



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**Tema:**

**Pacientes renales y su caracterización como aporte al proceso  
interventivo del Trabajo Social. Caso de una clínica de diálisis en la  
ciudad de Guayaquil.**

**AUTORA:**

Giler Abad, Verónica Julieta

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**TUTORA:**

León Nevárez, Roxana del Rocío, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador**

**11 de septiembre del 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación **“Pacientes renales y su caracterización como aporte al proceso interventivo del Trabajo Social. Caso de una clínica de diálisis en la ciudad de Guayaquil”**, fue realizado en su totalidad por **Giler Abad, Verónica Julieta**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social**.

### **TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**León Nevárez, Roxana Del Rocío, Mgs.**

### **DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Quevedo Terán, Ana Maritza, Mgs.**

**Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Giler Abad, Verónica Julieta**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, “**Pacientes renales y su caracterización como aporte al proceso interventivo del Trabajo Social. Caso de una Clínica de Diálisis en la ciudad de Guayaquil**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social.**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2019**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Giler Abad, Verónica Julieta**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Giler Abad, Verónica Julieta**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Pacientes renales y su caracterización como aporte al proceso interventivo del Trabajo Social. Caso de una Clínica de Diálisis en la ciudad de Guayaquil.**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 11 del mes de septiembre del año 2019**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Giler Abad, Verónica Julieta**

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: Verónica J Final .docx (D55966342)  
Submitted: 24/09/2019 10:35:00  
Submitted By: roxana.leon87@gmail.com  
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

**F.** \_\_\_\_\_

**León Nevárez, Roxana Del Rocío, Mgs.**

**TUTORA**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Gracias a mis amigos por alentarme*

## **DEDICATORIA**

*Dedicado a todos los amigos que han estado alentándome en el último mes.*



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**León Nevárez, Roxana Del Rocío, Mgs.**  
Tutora

f. \_\_\_\_\_  
**Mejía Ospina, Paola Ximena, Mgs.**  
Docente de la carrera

f. \_\_\_\_\_  
**Condo Tamayo, Cecilia, Mgs.**  
Docente de la carrera

f. \_\_\_\_\_  
**Corte Romero, Carmen Susana, Mgs.**  
Oponente





FACULTAD FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLITICAS  
CARRERA TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO  
PERIODO UTE A-2019

**ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN  
TRABAJO DE TITULACIÓN**

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "PACIENTES RENALES Y SU CARACTERIZACIÓN COMO APORTE AL PROCESO INTERVENTIVO DEL TRABAJO SOCIAL. CASO DE UNA CLINICA DE DIÁLISIS EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.", elaborado por el/la estudiante VERONICA JULIETA GILER ABAD, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
ROXANA DEL ROCIO LEON NEVAREZ	PAOLA XIMENA MEJIA OSPINA	CECILIA CONDO TAMAYO	CARMEN SUSANA CORTE ROMERO
Etapas de ejecución del proceso e Informe final 7.75 / 10	7.00 / 10 Total: 10 %	7.38 / 10 Total: 20 %	7.00 / 10 Total: 70 %
Parcial: 70 %	Parcial: 30 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 7.55 / 10			

Para constancia de lo cual los abajo firmantes certificamos.

Miembro 1 del Tribunal

Miembro 2 del Tribunal

Oponente

Docente Tutor

# ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN .....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	III
AUTORIZACIÓN .....	IV
URKUND.....	V
AGRADECIMEINTOS .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VIII
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	X
ÍNDICE DE TABLAS .....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT .....	XVI
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
<b>1.1. Antecedentes investigativos</b> .....	4
<b>1.2. Definición del problema de investigación</b> .....	7
<b>1.3. Preguntas de investigación</b> .....	8
1.3.1. Sub preguntas.....	9
<b>1.4. Objetivo general</b> .....	9
1.4.1. Objetivos específicos.....	9

<b>1.5. Justificación</b> .....	9
<b>CAPITULO 2: MARCOS REFERENCIALES</b> .....	11
<b>2.1. Referente conceptual.</b> .....	11
2.1.1. Teoría ecológica.....	11
2.1.2. Teoría del ciclo vital.....	13
2.1.3. Salud.....	14
2.1.4. Calidad de vida.....	16
2.1.5. Calidad de vida relacionada con la salud. ....	16
2.1.6. Trabajo Social. ....	17
2.1.7. Intervención del Trabajador Social. ....	17
2.1.8. Estrés.....	18
2.1.9. Estrategias de afrontamientos. ....	18
<b>2.2. Referente normativo</b> .....	19
2.2.1. Normativas nacionales. ....	19
<b>2.3. Referente estratégico</b> .....	21
2.3.1. Planes estratégicos nacionales.....	21
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	22
<b>3.1. Enfoque de la investigación</b> .....	22
<b>3.2. Tipo y nivel de la investigación.</b> .....	22
<b>3.3. Universo, muestra.</b> .....	23
3.3.1. Universo.....	23
3.3.2. Muestra.....	23
<b>3.4. Variables y sub-variables de estudio.</b> .....	23

3.4.1.	Características personales. ....	23
3.4.2.	Procedimiento inicial con el paciente que ingresa. ....	23
3.4.3.	Procedimiento de inserción del paciente a la UTD. ....	24
3.4.4.	Calidad de vida y bienestar. ....	24
3.4.5.	Planificación. ....	24
3.4.6.	Evaluación. ....	24
<b>3.5.</b>	<b>Formas de recolección de la información</b> .....	<b>25</b>
3.5.1.	Revisión documental. ....	25
3.5.2.	Entrevista. ....	25
<b>3.6.</b>	<b>Formas de análisis de la información</b> .....	<b>25</b>
<b>CAPITULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.</b> .....		<b>27</b>
<b>4.1.</b>	<b>Caracterización de pacientes renales.</b> .....	<b>27</b>
3.6.1.	Características generales. ....	27
3.6.2.	El diagnóstico de insuficiencia renal en la vida de los pacientes. ....	33
3.6.3.	Cómo viven la insuficiencia renal los pacientes de la clínica. ....	36
3.6.4.	Conocimiento y ejercicio de sus derechos como pacientes de una enfermedad catastrófica. ....	39
3.6.5.	Los procesos institucionalizados para la atención a los pacientes renales.	
	41	
<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....		<b>49</b>
Conclusiones .....		49
Recomendaciones .....		51
Bibliografía .....		53
Anexos .....		60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pacientes según estado civil y presencia de cuidador. ....	29
Tabla 2. Pacientes que no poseen cuidador según estado civil y sexo.....	32

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución por sexo de los pacientes sometidos al tratamiento dentro de la unidad estudiada.....	27
Figura 2. Distribución de los pacientes según la presencia de un cuidador.....	28
Figura 3. Presencia de cuidador según el estado civil del paciente.....	29
Figura 4. Parentesco de los cuidadores.....	30
Figura 5. Pacientes con cuidadores según el estado civil.....	31
Figura 6. Comorbilidades de los pacientes con IRC .....	34
Figura 7. Característica del paciente según estado de afiliación.....	37
Figura 8. Desempeño de actividades laborales del paciente .....	38
Figura 9. Intervención en la aplicación de la encuesta social.....	41
Figura 10. Orientación y asesoría al usuario. ....	42
Figura 11. Charlas educativas.....	43
Figura 12. Egreso del usuario por defunción. ....	45

## RESUMEN

El presente estudio estuvo enfocado a la caracterización de paciente renales como aporte al proceso de intervención que Trabajo Social tomando como referencia una clínica de diálisis en la ciudad de Guayaquil. Se indica que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad degenerativa con un impacto negativo en la calidad de vida del paciente e incluso su familia, siendo esta última la cual se constituye como la principal red de apoyo al paciente quien demanda de cuidados específicos, un ambiente saludable y demás condiciones de vida favorables para sobrellevar su enfermedad. Es el Trabajo Social el cual garantiza estas condiciones mediante un proceso de intervención donde se caracterice al paciente y se identifiquen sus problemas o necesidades insatisfechas para el planteamiento de mejoras. En respuesta a la importancia de este proceso se desarrolla el estudio, identificando debilidades dentro del proceso de intervención como mejora a la situación del enfermo en donde se detallaron características del enfermo como sexo, estado civil, existencia de un cuidador para su asistencia, quién proporciona estos cuidados, tipo de afiliación, situación laboral, comorbilidades y demás puntos identificados mediante una metodología con enfoque cuantitativo evaluando la base de datos de pacientes y cualitativo a través de entrevistas. Adicionalmente, se desarrolló una encuesta a una profesional de trabajo social identificándose debilidades ligadas a la disponibilidad de recursos para movilización, equipo humano y desconocimiento del paciente con respecto a sus derechos e importancia del trabajo social, planteándose acciones de mejora según estos puntos

***Palabras Claves:*** *Insuficiencia Renal crónica, Hemodiálisis, Calidad de Vida Relacionada a la Salud, Trabajo Social en Salud, proceso interventivo.*

## ABSTRACT

The present study was focused on the characterization of renal patients as a contribution to the interventive process that is carried out in Social Work taking as a reference a dialysis clinic in the city of Guayaquil. It is indicated that Chronic Renal Failure is a degenerative disease with a negative impact on the quality of life of the patient and even his family, the latter being the main support network for the patient who demands specific care, an environment healthy and other favorable living conditions to cope with your disease. It is the Social Work which guarantees these conditions through an interventive process where the patient is characterized and their problems or unmet needs are identified for the proposal of improvements. In response to the importance of this process, the study is developed, identifying weaknesses within the interventive process as an improvement to the patient's situation where characteristics of the patient were detailed, such as sex, marital status, existence of a caregiver for their assistance, who provides these care, type of affiliation, employment status, comorbidities and other points identified through a methodology with a quantitative approach evaluating the patient and qualitative database through interviews. Additionally, a survey of a social work professional was developed identifying weaknesses linked to the availability of resources for mobilization, human team and ignorance of the patient regarding their rights and importance of social work, considering improvement actions according to these points

*Keywords: Chronic Renal Failure, Hemodialysis, Health-Related Quality of Life, Social Work in Health, Intervention process.*



## INTRODUCCIÓN

La presente Investigación pretende la caracterizar datos socios demográficos de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis en la Unida Técnica de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad Guayaquil. Además, se pretende conocer perspectivas generales acerca de cómo esta enfermedad ha influido en el paciente y su entorno, específicamente familiar, incluyendo el proceso de intervención realizado por el departamento de Trabajo Social.

A fin de conocer los puntos expuestos, los cuales favorecerían a un proceso de intervención acorde a las necesidades de cada paciente, se desarrolla el presente estudio teniendo en consideración que la IRC afecta a quien la padece y a su familia a nivel psicológico, económico, laboral, estilo de vida y demás. La estructura que sigue este proyecto comprende:

Capítulo 1 donde se describe el planteamiento del problema exponiendo las bases que sustentan la investigación, las razones que motivan el abordaje del tema, los objetivos que se esperan alcanzar y demás parámetros esenciales como punto de partida.

Capítulo 2 en donde se aborda el marco referencia mostrando teorías relacionadas al tema desde la óptica de diversos autores mediante libros, revistas y otras fuentes bibliográficas. Adicionalmente, se incluyen referentes normativos donde se presentan leyes que amparan al paciente con IRC.

Capítulo 3 que abarca la metodología describiendo el enfoque, tipo, población y muestra para la investigación, incluyendo otros puntos que describen cómo se recolectará la información requerida para la descripción del problema y logro de los objetivos descritos.

Capítulo 4 presenta los resultados obtenidos tras el análisis y/o aplicación de cada instrumento empleado para la investigación. En primer lugar, está la base de datos de cada paciente a fin de identificar sus características, a quienes se aplicaron también entrevistas direccionadas a conocer sus perspectivas en torno al tratamiento, cambio en su estilo de vida y otros puntos

esenciales, complementándose con otra entrevista a la trabajadora social de la unidad médica estudiada como identificación de las limitantes dentro del proceso de intervención para el planteamiento de mejoras.

Capítulo 4 en donde se describen las conclusiones en respuesta a los objetivos específicos planteados, además de presentar las recomendaciones basadas en los hallazgos de la investigación.

## CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Antecedentes investigativos

En el Acuerdo Ministerial 1829, publicado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se indica que “las enfermedades catastróficas son aquellas de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). Por su naturaleza, de carácter prolongado o permanente, son susceptibles de programación manteniendo una escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

Este mismo expone un listado de enfermedades catastróficas en la cual se encuentra Insuficiencia Renal Crónica IRC. Esta enfermedad afecta aproximadamente al 10% de la población mundial, no teniendo cura, pero existiendo medidas preventivas considerando que es progresiva, silenciosa y no muestra síntomas sino hasta que ya se encuentra una etapa avanzada (Organización Panamericana de la Salud PAHO, 2015). Entre los tratamientos aplicados para apalejar esta enfermedad se encuentra la diálisis, incluyendo el trasplante de riñón, caracterizadas por ser altamente invasivas y costosas.

El proporcionar este tratamiento bajo condiciones óptimas favorece a la *Calidad de vida de la paciente relacionada con la salud* conocida por sus siglas CVRS. Dicha calidad se define como la valoración del individuo sobre su enfermedad, en aspectos tanto objetivos como subjetivos (Cáceres, Parra, & Pico, 2018). La misma se verá influenciada por el estado de salud actual y su capacidad para realizar actividades importantes.

Continuando con la insuficiencia renal crónica, esta enfermedad no solo afecta al estado de salud de la persona que la padece, también altera la calidad de vida tanto del paciente como la de su familia, en especial la persona designada como cuidador/a. Rizo, Marlén, Milián, Pagán y Machado (2016) indican que la sobrecarga en la persona designada como cuidador genera efectos tales como:

- Menos descanso y horas de sueño
- Carencia de actividades recreativas

- Afectando la salud mental y cardiovascular.

Hay que tener claro que la familia, el hospital y el paciente son los pilares básicos sobre los que se asienta el sistema público de salud con respecto a los pacientes con enfermedades catastróficas, en este caso con Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Uno de los mecanismos que presentan los pacientes con algún tipo de enfermedad catastrófica son las estrategias de afrontamiento, las cuales le permiten al paciente sobrellevar estrés, así como también problemas cotidianos (Perales, García, & Reyes, 2012). Cabe señalar que debe existir supervisión la cual evite que se genere un deterioro emocional a causa de la enfermedad.

Estas estrategias concretas se usan en diferentes contextos y pueden cambiar en función de la situación presente en cada momento. Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2013) mencionan que su finalidad es intervenir en la adaptación a la enfermedad y en la adherencia los distintos tratamientos y procedimientos a los que el paciente será sometido.

Un estudio realizado en Perú señala que se invierten de 12 a 15 horas a la semana para las sesiones de diálisis, las cuales forman parte de los cuidados necesarios de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal. Debido a la exigencia en el tratamiento tanto el paciente, su familia y en especial la persona designada como cuidador/a adoptan un régimen de vida bastante restrictivo en el cual coexistirán modificaciones del estilo de vida y acatamiento de indicaciones dadas por el equipo de salud (Manhualaya, 2017). Los descuidos en el cumplimiento y seguimiento del tratamiento podrían causar graves alteraciones físicas de fatales consecuencias para la persona con IRC.

La familia al ser la primera red social de apoyo; que a su vez cumple la función sobreprotectora, puede verse afectada debido a la carga o sobrecarga que genera la asignación y posterior cumplimiento de responsabilidades de cuidador primario. Ledón (2011) las relaciona con el cuidado y apoyo al paciente, incluyendo la reestructuración de funciones y ocupaciones, estas últimas ligadas a las limitaciones ocupacionales y a su vez con el aumento de los gastos tanto físicos como económicos.

Son los cambios que surgen en la vida del paciente tras el diagnóstico de Insuficiencia renal Crónica que afectan su calidad de vida. Kimmel (2001) indica que son las

dimensiones como la salud, familia, pareja, situación económica, laboral, social y, en algunos casos la demográfica, las que forman parte de la calidad de vida.

El Cuestionario COOP/WONCA es un instrumento utilizado para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. A continuación, se toma como referencia a Solís, Hernández, De Armas y Ulloa (2014) para presentar las dimensiones que componen dicho cuestionario:

- Física
- Sentimientos
- Actividades cotidianas,
- Cambio de estado de salud
- Dolor
- Apoyo social
- Vida general

Un estudio en España en el año 2004 tuvo como conclusión que los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis presentan, en general, una buena CVRS en comparación con otros grupos poblacionales como pacientes de atención primaria o sus acompañantes. Así mismo, se destaca que los pacientes cuyo tiempo tratamiento de hemodiálisis era más amplio mostraban una percepción menor de calidad teniendo puntuaciones más altas en cuanto a las dimensiones sentimientos, percepción del dolor calidad de vida en general (Arenas, y otros, 2004).

Las personas con IRC más apegadas a una religión tienden a tener una mayor capacidad de afrontamiento a esta enfermedad, así como lo revela un estudio realizado en Brasil, en el que se da a conocer que la fe o la doctrina religiosa de cada paciente puede influir en la calidad de vida (Malheiro & Arruda, 2012).

## **1.2. Definición del problema de investigación**

**Descripción:** Limitada Intervención en pacientes con Insuficiencia renal.

La enfermedad renal crónica en el mundo es una problemática que ha ido en aumento, si bien se ha avanzado la medicina con respecto a tratamiento, esta es una enfermedad degenerativa e incapacitante a la vez. La Organización Panamericana de la Salud PAHO (2015) indica que en Latinoamérica existe una gran inequidad en el acceso a este tratamiento, promovida por factores como la extensión del continente y limitada cobertura de los servicios de salud afectando así calidad de vida del paciente.

