

# REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL DE PACIENTES EN HD

Magda Serra Morera, Montse Martín Navau, Antonio Allo Lorente Teresa Vidal Ballesté

Clínica Renal de Lleida

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es valorar el grado de reinserción socio-laboral en los pacientes afectados de insuficiencia renal crónica en programa de HD periódica, teniendo en cuenta que las incidencias y las manifestaciones que acompañan a su enfermedad son desencadenantes de una mayor problemática para el enfermo y su entorno familiar y social.

## OBJETIVO

Recopilar información por medio de un cuestionario que nos permita obtener una valoración estadística de su grado de recuperación funcional, anímico-intelectual, sus relaciones familiares y el nivel de reintegración socio-laboral.

## MATERIAL Y METODOS

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 49 pacientes, 34 son varones y 15 son mujeres, entre edades comprendidas entre los 21 años y los 75 años de edad y con una media de 57 años. Los tiempos de permanencia en hemodiálisis oscilan entre 156 meses y 5 meses, siendo la media de 45,93 meses.

Para el estudio se ha empleado un tipo de encuesta directa que consta de 83 preguntas englobadas dentro de 7 grupos que permiten medir las características generales de su entorno social, familiar, laboral, así como su grado de rehabilitación funcional y su estado emocional. Estos últimos son:

Datos generales del sujeto:

1. Problemática familiar.
2. Nivel de educación.
3. Situación laboral.
4. Estado funcional.
5. Estado anímico.
6. Grado de integración social.
7. Valoración de su estado de mejora.

Los sujetos encuestados han sido diferenciados por:

- Grupos de edad: de 20 a 40 años  
de 40 a 60 años  
mayores de 60 años
- Sexo.
- Situación social según sea el medio rural o urbano.

## RESULTADOS

DATOS GENERALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

	20-40	40-60	+ 60	TOTALES
M	---	14%	16%	30%
H	10%	31%	29%	70%

	20-40		40-60		+ 60		TOTALES
URBANO	M ---	H 4%	M 6%	H 14%	M 4%	H 12%	40%
RURAL	---	6%	8%	18%	12%	16%	60%

- El 70 % son varones y el 30 % son mujeres.
- El 61 % son de extracción rural y el 39 % urbana.

## 1. PROBLEMATICA FAMILIAR.

Hemos considerado tres subgrupos que son:

- la. Problemas generados por la enfermedad en la unidad familiar.
- lb. Cambios habidos a nivel de relación de pareja.
- lc. La respuesta del grado de aceptación que da la familia ante la enfermedad.

la. Hemos considerado la respuesta por grupos de edad.

	20 - 40		40 - 60		+ 60		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
P. ECONOMICA	----	43%	23%	13%	38%	14%	30%	23%	26%
SOBREPROT.	----	29%	55%	44%	38%	29%	46%	34%	40%
DESPROTEC.	----	14%	0%	0%	13%	0%	6%	5%	5%
NINGUNO	----	0%	22%	17%	13%	36%	18%	18%	18%
N/ CONTESTA	----	0%	0%	4%	0%	7%	0%	4%	2%

Los principales problemas derivados de la enfermedad son los que generan una gran sobreprotección, en ambos sexos y en segundo lugar los problemas económicos, en los hombres de 20 a 40 años y en las mujeres mayores de 60 años.

lb. Medimos los cambios producidos en la relación de pareja en función de la edad y de los cambios de actitud creada entre ellos. Asimismo, entre los encuestados de menos de 60 años hemos querido constatar su disposición a tener hijos, como un factor importante de la relación de pareja.

	20 - 40		40 - 60		+ 60		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
CAMBIO	----	60%	0%	33%	0%	14%	0%	36%	18%
S/ CAMBIO	----	40%	86%	60%	100%	79%	93%	60%	76%
DIF. HIJOS	----	60%	14%	0%	----	----	14%	30%	22%
S/ DIF. HIJ.	----	40%	86%	100%	----	----	86%	70%	78%
PROBL. SEX.	----	14%	0%	22%	0%	14%	0%	17%	8%
N/ CONTEST.	----	0%	14%	7%	0%	7%	7%	5%	6%

Según el criterio de la mayoría de las mujeres, no ha habido cambios en la relación de pareja, Sólo un 14 % de ellas consideran que la enfermedad les dificulta tener hijos.

A destacar que los hombres menores de 40 años sí consideran que ha habido cambios en su relación de pareja a causa de la enfermedad y que ello les dificulta la posibilidad de tener hijos,

lc. Medimos el grado de aceptación del sujeto enfermo y de la enfermedad dentro del núcleo familiar.

Para evaluar si el sujeto y su enfermedad es aceptado por la familia, hemos considerado una serie de preguntas respuestas directas y excluyentes que nos permiten una valoración subjetiva.

