindo el personal de salud del IMSS para la atención del enfermo ?

Excelente () Buena () Regular () Mala ()

2.- Considera que la capacitación que le brinda el seguro social es suficiente para sus necesidades

3.- Que cree usted que haría falta para que la capacitación le ayudara mas a atender de una mejor manera a su paciente

4.- Cuenta con los recursos necesarios para realizar adecuadamente la dialización de su paciente

Área acondicionada () Material para diálisis () Medicamento () Espacio físico ()

5.- Cuales son los problemas a los que se enfrenta cuando realiza la dialización

El paciente no coopera () Se termina el material para dializar ()

Ruptura del catéter () Olvida alguna fase del proceso ()

Problemas con las terminales () No es suficiente el material ()

La persona capacitada para dializar no tiene a) tiempo b) ausente c) indispuesta de salud

No hay otra persona capacitada ()

6.- De que forma dio solución a las dificultades presentadas

7.- Cuantos miembros de la familia están capacitados para dializar? _____

8.- La distribución del material es la más apta Si () No () Por que _____

9.- ¿Por el manejo que le da a los desechos de la diálisis a donde están destinados a llegar?

Quema () Barranco () Carro colector () Vía pública ()

10.- ¿Que tipo de apoyo usted brinda al paciente?

	Padre	Madre	Hijos	Parientes
Emocionalmente				
Económicamente				
Dializándolo				
Atendiendo sus necesidades vitales				
Recreación				

11.- ¿Que tipo de apoyo le es demandado por el paciente?

Económicamente () En el proceso de dializar () Emocionalmente ()
 Recreación () Necesidades Vitales () Libertad ()

12.-¿ Que cambios de conducta percibe usted de su paciente a raíz de su enfermedad ?

Tristeza () Indiferencia () Agresión () Aceptación () Rechazo ()
 Cooperación () Callado () Angustia () Irritabilidad ()

13.- ¿Como afronta los cambios de conducta del paciente?

Conversa con el paciente sobre su enfermedad () Invita a los demás familiares a buscar solución ()
 Trata de distraer al paciente para que olvide su padecimiento ()
 Quien atiende principalmente el problema () Ignora al paciente ()

14.- ¿Considera que el IMSS puede darle alguna orientación para el manejo adecuado del paciente? Si () No () ¿Por qué?: _____

15.- ¿Cuándo el paciente esta renuente a dializarse a que personal medico acude?

Medico () Enfermera () Trabajador social ()

16.- ¿Quién interviene en resolver la situación?

Medico () Enfermera () Trabajador social ()

17.- ¿Conoce cual es el proceso de la enfermedad por el que pasan los pacientes renales?

Si () No () _____

18.- ¿Que conoce?: _____

19.- ¿Conoce cuales son las necesidades que su paciente requiere cubrir?

20.- ¿Que problemas se le han presentado para llevar la dieta del paciente?

Falta de recursos económicos () El paciente no acepta y no sigue la dieta ()
 Dificultad para realizar comida especial para el paciente ()

21.- ¿Como resuelve los problemas de las dietas?

22.- ¿La dieta se lleva a cabo estrictamente como lo indica el nutriólogo?

Totalmente () Parcialmente () Nula () ¿Por qué? _____

23.- ¿Por qué? _____

BIBLIOGRAFÍA

CNDH

Guía sobre derechos, deberes y obligaciones

DIF

Escuela para padres

ENTS

Modelos de intervención individualizada

Lic. Julieta Flores Santacruz

Trabajo social de grupos

Kisnerman, Natalio

Servicio social de grupo

Paolo Cattorini

Calidad de vida de los últimos instantes

Dr. Edgar Morales Juvera

Medicina y Etica1992

ENTS

Revista de trabajo social 45

Anderson, Michael

Sociología de la familia

Otero Luis

La familia

Revista de trabajo social

La familia

No. 15

Perlman, Helen Harris

El trabajo social individualizado

Revista de trabajo social

No.45

Eyelyn H.

Trabajo social de casos

Castellanos Mary C.

Manual de trabajo social

Infante Gamo Vicente

Trabajo social y tanatología

Smith Carole R.

Trabajo social con moribundos y su familia

Revista de trabajo social

No. 13

Engels Friedrich

El origen de la familia, la propiedad privada y el estado

Alvarado Hernández Myrian

Guía sobre derechos, deberes y obligaciones de los miembros de la familia en México

NIH Publication No. 91-2412S

Junio 1992

Polemica@healthing.com

El rincón de la polémica

Reyes Zubiría L., 1991

Revista de trabajo social

Deloto@enter.net.mx

Masson. S.A.

500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal

Bridger, J.

Insuficiencia Renal Crónica

Healthigmx@yahoo.com

IMSS

Programa de atención médica a pacientes encamados en su domicilio

IMSS

Procedimiento para la solicitud de ingreso al programa de atención médica pacientes encamados en su domicilio

UNAM

Cursos, seminarios y talleres

Baxter, México

Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal

UANL

Teoría del trabajo social IV