En el Ecuador, dentro del Acuerdo Ministerial 1829 presenta la Insuficiencia renal crónica en el listado de enfermedades catastróficas, por lo tanto, los sujetos que la padecen son considerados como sujetos de atención prioritaria que implica una atención expedita y especializada.

Las clínicas de diálisis en el país cuentan información no estandarizada puesto que para la recolección de datos se utiliza la Historia Clínica Única HCU forma 038 servicio social, la cual en el 2007 fue modificada. El Ministerio de Salud Pública (2007) destaca que consta de una ficha con una estructura sociodemográfica en donde se recolecta información básica tanto del paciente como de su familia. Sin embargo, esta no incluye información como prácticas culturales y contexto de familiar.

Una caracterización más amplia de los pacientes puede permitir establecer estrategias de intervención diferenciadas las cuales aporten a la disminución de la tasa de ausentismo del tratamiento, desacelerar la evolución de la enfermedad mediante un tratamiento mejor focalizado con medidas preventivas. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018) destaca que los factores de riesgo que influyen en la evolución de IRC corresponden a la falta de programas de identificación precoz, ausencia de médicos especialistas y limitadas opciones terapéuticas para brindar un tratamiento, sumando el factor económico estando involucrados costos directos e indirectos.

Los costos directos corresponden a los relacionados al tratamiento mientras que los indirectos comprenden la ausencia laboral y la carga económica. Incluso se producen daños a nivel psicológico especialmente en aquellos donde la enfermedad se encuentra más avanzada. Según lo expuesto, la dificultad en cuanto al quehacer del profesional

en Trabajo social es el proceso de intervención que debe llevar a cabo tanto con el paciente como con la familia para poder trabajar sobre una problemática o necesidad insatisfecha.

Sin embargo, este proceso de intervención y/o seguimiento no se logra ya que el Ministerio de Salud Pública, por medio del documento de Tarifario De Prestaciones Para el Sistema Nacional De Salud del año 2014, expone que, en cuanto a las visitas domiciliarias y capacitación continua, tanto a pacientes y familia, se deben realizar una vez al año bajo un cronograma mensual.

A su vez, los talleres de terapia ocupacional se deben realizar una vez al mes considerando que estos se deben coordinar con las personas que integran el voluntariado en este caso el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (Abad, 2019). De no conocerse de forma clara sus características en base a las limitaciones presentadas, existe el riesgo de realizarse intervenciones poco efectivas en apoyo tanto de paciente como de la familia.

Por ello surge la necesidad de realizar una caracterización más amplia de la existente en la ficha antes mencionada lo que permitirá a futuro el establecimiento de estrategias de intervención en el ámbito de Trabajo Social. Hay que tener en cuenta que no solo la escasa información del paciente hace que no se pueda llevar a cabo un proceso de seguimiento e intervención, sino también la deficiente asignación de recursos por parte de las Autoridades competentes.

El proceso de seguimiento o intervención demanda que el profesional tenga que movilizarse para realizar las visitas respectivas al paciente, incluso hacia otras ciudades o provincias, pero la carencia de recursos que permitan su movilización también imposibilita se el acceso a la información más detallada sobre el aspecto psicosocial del paciente y por ende a su caracterización para una mejor intervención.

### **1.3.Preguntas de investigación**

¿Cómo es la intervención de los Trabajadores Sociales en los casos de pacientes con IRC y de qué manera responden a las demandas de los pacientes?

### **1.3.1. Sub preguntas.**

- ¿Cuáles son las principales características y demandas de los pacientes con IRC de la clínica de diálisis?
- ¿Cuáles son los procesos de intervenciones que realiza el área de Trabajo Social en los pacientes con IRC y cómo responden a las demandas de los pacientes?

### **1.4. Objetivo general**

Determinar características de la intervención de los Trabajadores Sociales en los casos de pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal de una Clínica de Diálisis de la ciudad de Guayaquil con la finalidad de generar información que aporte al desarrollo de procesos de intervención diferenciados por parte del área de Trabajo Social.

#### **1.4.1. Objetivos específicos.**

- Caracterizar a los pacientes con insuficiencia renal atendidos en la clínica de diálisis y el proceso vivido en su enfermedad.
- Describir el proceso de intervención que realiza el departamento de Trabajo Social con los pacientes para responder a las demandas identificadas.
- Plantear mejoras direccionadas al proceso de intervención del Departamento de Trabajo Social en respuesta a las necesidades del paciente con IRC

### **1.5. Justificación**

Esta investigación se considera de importancia puesto que puede utilizarse en la elaboración de proyectos a futuro, en beneficio no sólo del estudiante sino también de profesionales relacionados al Trabajo social o Carreras afines. Su desarrollo permitirá conocer y entender la existencia de aspectos más particulares, sociales de los pacientes que padecen Insuficiencia renal crónica y que influyen en su calidad de vida.

El estudio se justifica de forma teórica al pretender recopilar y generar nuevos conocimientos enfocados a una intervención diferenciada mediante la caracterización del paciente con enfermedad Catastrófica, en este caso a pacientes con Insuficiencia Renal. La metodología se justifica al requerirse la búsqueda de fuentes bibliográficas que brinden soporte teórico al estudio, además de recurrir a la recolección de datos propios del paciente en respuesta a los objetivos de investigación.



Con ello es posible la caracterización de los pacientes con Insuficiencia Renal y establecer parámetros de intervención sobre esta problemática. Cabe señalar que esta enfermedad está asociada al concepto de enfermedad terminal, existiendo una alta probabilidad del deceso en el paciente luego de 52 meses de haberla desarrollado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018). Dicho periodo es menor a los 5 años, demandando cuidados y un tratamiento acorde a las necesidades de cada paciente.

Desde una óptica social, el trabajo pretende identificar los cambios significativos que conllevan el proceso de adaptación a esta enfermedad y cómo se ve afectado tanto el proveedor como quien recepta el cuidado, incluyendo su familia. Con esto se lograría la caracterización idónea de estas personas consideradas como de atención prioritaria, permitiendo brindar una intervención diferenciada del paciente como derecho al buen vivir y el acceso a la salud con calidad.

El trabajo también se justifica desde una perspectiva académica al permitir a la autora aplicar sus conocimientos en la rama de Trabajo social direccionándose a un grupo de atención prioritaria y que corresponde al paciente con insuficiencia renal crónica. Finalmente, desde el punto de vista profesional, el estudio ayudará a los procesos que se desarrollen en el área de trabajo social, pretendiendo identificar necesidades insatisfechas o problemáticas para su abordaje oportuno mediante intervenciones al paciente con IRC y su familia, mejorando la imagen de quienes ejercen esta labor en centros especializados.

## **CAPITULO 2: MARCOS REFERENCIALES**

### **2.1.Referente conceptual.**

#### **2.1.1. Teoría ecológica.**

Esta teoría hace énfasis de la relación del contexto social en los distintos ámbitos del desarrollo humano y las relaciones familiares con cada uno de sus ambientes o sistemas en los que se desenvuelve (Frías, López, & Díaz, 2003). Se constituye en un referente del cual se puede partir para la caracterización de pacientes cuyo diagnóstico es IRC puesto que esta enfermedad no solo afecta a la persona sino a todos los sistemas en los que tanto el paciente, su familia y cuidador se devuelven diario.

Esto puede incidir en un cambio de calidad de vida ya que se enfrenta a cambios físicos, emocionales.

##### **2.1.1.1.Microsistema.**

Es un entorno inmediato con el que la persona interactúa. Bronfenbrenner (2009) indica que este primer sistema hace referencia al entorno inmediato del paciente con IRC, y las personas más cercanas con las que interactúa, en este caso la familia y la persona designada como cuidador primario.

Una vez que el paciente conoce su diagnóstico de IRC, esta puede generar un trastorno emocional influyendo en las relaciones tanto sociales, como familiares del paciente (Esguerra, Contreras, Espinosa, Gutiérrez, & Fajardo, 2006). Una de las redes de apoyo en estos casos que el paciente tiene es la familia.

Adicionalmente, al no contar con una relación de pareja ya sea por soltería, viudez o divorcio, sus percepciones en cuanto a su calidad de vida bajan, lo que puede generar alteraciones psicosociales.

##### **2.1.1.2.Mesosistema.**

Este nivel está representado por la relación de los principales escenarios en los que la persona desarrolla en su vida cotidiana y cómo influye en ella (Bronfenbrenner, 2009). En sí se constituyen en la relación entre microsistemas y que implican en este caso el

equipo método que atiende al paciente con IRC y la familia, ubicándose como escenarios a la clínica y al domicilio donde el paciente pasa gran parte de su día.

Si no existe una adecuada relación entre estos microsistemas entonces las posibilidades de recuperación del paciente o sostenimiento se verán reducidas teniendo en cuenta que el mismo depende de la asistencia profesional y del apoyo familiar para afrontar su estado clínico.

#### ***2.1.1.3.Exosistema.***

Pertenece a una extensión del mesosistema y en este se representan estructuras sociales, sean estos su vecindad y demás redes sociales (Bronfenbrenner, 2009). En específico, para este estudio, se refiere a la estructura social en la que el paciente con IRC se desenvuelve, un ejemplo de ello son los compañeros del turno con quienes recibe su tratamiento, grupos de apoyo, grupos religiosos cercanos, etc.

#### ***2.1.1.4.Macrosistema.***

En este se representa el sistema de creencias que tiene cada una de las personas, en específico sus valores culturales y así como sucesos históricos los cuales pueden afectar a otros sistemas (Bronfenbrenner, 2009). Aquí se encuentra la influencia de aspectos externos sobre el paciente, ya sean sus doctrinas religiosas las cuales pueden influir en el tratamiento.

Inclusive, puede llegar a influir la concepción que los pacientes tienen acerca de los procedimientos.

#### ***2.1.1.5.Cronosistema.***

Este sistema refiere a la influencia del desarrollo de la persona, sus cambios y continuidades en el tiempo, sucesos importantes que marcan un tiempo, un antes y un después (Bronfenbrenner, 2009). En el caso de los pacientes con IRC, su cronosistema se ve influenciado desde el día en el que recibe su diagnóstico, pues que su estilo y ritmo de vida cambia, y no solo del paciente sino de su familia.

### **2.1.2. Teoría del ciclo vital.**

Esta teoría cuyo autor fue Psicólogo Erik Erikson, describe al ser humano en cada una de sus etapas desde su nacimiento hasta su vejez (Bordignon, 2005). En sí, resulta en una reinterpretación de la Teoría Psicosexual de Freud, en la que se hace referencia a aspectos sociales, procesos de adaptación, influencia biológica, sociedad en la que la persona se desenvuelve.

Cabe señalar que son 8 etapas las que Erikson presentar haciéndose referencia en este estudio a las siguientes:

#### ***2.1.2.1. Estadio: Identidad versus confusión de roles– fidelidad y fe. Adolescencia de 12 a 20 años.***

Inicia la etapa de la adolescencia en la cual surge la exploración sexual, justo a este aspecto empieza la formación de la identidad personal en aspectos tales como ideológicos y profesionales. (Bordignon, 2005).

#### ***2.1.2.2. Estadio: Intimidad versus aislamiento – amor joven. Adulto de 20 a 30 años.***

En este estadio se presenta al joven como una persona con la capacidad de desarrollar una relación sexual sana. Otra de sus características es el desarrollo de las relaciones sociales de integración, así como compromisos de toda índole (Bordignon, 2005).

#### ***2.1.2.3. Estadio: Generatividad versus estancamiento – cuidado y celo. Adulto de 30 a 50 años.***

En este estadio se presenta la cualidad del cuidado y la inversión en la formación y educación de las nuevas generaciones. Bordignon (2005) indica que “la crisis psicosocial del adulto se caracteriza por el conflicto de la generatividad versus el estancamiento.” (p.57). En esta etapa se presenta el sentimiento de rechazo y alejamiento.

#### ***2.1.2.4. Estadio: Integridad versus desespero – sabiduría vejez: Después de los 50 años.***

Este estadio se presenta como un momento de aceptación a su historia personal de vida, se evidencia una integración de varios aspectos en los que la persona se ha desarrollado dando como resultado la sabiduría (Bordignon, 2005). Con ello se podría conocer el estadio en el que los pacientes de la clínica de diálisis se encuentran, a su vez entender cómo estos aspectos inciden en su desarrollo personal, cómo se ven con la enfermedad y la influencia de la misma.

El desarrollo integral de las personas se ve influenciado por el prolongado tiempo en el que los pacientes han estado en el tratamiento puesto que existen factores externos e internos que se presentan alrededor del tratamiento esta usual calidad de vida.

#### **2.1.3. Salud.**

Según la Constitución de la OMS (Organización Mundial Salud) la cual entró en vigor el 7 de abril del 1948 define salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución De La Organización Mundial De La Salud, 2006). El proceso de salud/enfermedad consta de 2 dimensiones:

##### ***2.1.3.1. Dimensión material.***

Es aquella que se manifiesta a partir de lo orgánico, biológico y social de una persona.

##### ***2.1.3.2. Dimensión subjetiva.***

Esta dimensión refiere a la interpretación de la forma en la que la persona vive y a su vez enfrenta los procesos a lo que esté sometido (Escudero, Dary, & López, 2008). Tanto la salud como la enfermedad son procesos sociales y personales en la que relaciona aspectos como somático, psicológico y social, las cuales sirven para entender la realidad de las personas.

Tomando en referencia el concepto de salud que da OMS, salud no solo tiene que ver con las afecciones físicas, sino también tiene que ver con la parte social como

emocional de la persona. En pacientes con IRC, tiene mayor influencia la dimensión social, puesto que determina en un antes y después del diagnóstico.

### ***2.1.3.3. Insuficiencia renal.***

El Ministerio de salud Pública del Ecuador ubica a la Insuficiencia Renal crónica en el listado de enfermedades Catastrófica puesto que su tratamiento tiene alto impacto tanto como económico, social, familiar y laboral, así mismo genera dependencia de una persona la que por lo general pertenece al mismo grupo familiar.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) define como enfermedad catastrófica a “aquellas enfermedades de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente puede ser susceptible de programación. Debido a sus características cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras.

La Insuficiencia Renal es un trastorno parcial o completo de la función renal que puede dividirse en 2 etapas:

- La insuficiencia renal aguda es aquel síndrome clínico de inicio rápido, manifestándose aproximadamente en horas o días. Se puede caracterizar por pérdida de la función renal con aparición de una progresiva acumulación de productos residuales o también llamado azoemia y el aumento de los valores séricos de creatinina (Ayala, 2012).
- La Insuficiencia Renal Crónica es aquella que presenta alteraciones en la estructura o la función renal durante al menos 3 meses con implicaciones para la salud (Osuna, 2016).

El procedimiento terapéutico el cual se trata la Insuficiencia Renal Crónica es la Diálisis, la cual consiste en la eliminación de sustancias tóxicas que esta presentes en la sangre (Flores, y otros, 2009). La hemodiálisis es un tratamiento en el que dializa la sangre por medio de una máquina, la hace circular desde la arteria del paciente hacia un filtro donde es liberada de toxinas y retorna al organismo a través de una vena canulada.

Este proceso tiene un tiempo de duración de 4 horas y debe realizarse entre de 2 a 3 veces por semana. Adicional a este tratamiento, el paciente debe tomar medicina y seguir una dieta rigurosa (Páez, Jofré, Azpiroz, & De Bortoli, 2009). El proceso que se sigue alrededor de este tratamiento le puede generar al paciente alternaciones emocionales, mismas que pueden variar de uno a otro.

Esto va a depender de las respectivas valoraciones cognitivas en las que se toma en consideración el impacto de la enfermedad renal, el tratamiento de hemodiálisis o HD, condiciones de vida y habilidades del paciente en el proceso de adaptación y posterior dependencia. Al no darse una adherencia al tratamiento, esto pueden traer consigo al paciente sentimientos de depresión, deterioro de su calidad de vida, empobrecimiento de su salud e incremento de los riesgos en cuanto a su tasa de mortalidad.

Un aspecto alrededor de la IRC es la fe, creencia religiosa que tiene los pacientes, puesto que en ello buscan un refugio o la forma de afrontar esta enfermedad, con la finalidad de alcanzar una mejor calidad de vida (Malheiro & Arruda, 2012).

#### **2.1.4. Calidad de vida.**

Autores como Levy y Anderson (1980) definen calidad de vida como una medida en la que el bienestar físico, mental y social se fusionan generando felicidad, satisfacción y recompensa. Bajo su perspectiva, se refiere satisfacción total de una persona en todos sus aspectos y en sus dimensiones tanto subjetiva como objetiva.

Un aspecto de la calidad de vida es la creencia religiosa de cada uno de los pacientes tiene, puesto que es ahí donde ellos buscan un consuelo o la fuerza para seguir afrontando la enfermedad y el proceso que se da a lo largo de esta. En función de este concepto se lo relaciona con la calidad de vida que lleva cada paciente la cual varía de acuerdo con la satisfacción de las dimensiones de bienestar.

#### **2.1.5. Calidad de vida relacionada con la salud.**

Esta refiere a la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente con respecto al proceso de toma de decisiones en cuanto a salud, así como en evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria (Schwartzmann, 2003). La CVRS se caracteriza por conocer la percepción que tiene el paciente con respecto al proceso de adaptación a la enfermedad crónica lo cual permitirá seleccionar mecanismos de afrontamiento que

puedan promover el bienestar del mismo, así como también de su sistema de apoyo, sea esta la familia como la persona que es designada como cuidador primario.