	20 - 40		40 - 60		+ 60		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
ACEPTA	----	40%	71%	54%	25%	57%	48%	50%	49%
N/ ACEPTA	----	60%	29%	33%	62%	36%	45%	43%	44%
N/ CONTESTA	----	0%	0%	13%	13%	7%	6%	7%	6%

Destaca el 71 % de mujeres de 40 a 60 años que si, consideran aceptadas por el núcleo familiar en contraposición a las mujeres mayores de 60 años con un alto índice de no aceptación. Observamos también que la mayoría de los hombres jóvenes de 20 a 40 años se consideran a si mismos mal aceptados por su entorno familiar.

## 2. NIVEL DE EDUCACION.

Hemos querido medir el nivel educativo para poder constatar la diferencia de posibilidades que existen cara a su reintegración socio-laboral.

Consideramos:

Analfabeto: Aquellas personas que no saben leer ni escribir.

Bajo: Aquellas personas que escriben y leen con dificultad. Primaria incompleta.

Medio: Bachillerato elemental, E.G.B. completa, Graduado Escolar o equivalente.

Alto: No aparece ninguno en nuestra muestra.

	20 - 40		40 - 60		+ 60		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
ANALFABETOS	----	0%	43%	6%	50%	8%	46%	4%	25%
BAJO	----	80%	29%	67%	50%	64%	39%	70%	55%
MEDIO	----	20%	28%	27%	0%	28%	14%	25%	20%

En general podemos observar un alto grado de analfabetismo en nuestra población. Destacando el grupo de mujeres de más de 40 años.

En los hombres entre 20 a 40 destaca un 80 % de nivel bajo lo que incidirá en su ocupación laboral y en su inserción socio-laboral.

## 3. SITUACION LABORAL.

Para determinar la situación laboral de los pacientes encuestados hemos considerado, dada la ausencia de integración total de la mujer en el mercado de trabajo, a los hombres y a las mujeres en dos colectivos con independencia de la edad. En interés de medir adecuadamente la incidencia de la enfermedad en éstos, hemos realizado dos cuadros comparativos; en uno de ellos indicarnos la situación laboral antes de resultar afectados por la enfermedad, y en otro su situación laboral después.

Destaca un número muy importante de personas que pasan de una situación «activa» a las situaciones de jubilación e invalidez permanente, dado el carácter de cronicidad que posee esta enfermedad.

El colectivo de mujeres no experimenta variaciones muy importantes ya que en su mayoría son mujeres de edad que anteriormente a la enfermedad ya desempeñaban labores domésticas como ocupación total. Los que se hallan en situación de paro, son en realidad pacientes que se hallan tramitando su expediente de invalidez permanente, lo que significa que no están en modo alguno en el mercado de trabajo.

ANTES DE LA ENFERMEDAD.

	TOTAL	VARONES	MUJERES
ACTIVO	59,5%	79%	40%
PARO	0%	0%	0%
JUBILADO	7,5%	15%	0%
BAJA ENFERM.	0%	0%	0%
INVALIDEZ	3%	6%	0%
S. LABORES	30%	0%	60%

DESPUES DE LA ENFERMEDAD.

	TOTAL	VARONES	MUJERES
ACTIVO	4,5%	9%	0%
PARO	1,5%	3%	0%
JUBILADO	26%	32%	20%
BAJA ENFERMEDAD	4,5%	9%	0%
INVALIDEZ	33,5%	47%	20%
S. LABORES	30%	0%	60%

#### 4. ESTADO FUNCIONAL.

Para definir los parámetros que indiquen la capacidad funcional de estos pacientes hemos considerado catalogarlos en tres subgrupos:

4a. *Apto.* Son aquellas personas que aun estando en programa de hemodiálisis periódica, pueden seguir desempeñando una Jornada laboral.

4b. *Autosuficiente.* Son aquellas personas que aunque se sienten incapaces de seguir desempeñando sus trabajos habituales, son capaces de cubrir sus necesidades básicas.

4c. *No apto.* Aquellas personas que no pueden realizar ningún tipo de trabajo, y que requieren ayuda para cubrir sus necesidades básicas.

Hemos podido constatar que a pesar de las limitaciones propias que ocasiona el padecimiento de una enfermedad crónica, el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis periódica permite a un elevado número de hombres de entre 20 y 60 años estar en disposición de seguir realizando sus tareas laborales.