### **2.1.6. Trabajo Social.**

Es la disciplina enfocada de prestar atención a malestares psicosociales de las personas, a su vez tiene como finalidad prevenir la aparición de conflictos y ofrecer los medios que permitan superar dichos malestares (Molina & Romero, 2001). Este término en el campo sanitario tuvo su origen en el año 1905, gracias al Dr. Richard Clarke quien en el Hospital General de Massachusetts crea el primer servicio de prestación social.

Dicho centro contó con los servicios de una trabajadora social, determinando que para esta labor es importante un trabajo interdisciplinario. La acción del profesional se encuentra sujeta a la resolución del problema con los intereses institucionales y las capacidades de la gente, para lo cual se pretende impulsar la participación en la creación, modificación, mejoramiento o transformación de los sistemas institucionales y comunitarios en servicios sociales de manera que garantice el ejercicio pleno de los derechos humanos.

### **2.1.7. Intervención del Trabajador Social.**

La construcción de intervenciones desde lo profesional con una fundamentación teórica y metodológica requiere clasificar el “qué”, lo cual se refiere al objeto disciplinario y su disociación permitiendo vincular el “para qué” y “cómo” de la intervención (Molina & Romero, 2001).

La intervención profesional se establece a partir de la identificación y posterior delimitación del objeto, el cual puede ser una necesidad social problematizada, susceptible de satisfacer con la acción del profesional y del sujeto (Molina & Romero, 2001). El objeto de intervención es aquel que se construye a partir de una reproducción cotidiana de la vida social de los objetos desde la mirada de múltiples necesidades las cuales expresan como demandas y /o carencias.

Dicha intervención se debe realizar a los sujetos sociales, siendo su finalidad dar una dirección y sentido a la acción para solucionar problemas. Martínez, Ortiz y Murcia (2008) indican que tras esta solución se lograría elevar la calidad de vida de la



población para la cual se trabaja, en este caso el paciente con insuficiencia renal crónica.

#### **2.1.8. Estrés.**

Se refiere a la activación funcional que produce un organismo vivo cuando este necesita adaptarse a una nueva situación. Editorial CEP (2010) destaca que es una respuesta adaptativa puesto que induce al organismo a través de una serie de cambios fisiológicos a preservar su integridad frente a las amenazas o demandas que se producen en su entorno.

#### **2.1.9. Estrategias de afrontamientos.**

Estas se definen como estrategias que las personas usan para poder reducir el impacto negativo que el tratamiento puede producir e influenciar en su bienestar psicológico. Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007) lo describen como un esfuerzo que realiza el paciente para poder eliminar estímulos de estrés causados por la enfermedad y el tratamiento que siguen.

En sí, dicha estrategia no se constituye en un estilo efectivo al ser más notoria cuando existen en el paciente más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el estrés emocional, asociándose así a niveles altos de ansiedad y depresión. Debido a su naturaleza pueden ser clasificadas en activas o pasivas, siendo descritas a continuación:

- Las estrategias activas son aquellas en la que el paciente hace un esfuerzo para poder seguir con su vida a pesar de la adversidad por la que atraviesa, haciendo frente a sus emociones, mejorando la función inmune y bienestar.
- Las estrategias pasivas se caracterizan porque el paciente se vuelve dependiente, generando depresión y acelerando su deterioro tanto físico como emocional.

## **2.2.Referente normativo**

### **2.2.1. Normativas nacionales.**

La Constitución de la República del Ecuador es la máxima expresión en cuanto al referente legal. Fue emitida por la Asamblea Nacional del Ecuador (2008) expresando en su artículo 32 que la salud es un derecho garantizado por el Estado quien se obliga así a promover su acceso de calidad.

Así mismo, dentro de su artículo 358 destaca que el sistema nacional de salud tendrá como fin el desarrollo, protección y recuperación de las personas, tanto en sus capacidades como potencialidades para alcanzar una vida integral y saludable. En base a lo planteado, es necesario que dentro de los centros donde se brinda atención a personas con enfermedades catastróficas, como la IRC, se lleve a cabo un tratamiento según las necesidades individuales del paciente como parte de sus derechos constitucionales.

La ley Orgánica De Salud aborda el tema de las enfermedades catastróficas, siendo emitida por el Congreso Nacional el año 2016 y reformada por la Asamblea Nacional (2015). En el Art. 259, dentro del capítulo V define a las enfermedades catastróficas como aquellas afecciones con las siguientes características:

- Alto riesgo para la vida de la persona.
- Enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente.
- Tratamiento programado o cuyo valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

Dentro de las leyes o normativas en el Ecuador no existe un artículo específico donde se hiciera referencia acerca del cuidador de una persona con enfermedad catastrófica. Sin embargo, la Constitución hace una breve mención en la Sección sexta denominada “Personas con discapacidad”, tomando como referencia los artículos 47, 48 y 49 destacando que estas leyes están pensadas para el bienestar tanto para la persona con discapacidad como al cuidador primario.

A partir de ello se puede visualizar que las leyes están enfocadas hacia las personas con discapacidad más no en las personas que sufren de algún tipo de padecimiento

considerado como enfermedad catastrófica, menos en la persona que ejerce el rol cuidador.

Dentro de las disposiciones que el Ministerio de Salud Pública presenta en su Ley Orgánica de Salud indica que el ministerio encargado, en este caso el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES, tendrá a su cargo la ejecución de programas de atención y protección social a las familias cuyos miembros sufran algún tipo de enfermedad considerada rara o huérfana y catastrófica. Para ello se deberán aplicar políticas de inclusión y cohesión social, igualdad y protección integral en coordinación con la Autoridad Sanitaria Nacional.

Para dar soporte a lo descrito se consultó la Ley Orgánica de Discapacidades emitida por la Asamblea Nacional del Ecuador (2012). Dicha ley, en el artículo 24 indica sobre los programas de soporte psicológico y capacitación periódica que la autoridad sanitaria nacional dictará la normativa que permita su implementación dirigidas a personas con discapacidad y sus familiares. Las mismas deben garantizar que exista una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad mientras que los programas de capacitación son direccionados a quienes cuidan a personas con discapacidad.

Este último programa podrá ser ejecutado ya sea por la autoridad sanitaria nacional o por otros entes públicos o privados especializados. Se añade que aquellos pacientes que reciben tratamiento en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo HTMC se encuentran afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS estando amparados por la Ley de Seguridad Social.

Dicha ley fue emitida por el Congreso Nacional al año 2001 y fue reformada por la Asamblea Nacional del Ecuador (2014) expresando dentro de su artículo 107 que la prestación de salud se realizará con tecnologías apropiadas a la disponibilidad de recursos del Seguro, sin menoscabo de la calidad y dentro de los rangos de suficiencia que determinen los protocolos de diagnóstico y tratamiento aprobados por la Administradora del Seguro General de Salud.

El tratamiento de Hemodiálisis tanto en la Unidad de Técnica de Diálisis, así como de sus prestadores externos se realiza con máquinas e insumos apropiados, brindado un servicio de calidad. Sin embargo, como pudo conocerse, el tratamiento no sólo

depende de la calidad de los equipos sino también de la capacidad de los profesionales en la identificación de necesidades individuales de cada paciente para proporcionar el tratamiento idóneo y diseñar procesos de intervención que garanticen su buen vivir.

### **2.3.Referente estratégico**

#### **2.3.1. Planes estratégicos nacionales.**

El Plan Nacional de Desarrollo comprende los objetivos del gobierno de turno correspondiente al periodo 2017 – 2021 elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES (2017). Para el presente proyecto se toma en consideración el objetivo 1 que comprende el “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” en donde se reflejan las siguientes políticas:

- Generar capacidades y promover oportunidades en condiciones de equidad, para todas las personas a lo largo del ciclo de vida.
- Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural
- Promover la protección de los derechos de usuarios y consumidores de bienes y servicios.

A partir de ello se puede evidenciar que son políticas cuyo carácter es universal, lo que significa que ampara a todas las personas, para lo cual sería importante establecer algunas específicas para las personas con enfermedades catastróficas. Cabe señalar que dentro del Ecuador ya existen antecedentes de iniciativas direccionadas a garantizar el buen vivir de las personas con enfermedades catastróficas.

En este caso, la Vicepresidencia de la República del Ecuador para el año 2008 implementa el programa “Misión Solidaria Manuela Espejo” a través del cual se crea el “Bono José Joaquín Gallegos Lara”. En su conjunto, este programa tuvo como finalidad conocer el estado de salud de las personas que padecían estas patologías, incluyendo casos de discapacidad severa, enfermedades raras o huérfanas y VIH-SIDA en menores de edad. Con su caracterización, identificando sus necesidades sería posible fortalecer la atención médica, incluyendo el pago de un bono mensual de 240 dólares direccionado al cuidador.

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

La Metodología tiene la finalidad de servir como una guía para la elaboración de la investigación, permitiendo establecer las bases a partir de las cuales se recolectará y analizará la información referente al problema. En este caso, se presenta a continuación los parámetros metodológicos para el presente estudio.

### **3.1. Enfoque de la investigación**

Se consideró un enfoque mixto, recolectándose información de tipo cualitativa y cuantitativa. Hernández, Fernández y Baptista (2004) describen a este enfoque como a la combinación del cualitativo a través del cual se recolectan opiniones en forma amplia de un grupo limitado de personas relacionadas a la realidad de estudio mientras que el cuantitativo recolecta y/o utiliza datos, de un grupo representativo de individuos, capaces de ser procesados de forma numérica para su análisis posterior.

En esta investigación el enfoque cualitativo tuvo como base la experiencia de los cuidadores de pacientes con Insuficiencia renal conociendo así su perspectiva en torno al proceso de intervención, limitantes y demás puntos relacionados al problema abordado mientras que bajo el enfoque cuantitativo se presentan datos cuantificables con respecto a los pacientes con IRC y cuidadores.

### **3.2. Tipo y nivel de la investigación.**

La investigación se desarrolló en nivel descriptivo a fin de conocer las características de la problemática abordada. Hernández, Fernández y Baptista (2004) expresan que la investigación de tipo descriptiva pretende detallar o identificar las singularidades respecto a un fenómeno en particular, esto con respecto a sus causas y efectos. Es decir, como su nombre lo indica, está encaminado a describir una situación de interés que en este caso corresponde al proceso de intervención en los pacientes con IRC ejecutado por el profesional de trabajo social.

### **3.3.Universo, muestra.**

#### **3.3.1. Universo.**

El universo de una investigación es el conjunto de personas del cual se desea conocer algo u obtener información (López, 2004). En este caso la población que se consideró para la investigación son pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal en la ciudad de Guayaquil atendidos en la Unidad Técnica de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo y que suman 247 según el personal responsable de esta área.

#### **3.3.2. Muestra.**

La muestra por consiguiente es un subconjunto o porción de la población seleccionada de la cual se realizará un estudio, investigación u obtención de información, es la representación de un total. (López, 2004). En este caso, el análisis cuantitativo englobó a todos los pacientes que son sometidos a diálisis dentro de la unidad hospitalaria.

Por otro lado, el análisis cualitativo buscó profundizar en la situación de cada paciente tomando como referencia a 7 de ellos que conforman la población dentro de la Unidad Técnica de Diálisis del Hospital Teodoro Maldonado Carbo mencionándose que dicha selección fue no aleatoria por conveniencia.

### **3.4.Variables y sub-variables de estudio.**

En esta investigación de acuerdo con los objetivos planteados se han establecido las siguientes variables de acuerdo (VER ANEXO #3):

#### **3.4.1. Características personales.**

Como referencia en esta variable, la misma se obtuvo mediante la revisión documental de las bases de datos donde consta la información de cada paciente atendido en la Unidad Técnica del Diálisis Del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, específicamente datos sociodemográficos que posteriormente fueron utilizados para la caracterización.

#### **3.4.2. Procedimiento inicial con el paciente que ingresa.**

Los datos que fueron de argumento en esta variable son los que están ligados al proceso que el departamento de Trabajo Social realiza cuando llega un nuevo paciente a la

unidad, para ello se incluye información que recibe el paciente aplicándose la ficha del MSO 038.

### **3.4.3. Procedimiento de inserción del paciente a la UTD.**

Esta variable tomó en consideración qué proceso realiza el departamento de Trabajo Social al momento que ingresa un nuevo paciente. En este caso correspondió a la socialización con el paciente acerca del proceso que la clínica de diálisis maneja, así como también recolección de información socio demográfico, tanto del paciente como de la familia.

Se realiza una inducción en la que se le da a conocer sus deberes y derechos, así como información del proceso del tratamiento que va a seguir.

### **3.4.4. Calidad de vida y bienestar.**

En esta variable se tomó en cuenta eventos, cursos, charlas impartidas por parte del departamento de Trabajo Social en el cual, mediante una entrevista, se pudo determinar el número que se realizan al año y el personal que interviene o participa en estos.

### **3.4.5. Planificación.**

Esta variable se refiere a las actividades, metas y objetivos que se cumplen dentro de la institución, la cual se realizó mediante el instrumento “Evaluación de Desempeño EVAL” modificada al año 2018. El Ministerio de Trabajo del Ecuador (2018) destaca que este instrumento tiene como objetivo medir y estimular la gestión de la institución, procesos internos y servidores, enfocado en mejorar la calidad de los servicios que genera la institución.

### **3.4.6. Evaluación**

Esta variable permitió conocer cómo la profesional en Trabajo social lleva a cabo el proceso de evaluación y qué aspectos toma en consideración para el mismo.

### **3.5. Formas de recolección de la información**

#### **3.5.1. Revisión documental.**

La revisión documental se llevó a cabo con la base de datos proporcionada por la Unidad Técnica de Diálisis del HTMC en la cual constan registrados 247 pacientes, detallándose información sociodemográfica y aspectos personales, tanto de ellos como de su familia. Cabe señalar que esta información es levantada cuando el paciente ingresa a la Unidad médica mediante el formulario 038 proporcionado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

#### **3.5.2. Entrevista.**

Su estructura está compuesta por una serie de preguntas abiertas donde las personas seleccionadas pueden exponer un criterio amplio con respecto a un problema o situación de interés. Rossell y Rodríguez (2017) destacan que es una técnica la cual se sumerge en aspectos subjetivos de una persona, en este caso del entrevistado, siendo altamente relacional y emocional al requerirse un mayor contacto entre el investigador y el sujeto consultado.

La entrevista puede ser un vehículo el cual utiliza la atención de las personas y su familia para poder relacionar diversos aspectos de ambos y así obtener una visión detallada sobre la situación. Con su realización se pretendió identificar problemáticas o necesidades insatisfechas para la intervención teniendo en cuenta que se seleccionaron 7 pacientes que llevan su tratamiento en la Unidad Técnica de Diálisis del HTMC, de distintas edades, según los estadios que propone la Teoría del Ciclo Vital del autor Erick Erickson.

Dentro de la entrevista realizada se abordaron temas sobre la percepción del paciente acerca de aspectos y creencias alrededor de la enfermedad, así como también aspectos de su sistema familiar, con el objetivo de conocer estos aspectos y evidenciar cómo esta enfermedad influyó en los mismos.

### **3.6. Formas de análisis de la información**

La forma en la que se ejecutó el análisis de información fue mediante una triangulación de datos, tomando en cuenta la información existente de los pacientes expuesta en la



base de datos, presentada mediante estadística descriptiva; así como también la información proporcionada por los pacientes y la profesional de Trabajo Social, mediante las entrevistas aplicadas.

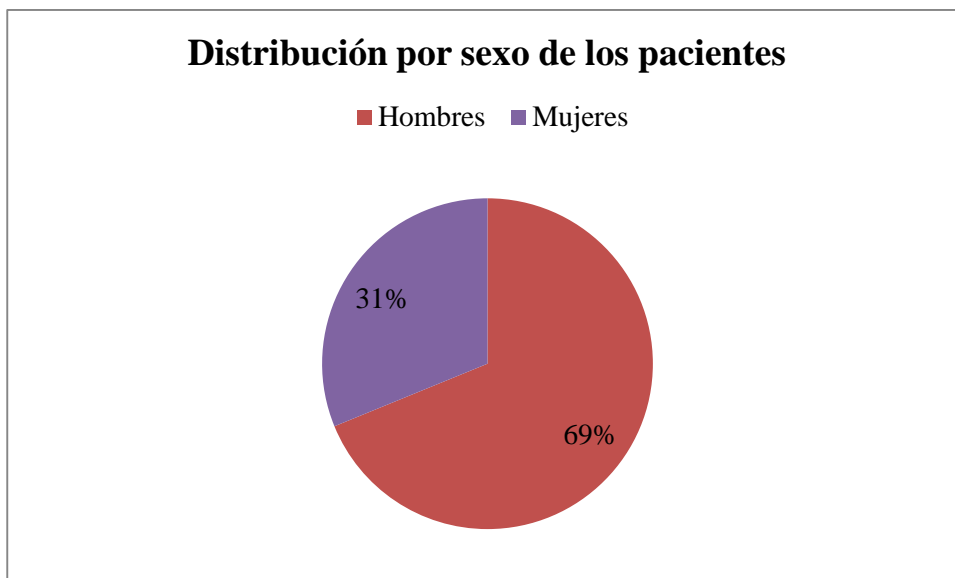
## CAPITULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

### 4.1. Caracterización de pacientes renales.

#### 3.6.1. Características generales.

El interés de esta investigación fue conocer las principales características de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica y que reciben tratamiento en la Unidad Técnica de Diálisis del HTMC perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS.

A partir del análisis de la Base de Datos proporcionada por el Departamento de Trabajo Social se pueden evidenciar características tales como edad, sexo, lugar de residencia, aspectos económicos y familiares. A través de los datos analizados se pudo determinar que la población que recibe atención en la Unidad Técnica de Diálisis asciende a 247 personas entre las edades de 25 a 92 años. A continuación, se presenta su distribución por sexo:



*Figura 1.* Distribución por sexo de los pacientes sometidos al tratamiento dentro de la unidad estudiada.

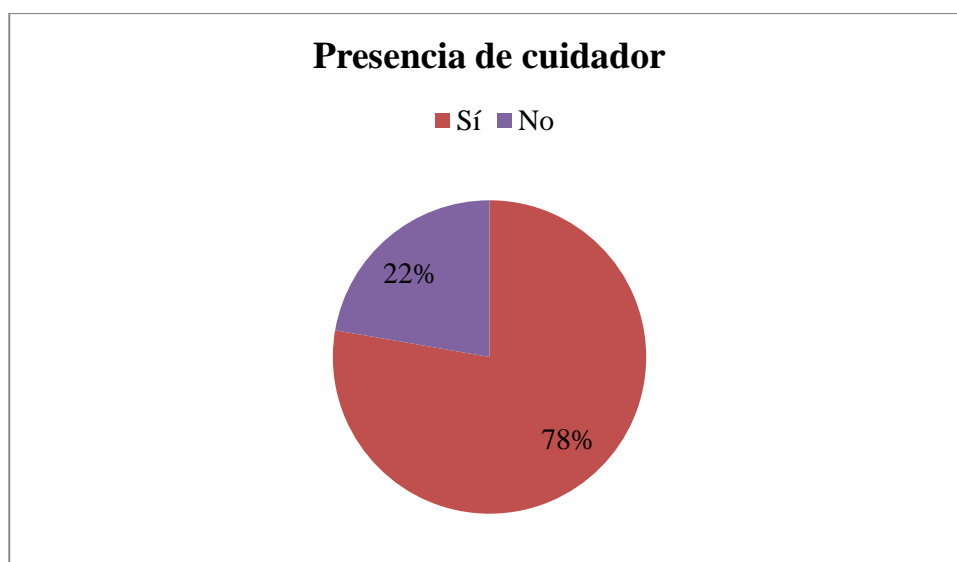
*Fuente:* Matriz de paciente Unidad Técnica de Diálisis

*Elaborado por:* Verónica J. Giler Abad el 22 de julio del 2019

De los 247 pacientes, 170 son hombres que corresponden a un 69% mientras que 77 son mujeres equivalentes al 31%. Como puede observarse, existe una mayor incidencia

de la enfermedad en pacientes hombres asociándose además a una vida laboralmente activa y poco saludable (Sosa, Polo, Mendez, & Sosa, 2016).

Entre el grupo de estudio, existen quienes disponen de un cuidador quien les brinda asistencia constante y funciona como un soporte para sus actividades diarias como se presenta a continuación:



*Figura 2.* Distribución de los pacientes según la presencia de un cuidador.

*Fuente:* Matriz de paciente Unidad Técnica de Diálisis

*Elaborado por:* Verónica J. Giler Abad el 22 de julio del 2019

El 78%, que corresponde a 192 pacientes, dispone de una persona exclusiva para que le brinde cuidados lo cual puede estar relacionado a su poder adquisitivo o mayor apoyo familiar hacia su condición. Por otro lado, el 22% correspondiente a 55 pacientes no dispone de esta persona fija para que le brinde soporte, lo cual podría contribuir a que su condición se vea deteriorada, especialmente por la falta de cuidados óptimos o disponibilidad de tiempo que los familiares podrían proporcionar al enfermo mientras realizan otro tipo de actividades del día a día.

Para conocer en qué núcleos familiares existe una mayor presencia de cuidadores se presenta la siguiente información en donde se evalúa el estado civil del paciente y la disponibilidad de un individuo exclusivo para el cuidado:

Tabla 1.

*Pacientes según estado civil y presencia de cuidador.*

Estado civil	CUIDADOR			Participación según estado civil
	Sí	No	Total	
<b>Casado</b>	129	27	156	63%
<b>Soltero</b>	35	16	51	21%
<b>Viudo</b>	14	2	16	6%
<b>Divorciado</b>	3	2	5	2%
<b>Unión libre</b>	11	8	19	8%
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>55</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>

Nota: Elaborado por Verónica J. Giler Abad el 22 de julio 2019 a partir de Matriz de Pacientes Unidad Técnica de Diálisis

Como puede observarse, el 63% de pacientes (n=156) sometidos al tratamiento de diálisis por IRC son casados, el 21% (n=51) son solteros y los demás se distribuyen entre unión libre, viudo y divorciado. A fin de determinar si el estado civil influye en la presencia de cuidadores se presenta la siguiente figura.

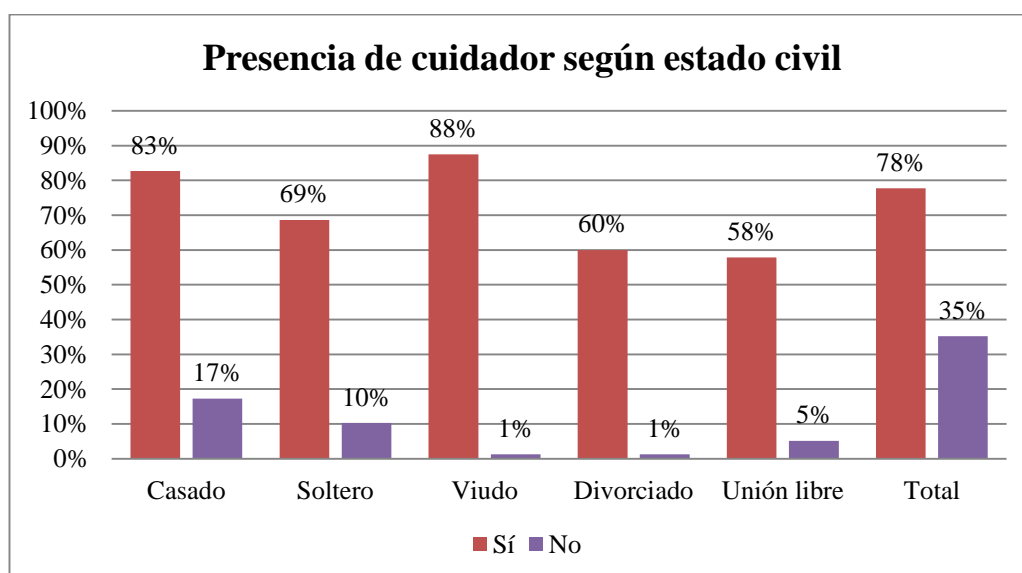


Figura 3. Presencia de cuidador según el estado civil del paciente

Fuente: Matriz de paciente Unidad Técnica de Diálisis

Elaborado por: Verónica J. Giler Abad el 22 de julio del 2019

En los grupos donde existe menor posibilidad de disponer de cuidadores corresponde a la unión libre (58%), seguido de personas divorciadas (60%) y solteras (69%) lo cual podría asociarse, madurez de la familia, poco avance de la enfermedad y vínculo afectivo entre sus miembros. Por otro lado, los viudos y casados tienen una mayor probabilidad de presentar cuidadores en un porcentaje mayor al 80%.

Por madurez familiar la autora hace referencia a aquellos casos donde existen hijos de por medio pero que no requieren cuidados, aportan económicamente al hogar y pueden participar en forma activa en la asistencia hacia el enfermo. A continuación, se muestra, en los casos donde existen cuidadores, quienes son quienes brindan esta asistencia:

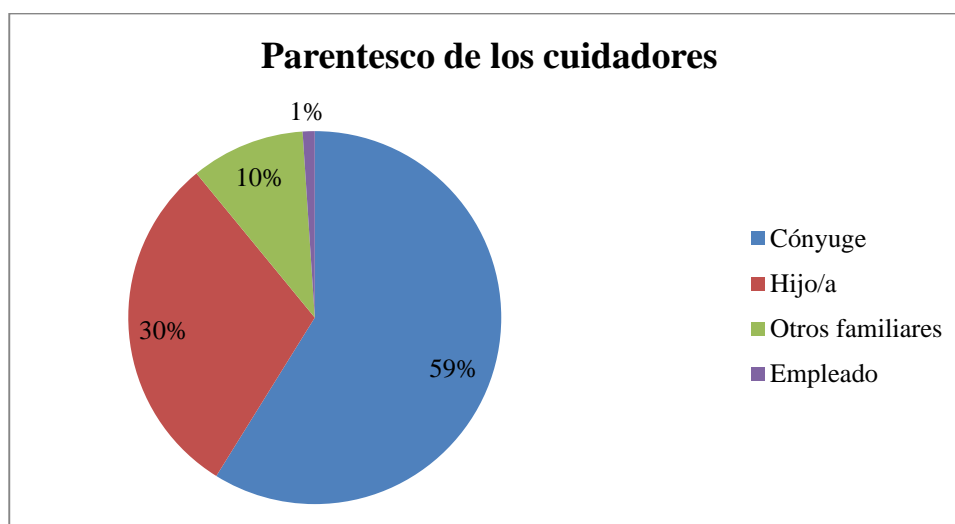


Figura 4. Parentesco de los cuidadores

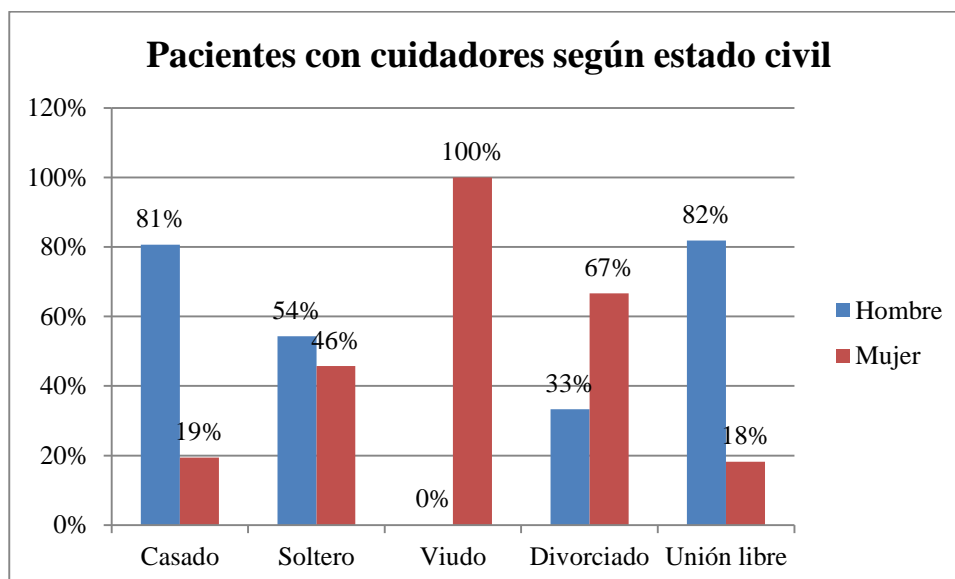
Fuente: Matriz de paciente Unidad Técnica de Diálisis

Elaborado por: Verónica J. Giler Abad el 22 de julio del 2019

Como puede observarse, al ser principalmente pacientes casados existe una mayor responsabilidad del cuidado por parte del cónyuge en el 59% de casos ( $n=113$ ) seguido de los hijos en un 30% ( $n=58$ ). Apenas un 1% ( $n=2$ ) tiene posibilidades para contratar a una persona exclusiva quien brinde estos cuidados, mientras que, en el porcentaje restante, es decir 10% ( $n=19$ ), se verán involucrados otros familiares como principal soporte del enfermo y, por ende, sus responsabilidades se incrementarán.

Al ser pacientes principalmente hombres, en el caso de matrimonios y uniones libres, la carga exclusivamente se direcciona a la esposa quien da asistencia no sólo al enfermo, sino también a sus hijos en los casos donde existan, además de preocuparse

de otras tareas del hogar e incluso la economía doméstica. Se presenta a continuación el sexo del paciente con cuidado según el estado civil:



*Figura 5.* Pacientes con cuidadores según el estado civil

*Fuente:* Matriz de paciente Unidad Técnica de Diálisis

*Elaborado por:* Verónica J. Giler Abad el 22 de julio del 2019

De los 129 paciente casados, el 81% (n=104) son hombres, siendo una situación similar en los 11 pacientes que tienen unión libre donde el 82% también son hombres (n=9). Si se suman ambos estados civiles darán como resultado un total de 140 pacientes, debiéndose tomar en consideración que 113 reciben cuidados de sus cónyuges y el saldo es más probable que lo reciba de sus hijos.

Bajo este panorama, existe una gran carga de responsabilidades para la mujer en el hogar quienes efectivamente tendrán que hacerse cargo de dar asistencia al enfermo de existir incapacidad, dedicarse al cuidado de los hijos de ser el caso e incluso preocuparse por la búsqueda de fondos. Para determinar o caracterizar los casos donde no existen cuidadores, se consideró el sexo del paciente y su estado civil presentando a continuación una tabla explicativa:

Tabla 2.

*Pacientes que no poseen cuidador según estado civil y sexo.*

<b>Estado civil</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total estado civil</b>
<b>Casado</b>	19	8	27
<b>Soltero</b>	9	7	16
<b>Viudo</b>	0	2	2
<b>Divorciado</b>	2	0	2
<b>Unión libre</b>	7	1	8
<b>Total sexo</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>55</b>

Nota: Elaborado por Verónica J. Giler Abad el 22 de julio 2019 a partir de Matriz de Pacientes Unidad Técnica de Diálisis

La existencia del cuidador puede estar condicionada por el avance de la enfermedad, no requiriéndolo si el enfermo mantiene una condición favorable, o también por la imposibilidad de los familiares en brindar la asistencia a causa de otras responsabilidades. En base a los hallazgos, puede observarse que existe una mayor presencia de personas casadas que no poseen cuidadores lo cual, en el peor de los escenarios, puede asociarse a que la pareja tiene que hacerse cargo de los hijos y obtener ingresos para solventar el hogar, impidiendo dar asistencia en forma continua.

Además, también puede verse condicionado por el poco o bajo apoyo de los demás familiares lo cual imposibilita tener un cuidador/a responsable. La situación podría ser distinta si los hijos tuvieran mayor edad y pudieran aportar al cuidado, siempre y cuando existan hijos de por medio. Caso similar ocurre en la unión libre donde existen principalmente hombres, recayendo muchas responsabilidades sobre la pareja que, de no existir apoyo, ocasionan que no pueda proporcionar un cuidado exclusivo.

En los casos de viudez, existen únicamente mujeres en esta situación. Su atención podría derivarse a sus hijos u otros familiares cercanos mientras que en divorcios sólo registran hombres existiendo bajas o nulas probabilidades de que la ex pareja proporcione la asistencia. En el número de pacientes solteros existe una leve diferencia entre hombres y mujeres sin cuidadores, en este caso su situación puede verse

influenciada por la falta de pareja, poder adquisitivo de la familia o la fortaleza del vínculo entre sus miembros.

Los responsables en estos casos serían los padres o hermanos en forma más probable. Como puede observarse, en cada caso la familia verá su carga de trabajo incrementada pero la presencia de un cuidador dependerá del vínculo afectivo existente, número de miembros, su poder adquisitivo y madurez familiar. Mientras menor sea la madurez familiar en estos casos, mayor será la carga para la pareja o responsable de dar asistencia al paciente con IRC, situación que podría influir en la existencia de un cuidador ya que también se preocuparían por la búsqueda de ingresos como fuente de sustento.

### **3.6.2. El diagnóstico de insuficiencia renal en la vida de los pacientes.**

Mediante el análisis de las entrevistas realizadas a los pacientes con insuficiencia renal crónica se puede rescatar que estos pacientes, al conocer su diagnóstico, presentan sentimientos como ira, depresión, tristeza, impotencia y rechazo, lo cual puede influir de manera negativa, acelerando el deterioro en la salud del paciente. Para ello es importante la existencia del apoyo familiar e intervención profesional.

Estos sentimientos se ubican en la primera de las tres etapas del duelo, como parte de un sistema de defensa en la que se presentan rechazo, negación ante el conocimiento de su diagnóstico (Meza, y otros, 2008, pág. 29). Así mismo la familia vive este proceso de duelo puesto que al conocer el diagnóstico muestran sorpresa y resignación ante el mismo, teniendo que brindar apoyo al paciente.

Es del caso que dentro de la entrevista uno de los pacientes indicó de forma textual “...recibí la noticia e inmediatamente sentí mucho miedo y enojo por la situación, especialmente porque tengo hijos aún menores de edad que estudian y que quizás no conozca cuando sean adultos, mi esposa y demás familiares también se sintieron fatal pero a pesar de ello se han encargado de darme apoyo, todos en general... no me he sentido solo, eso me da tranquilidad y fuerza para soportar esto...” (Paciente-1, 2019)

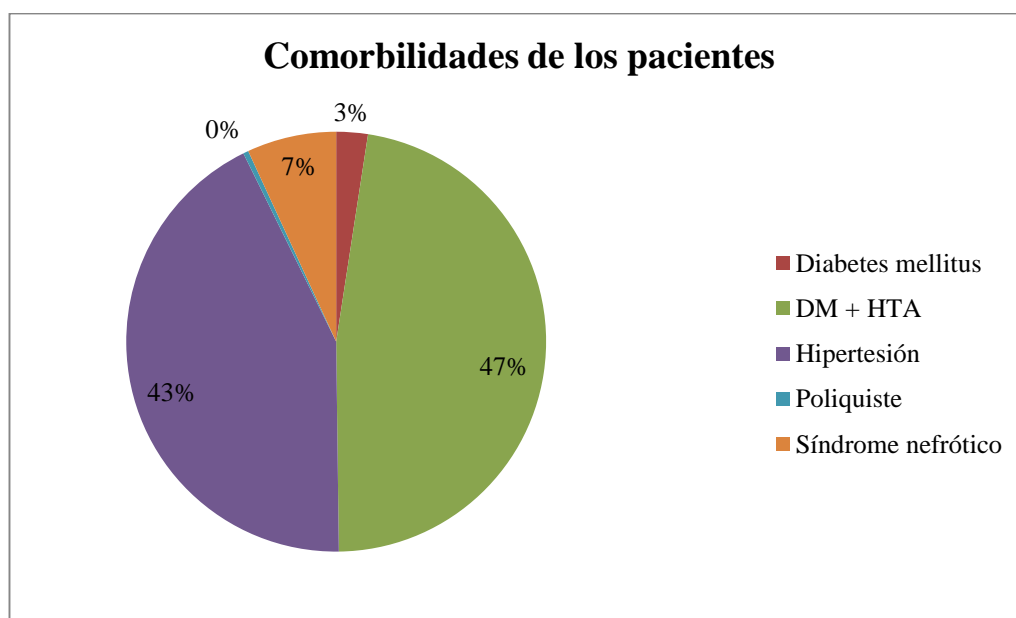
Otro de los pacientes dijo “... los primeros meses me sentí desesperado porque no podía trabajar, mi esposa buscó la forma de obtener ingresos y mis hermanos también nos ayudaron e incluso aún continúan dándome apoyo... ellos me dicen que me



concentre en mi salud y que todo estará bien, pero en ciertos casos me desmorono...”  
(Paciente-2, 2019)

Posterior al diagnóstico, los pacientes entrevistados destacan que se dan cambios en su vida cotidiana, aspectos como alimentación y estilo de vida cambian radicalmente ya que deben adaptarse a una nueva realidad. Cabe señalar que dicho cambio se verá también influenciado por las condiciones que originan la enfermedad, es decir si existe alguna patología asociada como diabetes o hipertensión que ocasionan por sí solas una alteración en el estilo de vida o alimentación.

En base a lo expuesto, se indica que existían pacientes que ya mantenían una patología previa a la IRC siendo presentadas a continuación:



*Figura 6.* Comorbilidades de los pacientes con IRC

*Fuente:* Matriz de paciente Unidad Técnica de Diálisis

*Elaborado por:* Verónica J. Giler Abad el 22 de julio del 2019

Entre las enfermedades más recurrentes y que incluso se convierten en desencadenantes de la IRC están el padecimiento de diabetes mellitus e hipertensión en el 47% de casos (n=117), seguido de hipertensión en un 43% (n=106) y síndrome nefrótico en un 7% (n=17), caracterizadas por ser enfermedades degenerativas a nivel renal. El restante padece diabetes mellitus correspondiendo al 3% (n=7).

En declaraciones obtenidas por medio de las entrevistas se indica textualmente lo mencionado por el paciente "...yo ya tenía una alimentación por la hipertensión, la cual debía ser baja en sal, grasas y rica en fibra pero nunca me cuidé como debía, incluso consumía alcohol y al final mis riñones no soportaron la carga... así que ahora debo seguir todas las recomendaciones médicas de una manera más estricta, respetando mi dieta ya que si antes comía pan blanco ahora ingiero solo pan integral, más frutas y verduras, además de reducir el consumo de líquidos porque el cuerpo no puede desecharlos". (Paciente-1, 2019)

Con respecto a su estilo de vida un paciente indica "ahora me siento más cansado que antes, debo estar pendiente de la incisión para las diálisis y a su vez tengo menos libertad para realizar actividades que desearía hacer solo, especialmente fisiológicas..." (Paciente-3, 2019)

Adicional a ello, más que la alimentación, otro aspecto que el paciente debe considerar son los ejercicios. Debe indicarse que no se considera que exista alguna relación en el cambio del estilo de vida del paciente con relación al género o el estado civil, más bien está asociado al tipo de cuidado que demande según el avance de la IRC y la existencia de alguna patología adicional, teniendo en cuenta que mientras mayor sea su desarrollo y las comorbilidades el paciente demandará tratamientos más intensivos que alterarán con mayor fuerza su estilo de vida y alimentación.

En cualquier que sea el caso, el acompañamiento y el apoyo resultan esenciales para que el paciente se sienta respaldado en cada una de las etapas del tratamiento. Como se pudo conocer en las declaraciones revisadas, la familia es su pilar fundamental que les permite afrontar con mayor fuerza su estado clínico, estar dispuestos a seguir el tratamiento de manera estricta y perseguir la calidad de vida.

Sin este apoyo que es la familia la enfermedad puede evolucionar de manera más acelerada, incrementarse la depresión y la expectativa de vida del paciente reducirse drásticamente. Entre los consultados no existe alguno que no posea apoyo familiar para seguir adelante con la enfermedad; sin embargo, dejan claro que son un soporte para avanzar y obtener la fuerza que necesitan para no rendirse.

La familia con un paciente que padece insuficiencia renal se ve afectada en su núcleo y también deben adaptarse a estos cambios. Es del caso que entre las preguntas

realizadas dentro de las entrevistas se consulta cómo consideran que el estilo de vida familiar se ha visto afectado tras su diagnóstico a lo que se destaca una respuesta:

“... ahora hay menos tiempo para las actividades, mi esposa me acompaña a los tratamientos porque necesito alguien que me ayude a movilizarme, mientras tanto mi hermana me ayuda con mis niños, es de gran apoyo porque es la que los atiende, ayuda en las tareas y prepara los alimentos mientras mi esposa no puede hacerlo... para obtener más fondos se suelen realizar actividades, ya sean bingos o rifas para financiarnos porque igual hay otros gastos y el sueldo debo invertirlo en alimentación, además del transporte, no todo da el seguro porque el cuidarse demanda costos...”  
(Paciente-4, 2019)

En otros pacientes, la dimensión subjetiva influye en los aspectos social, laboral y familiar, donde los sentimientos y el desinterés forman parte de su vida en torno a la enfermedad. Entre las respuestas presentadas sobre el paciente respecto a si alguna vez se vieron rechazados por la sociedad a causa de su condición, siendo un aspecto que puede influir en su estado de ánimo y ocasionar cuadros depresivos crónicos, destaca “En el colegio sufrí bullying por parte de mis profesores ya que estaba sin cabello mientras que mis compañeros y familiares me trataban normal y también me han apoyado”. (Paciente-5, 2019)

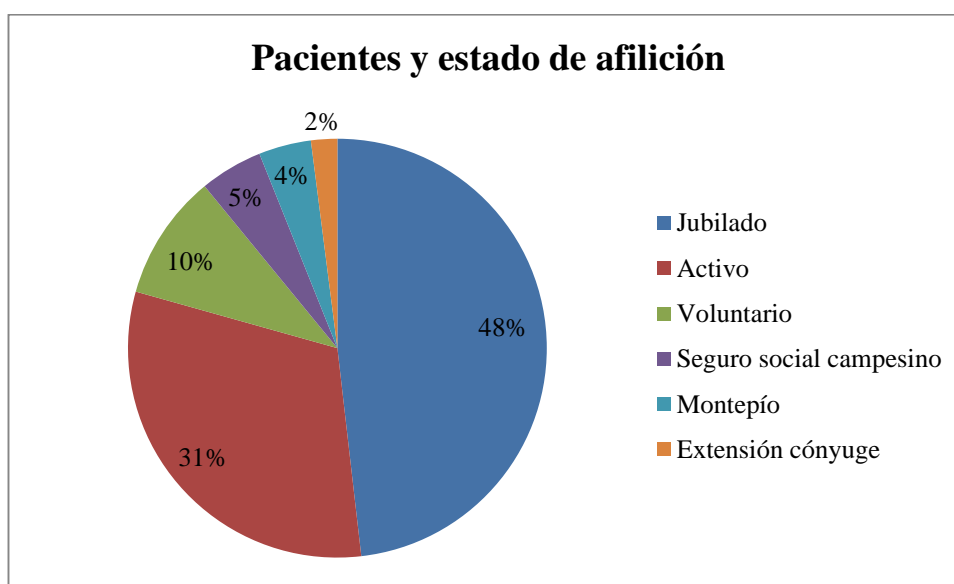
Este testimonio recogido en la entrevista se relaciona con el bienestar emocional del paciente, dimensión que se pone en juego ya que la IRC involucra un cambio de apariencia, generando caos depresivo (Contreras, Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2007). A pesar de la situación antes expresada, los pacientes indican haber recibido en su totalidad apoyo de familiares y demás personas de su círculo social cercano permitiéndoles obtener un propósito en la vida, objetivos y metas para sobrellevar un proyecto de vida adecuado, sabiendo que su condición es degenerativa y no tiene cura más que un trasplante.

### **3.6.3. Cómo viven la insuficiencia renal los pacientes de la clínica.**

En base a la información recogida, la insuficiencia renal crónica es una enfermedad que afecta directamente al paciente y a su familia, puesto que deben vivir procesos de aceptación y adaptabilidad a la misma. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015) establece que el costo mensual del tratamiento puede ubicarse entre \$ 1.300 por

medio de hemodiálisis a \$ 1.456 mediante hemodiálisis, valor que incluye la medicación. Cabe señalar que en el primer caso las sesiones son diarias mientras que en el segundo se manejan a razón de tres veces por semana.

Hay que tener en claro que la población de estudio comprende personas beneficiarias del seguro social y cuyos costos son cubiertos en su totalidad por esta entidad. A continuación, se presenta la caracterización de estos pacientes en base al estado de la afiliación:



*Figura 7. Característica del paciente según estado de afiliación*

*Fuente:* Matriz de paciente Unidad Técnica de Diálisis

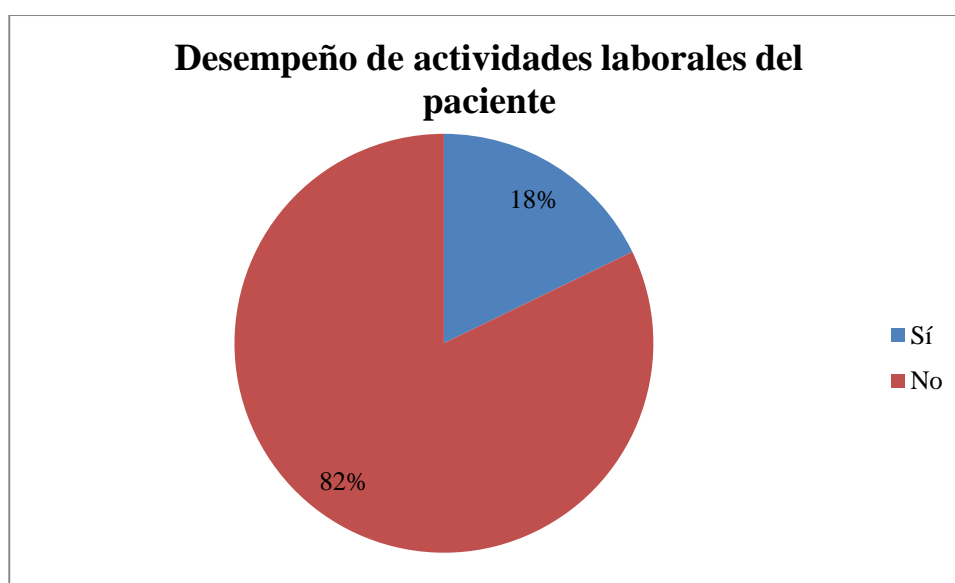
*Elaborado por:* Verónica J. Giler Abad el 22 de julio del 2019

Como característica principal de quienes reciben tratamiento en la unidad estudiada está el ser jubilado en el 48% de casos (n=119) seguido de personas activas lo cual significa que se encuentran bajo dependencia correspondiendo a un 31% (n=77) seguido de afiliación voluntaria en un 10% (n=24). Los demás corresponden a seguro social campesino (5%; n=12), montepío (4%; n=10) e incluso beneficiarios a través de la afiliación de su pareja (2%; n=5).

En las entrevistas implementadas, se descubrió que la Insuficiencia Renal ha incrementado la carga familiar, especialmente por los gastos asociados que no pueden ser cubiertos por el seguro social, siendo principalmente la alimentación y transporte. En base a declaraciones previamente expuestas existen actividades que realizan para

obtener otros ingresos tales como bingos e incluso, se cita la declaración de otro paciente que indica "...se ha empezado con la venta de comida, especialmente almuerzos como una forma de solventar otros gastos". (Paciente-6, 2019)

Cabe señalar que, debido a la imposibilidad de trabajar por gran parte de este grupo de pacientes a causa de la enfermedad y en algunos casos por la edad, hay quienes se mantienen únicamente con lo que reciben mensualmente de la jubilación mientras los demás familiares aportan con ingresos y desarrollan actividades para aportar al financiamiento de los gastos. A continuación, se presenta la proporción de paciente que labora frente a aquellos que subsisten de otros medios:



*Figura 8.* Desempeño de actividades laborales del paciente

*Fuente:* Matriz de paciente Unidad Técnica de Diálisis

*Elaborado por:* Verónica J. Giler Abad el 22 de julio del 2019

Apenas un 18% (n=44) se encuentra laborando actualmente mientras el restante se financia de las pensiones jubilares o por otros medios. Cabe señalar que principalmente son jóvenes los que tienen una vida laboral activa pudiendo avanzar con el tratamiento sin que los incapacite. Este grupo, por su condición, podría seguir avanzando con su tratamiento sin suponer un incremento significativo de la carga familiar en relación a otros casos donde ya existe discapacidad o edad avanzada que afecta la movilidad del paciente

Con respecto a la vida en pareja y vínculo afectivo con los hijos, con respecto al segundo caso se destaca la respuesta de un paciente "...quizás no pueda realizar ahora muchas actividades que demanden mayor esfuerzo físico pero intento pasar tiempo con mis hijos, salir de paseo y jugar con ellos..." (Paciente-7, 2018). Esta situación es positiva porque es una forma como el paciente se fortalece emocionalmente y sigue esforzándose por perseguir su buen vivir.

La vida en pareja, por otro lado, aunque no se recogieron opiniones basadas en estos parámetros la IRC se encuentra asociada a la disfunción sexual tanto en hombres como mujeres, especialmente si existen comorbilidades como diabetes e hipertensión arterial. Esta enfermedad disminuye la resistencia física, reduce el apetito sexual, dificultad en el acercamiento físico con el otro por la presencia del catéter por donde se proporciona el tratamiento, entre otros factores donde también se encuentra el psicológico (Ahís, Renau, Meneu, Cerrillo, & Panizo, 2016).

Sin embargo, también es importante tener en cuenta que este deterioro se produce a medida que la enfermedad va evolucionando ya que, tomando como referencia el estudio de Ahís, Renau, Meneu, Cerrillo y Panizo (2016) donde se evalúa la disfunción sexual del paciente sometido al tratamiento sustitutivo de la función renal se menciona que el 29,7% de los pacientes que reciben tratamiento por hemodiálisis se vieron afectada en gran medida su vida sexual mientras que el 55,4% mantiene problemas para disfrutar de ella.

#### **3.6.4. Conocimiento y ejercicio de sus derechos como pacientes de una enfermedad catastrófica.**

En las entrevistas realizadas se pudo evidenciar que el 100% desconoce sus derechos como personas que padecen enfermedades catastróficas y que están reflejados principalmente en la Constitución de la República del Ecuador emitida por la Asamblea Nacional (2008) mencionándose:

- En el Artículo 35 en el cual se menciona que las personas recibirán atención prioritaria y especializada figuran quienes padezcan enfermedades catastróficas o alguna discapacidad. Según lo expresado, en todas las unidades hospitalarias deberían recibir atención oportuna reduciendo sus tiempos de espera.

- En el Artículo 50, se menciona también que el Estado debe garantizar que toda persona que sufra de enfermedades catastróficas tiene el derecho a la atención especializada y gratuita, esto en forma preferente y oportuna. Como puede observarse, una vez más la atención debe ser preferente y ágil para este grupo.

El desconocimiento puede traer consigo desmotivación al sentir que las autoridades no se preocupan por ellos, especialmente si tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos; sin embargo, conociendo sus derechos pueden exigir ser tratados con dignidad y de forma oportuna. Este no es el caso de la Unidad Técnica de Diálisis del HTMC donde reciben su tratamiento, teniendo en cuenta que mediante sus declaraciones se califica la atención como muy buena.

Indican ser bien atendidos por el personal médico; sin embargo, muestran descontento con el sistema puesto que al momento de agendar una cita para atención a otros especialistas existen demora. Citando las declaraciones de un paciente entrevistado se indica "... la unidad sólo nos brinda el tratamiento de hemodiálisis en los plazos fijados desde que empezamos, pero para recibir tratamiento por otras enfermedades, como hipertensión en mi caso, debo regirme a los tiempos de agenda y pueden ser entre dos a tres meses según la especialidad". (Paciente-6, 2019)

En ciertos casos han decidido acudir a otros centros para tratarse alguna patología o recibir un diagnóstico, pero en la mayoría de situación se ajustan a los tiempos que designa el IESS para acceder a la atención.

### 3.6.5. Los procesos institucionalizados para la atención a los pacientes renales.

#### 3.6.5.1. Aplicación de la Encuesta Social.

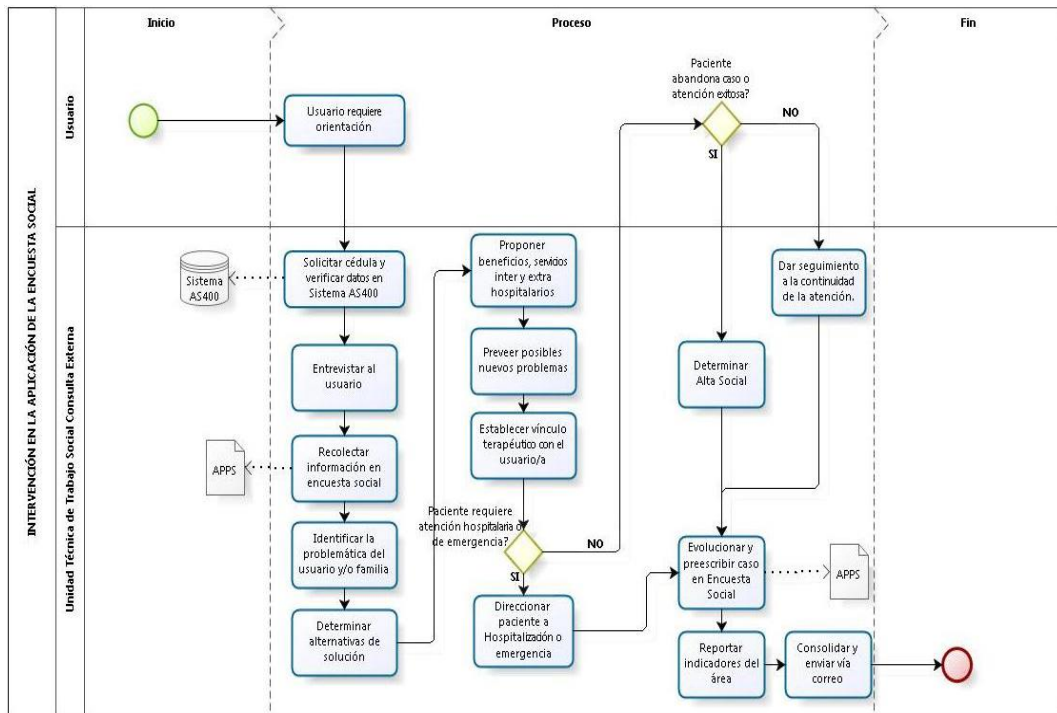


Figura 9. Intervención en la aplicación de la encuesta social.

Fuente: Manual de Procesos de Unidad Técnica de Diálisis

Elaborado por: Unidad Técnica de Diálisis, 2019

Unos de los procesos iniciales que realiza la Unidad Técnica de Diálisis es presentar al paciente con la trabajadora social, quien solicitará los documentos y posterior información básica del paciente por medio de la aplicación de la ficha 038 MSP la cual tiene aspectos como diagnóstico, en riesgo social, estructura familiar, vivienda y económico.

En estos casos las visitas domiciliarias permiten profundizar la información de cada paciente con insuficiencia renal, así como lo indica en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud emitido en el año 2018, cuyo fin es indagar las condiciones en la que el paciente y su familia conviven, como información relevante.

Luego de recoger la información del paciente con IRC, se emite un informe social en el cual se detallan los procesos y el estado como se encuentra la familia, en conjunto



con la conclusión. Una vez realizado el informe esta se da como reporte al médico encargado.

Otro punto que hace referencia dentro de los procedimientos son los diálogos permanentes en el sistema familiar cuyo fin, dentro del quehacer profesional, es encontrar los conflictos que pueden afectar al paciente, además asesorar y orientar hacia la reinserción social y laboral del paciente; sin embargo, esto se ve limitado desde los entes competentes que regulan la labor

### 3.6.5.2. Orientación y/o Asesoría al Usuario.

Se verifican datos del paciente para posteriormente brindar asesoría y orientación, no sólo al enfermo sino también a la familia. Esta orientación y asesoría involucran sus deberes y derechos dentro de la clínica, así como la disponibilidad de los turnos y los procesos internos que se siguen en cuanto al cambio en los tiempos asignados, solicitud de trasplante, derivaciones y citas con especialistas.

También se explica cómo se realiza el tratamiento, los beneficios y servicios que el ofrece el IESS

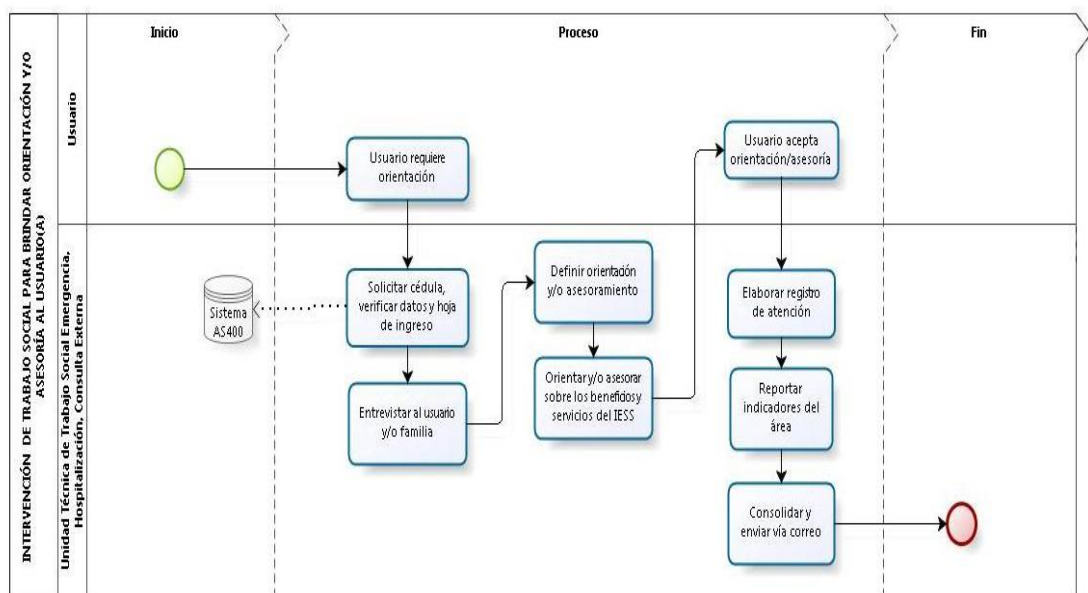


Figura 10. Orientación y asesoría al usuario.

Fuente: Manual de Procesos de Unidad Técnica de Diálisis

Elaborado por: Unidad Técnica de Diálisis, 2019

### 3.6.5.3. Charlas educativas.

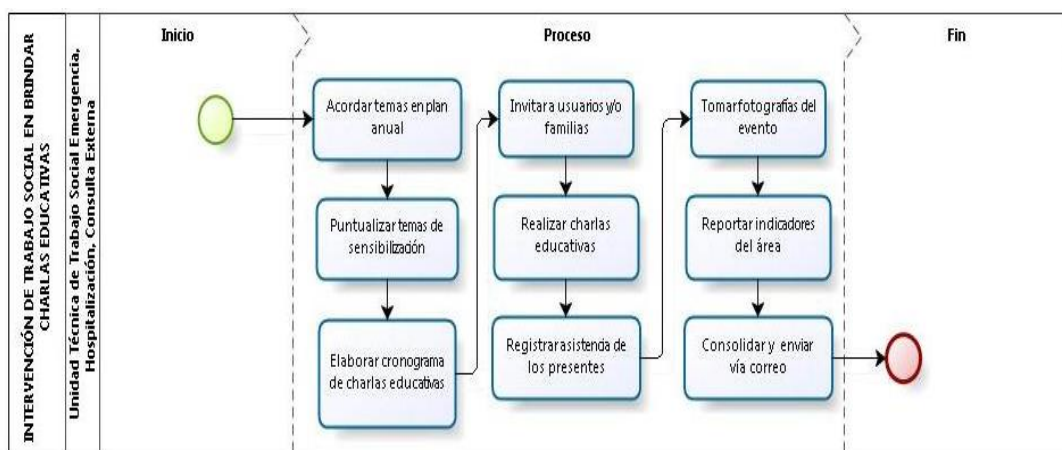


Figura 11. Charlas educativas.

Fuente: Manual de Procesos de Unidad Técnica de Diálisis

Elaborado por: Unidad Técnica de Diálisis, 2019

En este punto es importante abordar la PROYECCIÓN DE METAS EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EVAL, siendo un instrumento de planificación utilizado por el Departamento de Trabajo Social de la Unidad Técnica de Diálisis del HTMC. Dicho instrumento se enfoca en la protección de la salud del paciente con el fin de encontrar respuestas inmediatas a las necesidades de atención de salud.

“El EVAL se lo realiza a inicio de año y se lo presenta en el mes de noviembre aproximadamente para su respectiva evaluación por los jefes inmediatos” (Abad, 2019). Este Instrumento es proporcionado por el Ministerio de Trabajo y consta de los siguientes parámetros:

- Cumplimiento de Indicadores de Gestión Operativa.
- Niveles de eficiencia del desempeño individual.
- Satisfacción de Usuarios Externos
- Satisfacción de Usuarios Internos

Para el año 2018 el resultado global obtenido por el Departamento de Trabajo Social de la Unidad de Diálisis correspondió al 90% de cumplimiento. Cabe señalar que el resultado se obtiene de forma total, una vez promediadas las respuestas dentro del formulario de evaluación.

Para garantizar una evaluación óptima, la institución desarrolla un plan anual en donde constan las charlas educativas, mismas que se realizan de manera interdisciplinaria con apoyo del voluntariado en donde se detallan los temas a tratar, se prepara el material y se hace la invitación respectivamente a los usuarios y familia.

Entre estas charlas están el cómo prevenir la insuficiencia renal y los factores que inciden en la presencia de esta enfermedad, generalmente impartidas durante la semana del 12 de marzo que corresponde al Día Mundial del Riñón. En esencial van dirigidas a los familiares de quienes sufren esta enfermedad para que tomen medidas que eviten a futuro su padecimiento.

Adicionalmente se programan charlas sobre alimentación del paciente con IRC y motivacionales donde ellos interactúan con sus familiares, fortalecen su vínculo afectivo e incitarlos a buscar ayuda en caso de depresión, estas últimas de mayor interés para el paciente porque les permiten afrontar sus problemas en el corto plazo.

El registro debe realizarse en el área de Trabajo Social y generalmente es quien invita a los pacientes a que acudan a las charlas programadas quienes deben confirmar su asistencia a fin de adecuar la sala para albergarlos de forma cómoda, a ellos y sus familiares, incluyendo el número de asistentes que deben existir.

### 3.6.5.4. Egreso del Usuario por Defunción

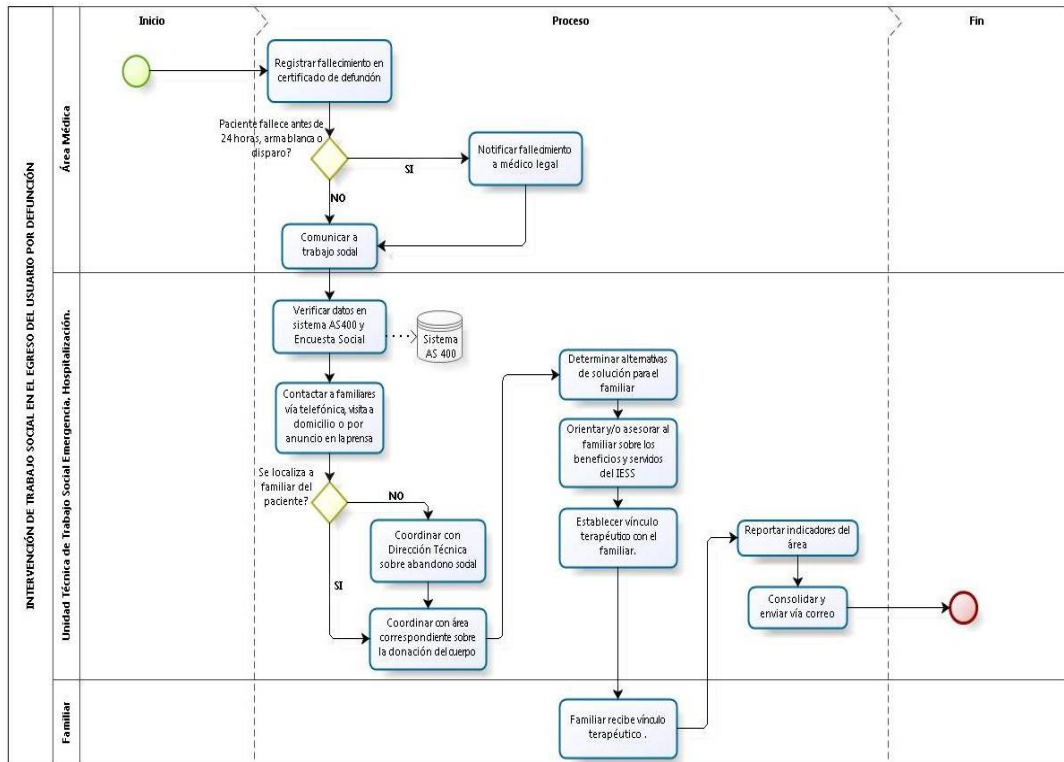


Figura 12. Egreso del usuario por defunción.

Fuente: Manual de Procesos de Unidad Técnica de Diálisis

Elaborado por: Unidad Técnica de Diálisis, 2019

Una vez que se comunica al Departamento de Trabajo Social el fallecimiento de un paciente, se deberá verificar y actualizar los datos en la base. El área que da aviso al familiar del paciente es trabajo social, realizándose mediante llamadas telefónicas, comunicados de prensa o visitas a domicilio de ser el caso.

Una vez se ha informado a la familia se procede a realizar la orientación respecto a los procesos sobre el retiro del cuerpo, incluyendo los servicios y beneficios que proporciona el IESS en temas funerarios. Cabe señalar que estos comprenden la movilización del fallecido hacia el lugar de velación, féretro, formolización, tramitología legal y sanitaria, entre otros que son proporcionados sin costos a través de funerarias vinculadas al IESS. Adicionalmente, se entrega al familiar orientación terapéutica como una forma de afrontar la pérdida de su ser querido.

### ***3.6.5.5.El rol del trabajador social dentro del protocolo de atención.***

Ante los nuevos paradigmas en cuanto a la atención a la salud pública hacia los pacientes cuya enfermedad es considerada catastrófica, el trabajador social es una guía el cual, con la colaboración del departamento de psicología, trabajan directrices tanto con el paciente como con la familia para la aceptación de la enfermedad, el cuidado, atención, tratamiento y seguimiento en pacientes con diagnóstico IRC (Contreras, Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2007). Con ello se trata al máximo de involucrar a la familia en este nuevo proceso, fortaleciendo así sus redes de apoyo primario, como parte de las estrategias de afrontamiento. Entre las actividades o roles que debe realizar el profesional de Trabajo Social se mencionan:

#### ***3.6.5.5.1. Investigación.***

Determinar los factores de riesgos que afecten al usuario mediante la investigación social, así como mantener datos e información actualizada para atender oferta y demanda de servicios. En este punto se hace hincapié en el trabajo interdisciplinario que existe entre los departamentos de Psicología, Nutrición y Enfermería.

Trabajo Social pasa a ser un área a través de la cual se emiten reportes junto a las visitas médicas comunicando al equipo sobre novedades relevantes que estén presentando los pacientes como los casos donde existen faltas recurrente, salud de los pacientes que se deterioran más rápido debido a la falta de apoyo en casa, no toman las medicinas, así mismo falta de control de parte de algún familiar, incluso hay casos en la que los pacientes que venden su medicina (Abad, 2019).

En este caso, Trabajo Social se enfoca en plantear acciones que den solución a estos problemas; sin embargo, la operatividad se ve limitada en la entidad por la falta de recursos para atender a todos los pacientes y darle un seguimiento extrahospitalario. Cabe señalar que trabajo social participa en varios procesos previamente mencionados y que comprenden la encuesta social, orientación y asesoría al paciente, coordinación de charlas y asesoría en caso de defunción, incluyendo el trabajo de campo como parte del proceso de intervención donde se logran conocer las características del paciente para brindar un tratamiento integral.

#### *3.6.5.5.2. Prevención y recuperación*

El Trabajador social fortalecerá vínculos que permitan la unidad familiar en beneficio del paciente, fomentando la participación en su recuperación y tratamiento. Una vez identificados factores de riesgo, el trabajador social diseña las acciones que eviten el deterioro de la salud del paciente y mejoren su calidad de vida (Abad, 2019).

De existir problemas en los horarios que impiden al paciente acudir regularmente a su tratamiento se gestionarían alternativas como la modificación de su programa de hemodiálisis, si no existe apoyo de la familia se realizan visitas para conocer a qué se debe, si existe un estado de abandono y cómo podría manejarse, entre otras acciones que generalmente demandarán mayor comunicación y persuasión del trabajador social al paciente y/o familiares para adoptar una postura donde la salud del enfermo sea esencial.

De esta forma se fortalece el vínculo familiar para que participen en la activamente en la recuperación y tratamiento. Este trabajo se realiza en conjunto con un equipo interdisciplinario

#### *3.6.5.6. Problemas que identifican los trabajadores sociales en este tipo de atención*

A través de declaraciones realizadas por Abad (2019) se conoce que existen pacientes con Familiares conflictivos, mismos que a pesar de la labor que el departamento realiza exigen bonos, siendo un tema que no es manejado a través de esta área y que generalmente se les explica en la inducción.

Incluso en las entrevistas realizadas a los pacientes, uno de ellos indicó desconocer la importancia de la labor del profesional en Trabajo Social vinculándolo únicamente a la función de dar asistencia para acceder al “Bono” a pesar que no es responsable de estos casos y que sus funciones van encaminadas a contribuir a la calidad de vida del paciente sometido a este tratamiento.

Otro de los problemas es el retraso en el ingreso de documentos, lo cual provoca que el tratamiento sea tardío. Se entiende que pueden ser actitudes generadas por el mismo estrés que presentan por el cuadro de IRC del paciente, volviéndose más susceptibles a estas respuestas durante la realización de sus trámites.

### ***3.6.5.7. Programas, proyectos y acciones que ejecuta el trabajo social con pacientes renales***

Previamente se pudieron conocer los procesos donde interviene el área de trabajo social, siendo una tarea que pretende ayudar al paciente y sus familiares a adaptarse al tratamiento, brindar asistencia en todas las etapas y garantizar su calidad de vida mediante un seguimiento continuo. Sin embargo, Abad (2019) indica que según Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, la profesional puede realizar el seguimiento domiciliario una vez al año aunque debido a las características de estos pacientes deberían implementarse de una forma más continua.

Entre los pacientes no sólo están residentes en la ciudad, sino también fuera de ella, además la participación del profesional en los otros procesos hace imposible mantener un contacto más frecuente con la realidad de cada paciente e identificar factores de riesgo como la situación de vida, apoyo familiar, entre otras que son palpables al interactuar en su entorno.

Así mismo, debe tomarse en cuenta la disponibilidad del grupo de voluntarias para poder llevar a cabo actividades de índole socioeducativa, seas estos talleres, charlas, información acerca de la Unidad de técnica. El área de trabajo social depende de otras personas para operar en beneficio del paciente, pero se ve mermado por la disponibilidad de recursos, tanto para la recolección de datos y desarrollar intervenciones a profundidad con el paciente y la familia, como para la movilización, misma que debe ajustarse a la programación que el profesional realice en base a sus demás actividades.

Tal y como lo menciona la Trabajadora Social “al existir recursos limitados en cuanto a movilización y el alto número de pacientes con el que el centro de Diálisis cuenta, no se puede cumplir en su totalidad las visitas domiciliarias, ni siquiera a razón de una vez al año, y por ende no se puede realizar un proceso de seguimientos y de intervención con pacientes y familias” (Abad, 2019).

## CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

En este trabajo de investigación se identificaron los cambios que esta enfermedad trae a las personas que la padecen, utilizando una metodología con enfoque mixto. A través de la metodología con enfoque cuantitativo se detalló cómo se componía el total de pacientes en base al género, tipo de afiliación, estado civil, existencia de un cuidador para su asistencia, entre otros datos que fueron complementados con la metodología de enfoque cualitativo dirigida a pacientes y a una profesional en trabajo social, identificando las limitantes para el proceso de intervención.

En respuesta al primer objetivo específico se caracterizó a los pacientes con insuficiencia renal atendidos en la unidad de diálisis identificando que el 69% fueron hombres, mientras que el estado civil que destaca es el casado (63%) de casos recayendo la responsabilidad del cuidado principalmente en el cónyuge (59%) e hijos (30%). Se pudo constatar las distintas situaciones y experiencias de los pacientes que interfieren en el día a día ya que existen cambios en el estilo de vida con el diagnóstico donde la familia figura como el pilar emocional del enfermo.

Existen pacientes que no disponen de un cuidador, correspondientes a un 22% (n=55) de la población estudiada significando que no hay alguien fijo que les brinde asistencia y que podría relacionarse a un deterioro más acelerado de la enfermedad, cuadros de depresión y daño emocional.

Dentro del estudio se considera que, si bien la IRC ocasiona cambios en la vida del paciente, estos cambios también se verán influenciados por la existencia de patologías previas en donde destaca la diabetes mellitus e hipertensión en el 47% de pacientes, mientras que el 43% padece únicamente hipertensión. Estas enfermedades se caracterizan por demandar un cambio de estilo de vida que se verá ajustado para quienes lleguen a padecer IRC.

Debido a las condiciones del paciente con IRC, apenas un 18% (n=44) puede seguir laborando mientras el restante obtiene fondos de otros medios en donde destaca la pensión jubilar para el 48% de pacientes. Sin embargo, existe la ventaja del seguro a través del cual pueden financiar su tratamiento de hemodiálisis y la medicación.



En base al segundo objetivo específico del estudio, las actividades que realiza el trabajador social involucran visitas domiciliarias anuales a cada paciente, aunque la trabajadora social consultada indica que por las características de cada enfermo se requiere más continuidad. Adicionalmente, destaca su participación en el desarrollo de la encuesta social para recolectar datos del paciente, orientación y asesoramiento al enfermo y/o familiares, programación de charlas, asistencia en caso de defunción, entre otros para garantizar un tratamiento de calidad.

Entre las debilidades destacan la limitada disponibilidad de recursos que impiden cumplir con la frecuencia de visitas anuales, incluyendo confusión de los pacientes en las labores del trabajador social identificándolo en ciertos casos como una forma de ser beneficiarios al bono de desarrollo humano, aunque este tipo de actividades no se encuentre entre sus funciones.

Como respuesta al tercer objetivo, se plantearon mejoras que podrían adoptarse por el departamento de trabajo social, incrementando el talento humano mediante voluntariado y pasantes a fin de contribuir a la reducción de carga operativa para el profesional y cumplir, incluso de forma más continua, las visitas a cada paciente, creación de un fondo de movilización en caso de no ser posible adquirir un vehículo, además de mejorar la inducción la paciente con IRC respecto al trabajo social.

## **Recomendaciones**

En base a los hallazgos de la investigación se establecen las siguientes recomendaciones:

Es importante que visitas a cada paciente como parte del proceso de intervención, que están programadas anualmente, se coordinen de forma más continua para identificar rápidamente necesidades del paciente con IRC y dar un tratamiento individualizado que garantice su buen vivir.

Como alternativa a los problemas identificados, siendo la carencia de recurso humano y el cronograma del profesional responsable quien debe ejercer otras funciones, se recomienda el incrementar el número de individuos del área mediante voluntariado y pasantes quienes reduzcan la carga operativa del trabajador social permitiéndole así cumplir con al menos dos visitas anuales a cada paciente. Cada visita incluso podría realizarse en compañía de un pasante quien posteriormente se movilice hacia otros pacientes, realice el trabajo de campo y detalle la situación del enfermo como mejora al proceso de intervención.

Para determinar el número de individuos necesarios para brindar una atención más ágil se requiere que la administración evalúe la operatividad de la Unidad Técnica de Diálisis del HTMC identificando el número de personas que deberían incrementarse para asegurar el cumplimiento de las visitas en el periodo semestral, vacantes que pueden ser cubiertas con voluntariado y pasantías.

Otro de los problemas destacables corresponde a la carencia de recursos para movilización, siendo importante evaluar la adquisición de vehículos según los fondos disponibles. Mientras se procede al análisis es relevante constituir un fondo para movilización del o los individuos que realicen las visitas a cada paciente.

Es necesario mejorar el proceso de inducción al paciente y sus familiares, involucrando temas como la importancia del trabajo social, los derechos constitucionales del paciente, entre otros como sus funciones ya que ha sido visto como un medio para acceder al bono de desarrollo humano. Estas charlas deben coordinarse por el trabajador social, permitiendo su abordaje que se reduzcan sentimientos de aislamiento o vulnerabilidad social.

Constituir un programa “Cuidando al Cuidador” en donde se garantice el bienestar de quien brinda asistencia al paciente con insuficiencia renal. A través de este programa deben canalizarse charlas informativas sobre cómo tener un óptimo cuidado de su salud, además de extenderse el seguro de salud que goza el enfermo hacia el cuidador para que también acceda a atención médica, iniciando en medicina general. En aquellos casos donde el cuidador ya posea la cobertura del seguro social que goza el enfermo u ostente uno propio, será derivado de inmediato a medicina general para el agendamiento de exámenes completos y así identificar alguna patología que requiera tratamiento.

Motivar la realización de estudios similares en otras unidades médicas donde se brinde este tratamiento al paciente con IRC asegurando que se garantice su calidad de vida y que el área de trabajo social realice el seguimiento adecuado a sus necesidades, en respeto al buen vivir y por ende a sus derechos amparados en la Constitución de la República del Ecuador.

## Bibliografía

- Abad, S. (30 de Julio de 2019). Entrevista. (Verónica, Entrevistador)
- Ahís, P., Renau, E., Meneu, M., Cerrillo, V., & Panizo, N. (Diciembre de 2016). *Scielo*. Obtenido de Disfunción sexual y calidad de vida según el tipo de tratamiento renal sustitutivo:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842016000400005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000400005)
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., & Amoedo, M. (2004). *Revista Nefrología*. Obtenido de Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las relacionadas con la salud mediante lasláminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis.:  
<https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699504017299>
- Asamblea Nacional. (18 de Diciembre de 2015). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Ley Orgánica de Salud:  
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (28 de Septiembre de 2008). *Organización de Estados Americanos*. Obtenido de Constitución de la República del Ecuador: [https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp\\_ecu-int-text-const.pdf](https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf)
- Asamblea Nacional del Ecuador. (25 de Septiembre de 2012). *Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades*. Obtenido de Ley orgánica de discapacidades:  
[https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley\\_organica\\_discapacidades.pdf](https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf)
- Asamblea Nacional del Ecuador. (10 de Febrero de 2014). *Ministerio del Trabajo del Ecuador*. Obtenido de Ley de Seguro Social:  
<http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2015/11/LEY-DE-SEGURIDAD-SOCIAL.pdf>

- Ayala, V. (2012). *Insuficiencia Renal Aguda y Crónica*. Lulu.com.
- Bordignon, N. A. (2005). *Redalyc*. Obtenido de El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto:  
<https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (2009). *The Ecology of Human Development*.  
Cambridge: Harvard University Press.
- Cáceres, F., Parra, L., & Pico, O. (Abril de 2018). *Scielo*. Obtenido de Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia:  
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n2/147-154/es/>
- Constitución De La Organización Mundial De La Salud*. (Octubre de 2006).  
Obtenido de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LASALUD:  
[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., & Gómez, V. (2007). *Redalyc*.  
Obtenido de Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810216>
- Editorial CEP. (2010). *Manual Control de Estrés. Formación para el Empleo*.  
Editorial CEP.
- Escudero, J., Dary, L., & López, O. (2008). *Medicina Social*. Obtenido de Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES\*:  
<https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260>
- Esguerra, G., Contreras, F., Espinosa, J., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006).  
Calidad de Vida y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento De Hemodiálisis.  
*Universitas Psychologica*, 457-474.

- Flores, J., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zúñiga, C., . . . Münzenmayer, J. (2009). *Scielo*. Obtenido de Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones.: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000100026](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026)
- Frías, M., López, A., & Díaz, S. (2003). *Scielo*. Obtenido de Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17231.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2004). *Metodología De La Investigación*. Mexico: The McGraw-Hill.
- Kimmel, P. (2001). *Pubmed*. Obtenido de Psychosocial factors in dialysis patients: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11260433>
- Ledón, L. (Diciembre de 2011). *Scielo*. Obtenido de Enfermedades Crónicas y Vida Cotidiana: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013)
- Levi, L., & Andersson, L. (1980). *La Tensión Psicosocial : Población, Ambiente y Calidad de la Vida*. Mexico: El Manual Moderno.
- López, P. (2004). Población Muestra y Muestreo. *Punto Cero. Universidad Católica Boliviana*.
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, A., & Zambrano, J. (Enero de 2013). *Psicología desde el Caribe*. Obtenido de Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>
- Malheiro, P., & Arruda, D. (2012). *Scielo*. Obtenido de Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412012000400014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412012000400014)

- Manhualaya, N. (2017). *Universidad Privada Norbert Wiener*. Obtenido de Capacidad De Autocuidado Y Proceso De Afrontamiento Del Paciente En Tratamiento De Hemodiálisis Por Catéter Venoso Central En La Clínica Benedicto 2017:  
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1013>
- Martínez, B., Ortiz, J., & Murcia, D. (2008). *Intervención de trabajo social desde la practica de entrenamiento profesional en instituciones educativas*. Bogota: Universidad de La Salle.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., & Martínez, B. (2008). *Redalyc*. Obtenido de El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>
- Ministerio de Salud Publica. (Octubre de 2007). *Ministerio de Salud Publica*. Obtenido de Manual de Manejo, Archivo de las Historias Clinicas:  
[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/Documentos\\_Financiero/2.1.%20Manual%20manejo%20historia%20clinica.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/Documentos_Financiero/2.1.%20Manual%20manejo%20historia%20clinica.pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (6 de Septiembre de 2012). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Acuerdo Ministerial 1829: <https://www.salud.gob.ec/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Programa Nacional de Salud Renal:  
[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Octubre de 2018). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica:  
<https://www.salud.gob.ec/wp->

content/uploads/2018/10/guia\_prevenion\_diagnostico\_tratamiento\_enfermedad\_renal\_cronica\_2018.pdf

Ministerio de Trabajo del Ecuador. (11 de Mayo de 2018). *Ministerio de Trabajo del Ecuador*. Obtenido de Instructivo para el registro de información en los formatos de evaluación del desempeño:  
<http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/Instructivo-de-los-Formatos-para-la-Evaluacion-del-Desempeño.pdf>

Molina, M., & Romero, M. (2001). *Modelo de Intervención Asistencial, socioeducativo Y Terapéutico en Trabajo Social*. Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

Organización Panamericana de la Salud PAHO. (15 de Marzo de 2015). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es)

Osuna, I. (2016). *Proceso de cuidado nutricional en la enfermedad renal crónica: Manual para el profesional de la nutrición*. Mexico: El Manual Moderno.

Paciente-1. (22 de Julio de 2019). Guía de entrevista a pacientes. (V. Giler, Entrevistador)

Paciente-2. (22 de Julio de 2019). Guía de entrevista para pacientes. (V. Giler, Entrevistador)

Paciente-3. (22 de Julio de 2019). Guía de entrevista. (V. Giler, Entrevistador)

Paciente-4. (22 de Julio de 2019). Guía de entrevista para pacientes. (V. Giler, Entrevistador)



- Paciente-5. (22 de Julio de 2019). Guía de entrevista a pacientes. (V. Giler, Entrevistador)
- Paciente-6. (22 de Julio de 2019). Guía para entrevistar a pacientes. (V. Giler, Entrevistador)
- Paciente-7. (22 de Julio de 2018). Guía de entrevista para pacientes. (V. Giler, Entrevistador)
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., & De Bortoli, M. (Noviembre de 2009). *Scielo*. Obtenido de Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis.: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a9.pdf>
- Perales, C., García, A., & Reyes, G. (2012). *Scielo*. Obtenido de Predictores Psicosociales de la Calidad de vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952012000700009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700009)
- Rizo, A., Marlén, L., Milián, N., Pagán, P., & Machado, J. (2016). *Scielo*. Obtenido de Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300005)
- Rossell, T., & Rodríguez, P. (2017). *La Entrevista en el Trabajo Social*. Barcelona: Herder Editorial.
- Schwartzmann, L. (Diciembre de 2003). *Ciencia y enfermería*. Obtenido de Scielo: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES. (22 de Septiembre de 2017). *Organización de las Naciones Unidas para la Ecuación, Ciencia y la Cultura*. Obtenido de Plan Nacional de

Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida:

[http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_ecuador\\_0244.pdf](http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_ecuador_0244.pdf)

Solis, U., Hernández, I., De Armas, A., & Ulloa, A. (2014). *Scielo*. Obtenido de Cuestionario COOP/WONCA, Validez y Fiabilidad de su Utilización en Pacientes con Osteoartritis:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962014000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000200003)

Sosa, N., Polo, R., Mendez, S., & Sosa, M. (2016). *MEDISUR*. Obtenido de Caracterización de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.:

<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2969>

## Anexos

### Anexo 1. Carta de autorización a Jefe de Unidad Técnica de Trabajo Social HTMC

Guayaquil, 30 de Julio de 2019

Mgs.

**JEFE DE UNIDAD TECNICA DE TRABAJO SOCIAL**

Por medio de la presente yo, Verónica Giler A., con número de Cédula 0925460263, estudiante de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, solicito a usted autorización para que se me permita realizar mi tesis "*Pacientes renales y su caracterización como aporte al proceso interventivo del Trabajo Social. El caso de una clínica de diálisis en la ciudad de Guayaquil*" en base a la información sociodemográfica de los pacientes de la Unidad Técnica de Diálisis, la misma que tiene como objetivo *Determinar características de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal de una Clínica de Diálisis de la ciudad de Guayaquil con la finalidad de generar información que aporte al desarrollo de procesos interventivos diferenciados por parte del área de Trabajo Social*, la cual posterior culminación hare llegar a sus manos y pueda servir como aporte para futuros procesos del departamento de Trabajo Social.

De antemano le quedo agradecida por la atención prestada a la presente.

X *Verónica Giler A.*

Verónica Giler Abad.  
Estudiante de Trabajo Social

X

RECIBIDO

*Recibido*  
*30-07-2019.*  
HOSPITAL REG. DR. T.M.C.

## Anexo 2. Formulario 016/2007

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO		LOCALIZACION			HISTORIA CLINICA FAMILIAR		CATEGORIAS					DIAGNOSTICO DEL RIESGO SOCIAL																																																																																																																																																																	
						PARROQUIA CANTON PROVINCIA					PUNTAJE (1+2)																																																																																																																																																																						
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO - MANZANA Y CASA)		BARRIO		ZONA		PARROQUIA CANTON PROVINCIA			TELEFONO		A B C D SELBEN FECHA HORA LUGAR																																																																																																																																																																						
NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION		PARENTESCO O AFINIDAD		DIRECCION					TELEFONO		TRABAJADORA SOCIAL CODIGO FIRMA																																																																																																																																																																						
<b>1 VIVIENDA Y SERVICIOS</b> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>CALIDAD DE LA VIVIENDA</td> <td>MALA</td> <td>REGULAR</td> <td>BUENA</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>PERSONAS X DORMITORIO</td> <td>CUATRO o MÁS</td> <td>TRES</td> <td>UNA O DOS</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>AGUA PARA CONSUMO</td> <td>CONTAMINADA</td> <td>FILTRADA</td> <td>SEGURA</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>LUZ ELECTRICA</td> <td>NO TIENE</td> <td>CONSUMO BAJO</td> <td>CONSUMO NORMAL</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>SERVICIO HIGIENICO</td> <td>NO TIENE</td> <td>LETRINA</td> <td>TAZA SANITARIA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL PUNTOS (A)</td> <td>0</td> <td colspan="2">SUBTOTAL (1) 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SUBTOTAL (2)</td> <td>0</td> <td colspan="2">SUBTOTAL (3) 0</td> </tr> </table>												1	CALIDAD DE LA VIVIENDA	MALA	REGULAR	BUENA	2	PERSONAS X DORMITORIO	CUATRO o MÁS	TRES	UNA O DOS	3	AGUA PARA CONSUMO	CONTAMINADA	FILTRADA	SEGURA	4	LUZ ELECTRICA	NO TIENE	CONSUMO BAJO	CONSUMO NORMAL	5	SERVICIO HIGIENICO	NO TIENE	LETRINA	TAZA SANITARIA	TOTAL PUNTOS (A)		0	SUBTOTAL (1) 0		SUBTOTAL (2)		0	SUBTOTAL (3) 0		<b>2 CONDICIONES SOCIO ECONOMICAS</b> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>HUJOS QUE SE EDUCAN</td> <td>NO PUEDEN IR</td> <td>VAN A ESCUELA PÚBLICA</td> <td>VAN A ESCUELA PRIVADA</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ALIMENTACION</td> <td>1 VEZ X DIA</td> <td>2 VECES X DIA</td> <td>SUFICIENTE</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>DEPENDEN DEL JEFE FAMILIAR</td> <td>CINCO O MÁS</td> <td>TRES O CUATRO</td> <td>UNO O DOS</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>MIEMBROS CON ENFERMEDADES CRONICAS</td> <td>DOS O MÁS</td> <td>UNO</td> <td>NINGUNO</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>INGRESO FAMILIAR MENSUAL</td> <td>MENOS DE 200</td> <td>ENTRE 200 Y 300</td> <td>MAS DE 300</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL PUNTOS (B)</td> <td>0</td> <td colspan="2">SUBTOTAL (1) 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SUBTOTAL (2)</td> <td>0</td> <td colspan="2">SUBTOTAL (3) 0</td> </tr> </table>												1	HUJOS QUE SE EDUCAN	NO PUEDEN IR	VAN A ESCUELA PÚBLICA	VAN A ESCUELA PRIVADA	2	ALIMENTACION	1 VEZ X DIA	2 VECES X DIA	SUFICIENTE	3	DEPENDEN DEL JEFE FAMILIAR	CINCO O MÁS	TRES O CUATRO	UNO O DOS	4	MIEMBROS CON ENFERMEDADES CRONICAS	DOS O MÁS	UNO	NINGUNO	5	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	MENOS DE 200	ENTRE 200 Y 300	MAS DE 300	TOTAL PUNTOS (B)		0	SUBTOTAL (1) 0		SUBTOTAL (2)		0	SUBTOTAL (3) 0		<b>3 RIESGO FAMILIAR</b> <table border="1"> <tr> <td>DESORGANIZACION FAMILIAR</td> </tr> <tr> <td>VIOLENCIA</td> </tr> <tr> <td>MORACION</td> </tr> <tr> <td>DISCAPACITADOS</td> </tr> <tr> <td>ENFERMOS CRONICOS</td> </tr> <tr> <td>ADULTOS MAYORES</td> </tr> </table>				DESORGANIZACION FAMILIAR	VIOLENCIA	MORACION	DISCAPACITADOS	ENFERMOS CRONICOS	ADULTOS MAYORES																																																																										
1	CALIDAD DE LA VIVIENDA	MALA	REGULAR	BUENA																																																																																																																																																																													
2	PERSONAS X DORMITORIO	CUATRO o MÁS	TRES	UNA O DOS																																																																																																																																																																													
3	AGUA PARA CONSUMO	CONTAMINADA	FILTRADA	SEGURA																																																																																																																																																																													
4	LUZ ELECTRICA	NO TIENE	CONSUMO BAJO	CONSUMO NORMAL																																																																																																																																																																													
5	SERVICIO HIGIENICO	NO TIENE	LETRINA	TAZA SANITARIA																																																																																																																																																																													
TOTAL PUNTOS (A)		0	SUBTOTAL (1) 0																																																																																																																																																																														
SUBTOTAL (2)		0	SUBTOTAL (3) 0																																																																																																																																																																														
1	HUJOS QUE SE EDUCAN	NO PUEDEN IR	VAN A ESCUELA PÚBLICA	VAN A ESCUELA PRIVADA																																																																																																																																																																													
2	ALIMENTACION	1 VEZ X DIA	2 VECES X DIA	SUFICIENTE																																																																																																																																																																													
3	DEPENDEN DEL JEFE FAMILIAR	CINCO O MÁS	TRES O CUATRO	UNO O DOS																																																																																																																																																																													
4	MIEMBROS CON ENFERMEDADES CRONICAS	DOS O MÁS	UNO	NINGUNO																																																																																																																																																																													
5	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	MENOS DE 200	ENTRE 200 Y 300	MAS DE 300																																																																																																																																																																													
TOTAL PUNTOS (B)		0	SUBTOTAL (1) 0																																																																																																																																																																														
SUBTOTAL (2)		0	SUBTOTAL (3) 0																																																																																																																																																																														
DESORGANIZACION FAMILIAR																																																																																																																																																																																	
VIOLENCIA																																																																																																																																																																																	
MORACION																																																																																																																																																																																	
DISCAPACITADOS																																																																																																																																																																																	
ENFERMOS CRONICOS																																																																																																																																																																																	
ADULTOS MAYORES																																																																																																																																																																																	
<b>4 ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR</b> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td colspan="4">ORDEN - PADRE - MADRE - HIJOS DE MAYOR A MENOR - ABUELOS - OTROS PARIENTES - NO PARIENTES</td> <td colspan="16">MARCAR 'X' EN LA CELDA CORRESPONDIENTE Y SUMAR</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MARCAR 'UNA SOLA X' PARA CADA GRUPO DE RESPUESTAS</td> <td>GENERO</td> <td colspan="4">ESTADO CIVIL</td> <td colspan="4">INSTRUCCION</td> <td colspan="4">PARENTESCO</td> <td colspan="4">ACTIVIDAD ECONOMICA</td> <td colspan="4">INGRESO MENSUAL</td> <td colspan="4">SEGURO SOCIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">APELLIDOS PATERNO Y MATERNO</td> <td colspan="2">NOMBRES PRIMERO Y SEGUNDO</td> <td>NUMERO DE CÉDULA</td> <td>ANOS</td> <td>FEMENINO</td> <td>MASCULINO</td> <td>CASADO</td> <td>SOLTERO</td> <td>DIVORCIADO</td> <td>VUOLVO</td> <td>UNION LIBRE</td> <td>NINGUNO</td> <td>PRIMARIA</td> <td>SECUNDARIA</td> <td>SUPERIOR</td> <td>PADRE O MADRE</td> <td>HUJO</td> <td>ABUELO</td> <td>OTRO PARIENTE</td> <td>NO PARIENTE</td> <td>EMPLEADO PUBLICO</td> <td>EMPLEADO PRIVADO</td> <td>COMERCIO</td> <td>JORNALERO</td> <td>TRABAJO INDEPENDIENTE</td> <td>AMA DE CASA</td> <td>ESTUDIANTE</td> <td>NO TRABAJA, NO ESTUDIA</td> <td>MENOS DE 100</td> <td>100-500</td> <td>500-2000</td> <td>MAS DE 2000</td> <td>SEGURO PUBLICO</td> <td>SEGURO PRIVADO</td> <td>SIN SEGURO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td colspan="5">0 TOTALES</td> <td colspan="36">SI EL NIÑO ES MENOR DE 1 AÑO, REGISTRE - 0 - LA SUMA DE CADA GRUPO DE RESPUESTAS SERÁ IGUAL AL NÚMERO DE MIEMBROS</td> </tr> </table>												1	ORDEN - PADRE - MADRE - HIJOS DE MAYOR A MENOR - ABUELOS - OTROS PARIENTES - NO PARIENTES				MARCAR 'X' EN LA CELDA CORRESPONDIENTE Y SUMAR																MARCAR 'UNA SOLA X' PARA CADA GRUPO DE RESPUESTAS				GENERO	ESTADO CIVIL				INSTRUCCION				PARENTESCO				ACTIVIDAD ECONOMICA				INGRESO MENSUAL				SEGURO SOCIAL				APELLIDOS PATERNO Y MATERNO		NOMBRES PRIMERO Y SEGUNDO		NUMERO DE CÉDULA	ANOS	FEMENINO	MASCULINO	CASADO	SOLTERO	DIVORCIADO	VUOLVO	UNION LIBRE	NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	PADRE O MADRE	HUJO	ABUELO	OTRO PARIENTE	NO PARIENTE	EMPLEADO PUBLICO	EMPLEADO PRIVADO	COMERCIO	JORNALERO	TRABAJO INDEPENDIENTE	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	MENOS DE 100	100-500	500-2000	MAS DE 2000	SEGURO PUBLICO	SEGURO PRIVADO	SIN SEGURO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	0 TOTALES					SI EL NIÑO ES MENOR DE 1 AÑO, REGISTRE - 0 - LA SUMA DE CADA GRUPO DE RESPUESTAS SERÁ IGUAL AL NÚMERO DE MIEMBROS																																			
1	ORDEN - PADRE - MADRE - HIJOS DE MAYOR A MENOR - ABUELOS - OTROS PARIENTES - NO PARIENTES				MARCAR 'X' EN LA CELDA CORRESPONDIENTE Y SUMAR																																																																																																																																																																												
	MARCAR 'UNA SOLA X' PARA CADA GRUPO DE RESPUESTAS				GENERO	ESTADO CIVIL				INSTRUCCION				PARENTESCO				ACTIVIDAD ECONOMICA				INGRESO MENSUAL				SEGURO SOCIAL																																																																																																																																																							
APELLIDOS PATERNO Y MATERNO		NOMBRES PRIMERO Y SEGUNDO		NUMERO DE CÉDULA	ANOS	FEMENINO	MASCULINO	CASADO	SOLTERO	DIVORCIADO	VUOLVO	UNION LIBRE	NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	PADRE O MADRE	HUJO	ABUELO	OTRO PARIENTE	NO PARIENTE	EMPLEADO PUBLICO	EMPLEADO PRIVADO	COMERCIO	JORNALERO	TRABAJO INDEPENDIENTE	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	NO TRABAJA, NO ESTUDIA	MENOS DE 100	100-500	500-2000	MAS DE 2000	SEGURO PUBLICO	SEGURO PRIVADO	SIN SEGURO																																																																																																																																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																												
0 TOTALES					SI EL NIÑO ES MENOR DE 1 AÑO, REGISTRE - 0 - LA SUMA DE CADA GRUPO DE RESPUESTAS SERÁ IGUAL AL NÚMERO DE MIEMBROS																																																																																																																																																																												

SNS-MSP / HCU-fom.016 / 2007

TRABAJO SOCIAL - EVALUACION

Rediseño de los formularios básicos  
Sistema Nacional de Salud



### Anexo 3. Matriz de variables

MATRIZ DE VARIABLES			
OBJETIVOS	VARIABLES	SUBVARIABLES	INDICADORES
Caracterizar a los pacientes con insuficiencia renal atendidos en la clínica de diálisis y el proceso vivido en su enfermedad.	Características Personales	Edad	
		Sexo	
		Ciudad	
		Instrucción	Nivel de Estudios
		Estado Civil	
		Tenencia de Vivienda	
		Tipo de Seguro	
		Redes de Apoyo	
Describir el proceso de intervención que realiza el departamento de Trabajo Social con los pacientes para responder a las demandas identificadas.	Proceso Inicial (Ingreso del paciente)	Recolección de Información	Aplicación Ficha 038MSP
		Visita Domiciliaria	# de Visitas realizadas
		Informe Social	# Informes Sociales
	Proceso de inserción del paciente a la UTD	Información sobre procesos	# de Inducción anual
			#Talleres Informativos
	Calidad de Vida y Bienestar	Prevención	# de Capacitaciones
		Bienestar	# de talleres y charlas
		Nutrición	# de Eventos realizados
	Planificación y Evaluación	Actividades del Departamento	% Cumplimiento de Eval(POA)
		Temporalidad de visitas e Instrumentos	Seguimiento

## **Anexo 4. Guía de entrevista a trabajadora social**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

### **GUIA DE ENTREVISTA A TRABAJADORA SOCIAL**

FECHA: 23 de Julio de 2019

CARGO: Trabajadora Social Unidad Técnica De Diálisis

ENTREVISTADORA: Verónica Giler A.

1.- ¿Cuál es el proceso inicial que sigue al momento que ingresa un paciente nuevo en su institución?

2.- ¿Cómo lleva a cabo el proceso de inserción del paciente?

3.- ¿En qué forma trabaja los temas de calidad de vida y bienestar en la clínica?

4.- ¿lleva un registro de actividades realizadas?

5.- ¿Cuál es la temporalidad de su planificación de trabajo?

6.- ¿Cómo lleva a cabo la planificación de turnos y horarios?

## **Anexo 5. Guía de entrevista al paciente.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

### **GUIA DE ENTREVISTA A PACIENTES**

FECHA: 10 de agosto de 2019

1. ¿Desde cuando usted padece de insuficiencia renal crónica?
2. ¿Cuénteme, como fue su reacción ante el diagnóstico de insuficiencia renal?
3. ¿Que paso en su familia?
4. ¿Cómo se organizó su vivienda para recibirlo a usted después de las diálisis?
5. ¿Qué cambio se dieron en su vida (relaciones, vivienda, trabajo, amigos, cónyuges, alimentación, ejercicios, revisiones médicas...)?
6. ¿Según su percepción: ¿cuáles fueron las situaciones que pudieron incidir en que usted desarrolle esta enfermedad?
7. ¿Cómo hace para enfrentar los gastos que ocasiona la enfermedad?
8. ¿Cómo le apoya su familia en este proceso (sus amigos, el trabajo...)?
9. ¿Qué creencias tiene su familia, trabajo y amigos sobre esta enfermedad?
10. ¿Qué leyes hay en el Ecuador y como estas le han protegido frente a la enfermedad que padece?
11. ¿Desde que le diagnosticaron la insuficiencia renal dónde se ha atendido?



12. ¿Cómo ha sido la atención brindada en esta institución?
  
13. ¿Uno de los profesionales que trabajan en este tema, son los trabajadores sociales? En su caso ¿qué ha hecho el trabajador social con usted y con su familia?
  
14. ¿Qué otros procesos llevan adelante el trabajador social aquí en esta institución?
  
15. En el caso de los pacientes renales ¿qué cree usted que debería hacer un trabajador social?



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Giler Abad, Verónica Julieta**, con C.C: #0925460263 autor/a del trabajo de titulación: **Pacientes renales y su caracterización como aporte al proceso interventivo del Trabajo Social. Caso de una clínica de diálisis en la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **11 de septiembre de 2019.**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Giler Abad Verónica Julieta**

C.C:**0925460263**



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	<b>Pacientes renales y su caracterización como aporte al proceso interventivo del Trabajo Social. El caso de una clínica de diálisis en la ciudad de Guayaquil.</b>		
<b>AUTORA</b>	<b>Verónica Julieta Giler Abad.</b>		
<b>REVISOR /TUTORA</b>	<b>Roxana del Rocío León Nevárez, Mgs.</b>		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	<b>Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas</b>		
<b>CARRERA:</b>	<b>Trabajo Social</b>		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	<b>Licenciada en Trabajo Social</b>		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	11 de Septiembre de 2019	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>66</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Trabajo Social en Salud, Calidad de vida relacionada a la Salud, Intervención social.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Insuficiencia Renal Crónica, proceso Intervención, Trabajo Social en salud, Calidad de vida, Salud, Hemodiálisis.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>			
<p>El presente estudio estuvo enfocado a la caracterización de paciente renales como aporte al proceso de intervención que se realiza en Trabajo Social tomando como referencia una clínica de diálisis en la ciudad de Guayaquil. Se indica que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad degenerativa con un impacto negativo en la calidad de vida del paciente e incluso su familia, siendo esta última la cual se constituye como la principal red de apoyo al paciente quien demanda de cuidados específicos, un ambiente saludable y demás condiciones de vida favorables para sobrellevar su enfermedad. Es el Trabajo Social el cual garantiza estas condiciones mediante un proceso de intervención donde se caracterice al paciente y se identifiquen sus problemas o necesidades insatisfechas para el planteamiento de mejoras. En respuesta a la importancia de este proceso se desarrolla el estudio, identificando debilidades dentro del proceso de intervención como mejora a la situación del enfermo en donde se detallaron características del enfermo como sexo, estado civil, existencia de un cuidador para su asistencia, quién proporciona estos cuidados, tipo de afiliación, situación laboral, comorbilidades y demás puntos identificados mediante una metodología con enfoque cuantitativo evaluando la base de datos de pacientes y cualitativo a través de entrevistas. Adicionalmente, se desarrolló una encuesta a una profesional de trabajo social identificándose debilidades ligadas a la disponibilidad de recursos para movilización, equipo humano y desconocimiento del paciente con respecto a sus derechos e importancia del trabajo social, planteándose acciones de mejora según estos puntos.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4(3152133)	E-mail: veronica@startupmac.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b> Muñoz Sánchez, Christopher Fernando		
	<b>Teléfono:</b> +593(990331766)		
	<b>E-mail:</b> christopher.munoz@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			