A pesar de lo expuesto no se puede olvidar el número de personas que se encuentran necesitadas de ayuda para cubrir sus necesidades básicas,

	20-40		40-60		+ 60		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
APTO	----	80%	43%	67%	0%	0%	21,5%	49%	35%
AUTOSUF.	----	20%	43%	33%	88%	79%	65,5%	44%	55%
NO APTO	----	0%	14%	0%	12%	21%	13%	7%	10%

#### 5. ESTADO ANIMICO.

Hemos considerado calificarlos en tres subgrupos definidos como:

5a. *Hipertímicos.* Como aquellos sujetos que se hallan en un estado anormal de euforia o de sobreaceptación de la enfermedad.

5b. *Eutímicos.* Aquellos sujetos que tratan de mantenerse en un estado normalizado con su situación, aceptando la enfermedad.

5c. *Hipotímicos.* Aquellos sujetos que padecen una negación de su enfermedad, con todas las secuelas psicológicas que ello comporta.

	20 - 40		40 - 60		+ 60		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
HIPOTÍMICOS	----	80%	72%	60%	88%	71%	80%	70%	75%
EUTÍMICOS	----	20%	14%	40%	12%	29%	13%	30%	21%
HIPERTÍMICOS	----	0%	14%	0%	0%	0%	7%	0%	3%

A destacar la negativa implicación de la enfermedad en el estado anímico de la mayoría de los encuestados.

También queremos señalar este 3 % de pacientes que viven en un estado de sobreaceptación de su enfermedad.

## 6. GRADO DE INTEGRACION.

Hemos querido medir como grado de integración, la capacidad de sujeto para lograr aceptar y ser aceptado dentro de su ámbito social y personal como una persona «no dependiente» de su enfermedad.

Los hemos calificado en tres subgrupos:

*6a. Integrado.* Personas que han conseguido un notable grado de integración en lo social y/o en lo personal.

*6b. No Integrado Intrínsecamente.* Personas con un bajo grado de integración motivado esencialmente por un propio problema de personalidad.

*No Integrado Extrínsecamente.* Personas con un bajo grado de integración motivado principalmente por los problemas derivados de su enfermedad.

	20 - 40		40 - 60		+ 60		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
INTEGRADO	----	60%	57%	53%	25%	50%	41%	54%	47%
N/ INT. EXTR.	----	20%	15%	27%	50%	43%	32%	30%	31%
N/ INT. INTR.	----	20%	29%	20%	25%	7%	27%	16%	22%

El cuadro comparativo indica un buen grado de integración y un bajo grado de no integración motivado por causa directa de la enfermedad, lo cual no coincide con lo expuesto en el punto 5 de este trabajo en el que se manifestaba que un gran número de estos pacientes se hallaban en un estado hipotímico por causa de la enfermedad. Ello nos hace discutir la fiabilidad de las respuestas de este apartado ya que podemos constatar, por experiencia directa, que efectivamente este tipo de enfermos padece un estado de hipotimia consecuente a la afectación de su enfermedad.

## 7. VALORACION DE LAS CAUSAS DE MEJORA.

Tratamos de evaluar por cuestionario abierto, cuáles son las causas más importantes que estos pacientes consideran que mejoraría su estado actual.

Tras observar el cuadro comparativo podemos destacar la gran tendencia de los hombres a considerar el trasplante como única solución a los problemas derivados de su enfermedad. Las mujeres, por contra, manifiestan un total desinterés en cuanto a valorar cualquier solución que signifique mejora de su estado actual.

Tal cual se ha visto en anteriores cuadros comparativos, el único colectivo que se plantea la alternativa laboral, son los hombres jóvenes de entre 20 y 40 años.

	20 - 40		40 - 60		+ 60		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	M	H	
TRASPLAN.	----	60%	29%	74%	25%	21%	27%	52%	39%
NO/ CONT.	----	20%	14%	13%	25%	36%	19,5%	23%	21%
NADA	----	0%	57%	13%	50%	43%	53,5%	18%	35,5%
TRABAJO	----	20%	0%	0%	----	----	0%	10%	5%

## RESINSERCIÓN SOCIO-LABORAL

\* Gráfico comparativo N° 1 (Aceptación -eutimia- integrado).

En este gráfico podemos observar:

Una grave distorsión en el colectivo de hombres de 20 a 40 y de mujeres de 40 a 60 (coincidiendo que es el colectivo que peor se ha integrado). Ya que sus respuestas de estado anímico son muy dispares con el grado de aceptación de la enfermedad y sus respuestas a la integración social. Se observa también un reflejo fiel de la realidad de las mujeres de más de 60 años ya que en todos

los parámetros medidos se observan valores coincidentes.

Queremos destacar que el colectivo con mejor grado de integración es el de los hombres de 40 a 60 años, coincidiendo con el grupo en el que se halla la mayor parte de los integrados laboralmente.

\* Gráfico comparativo N° 2 (Pr. económ.-sit. lab. no integración). Así pues en el estudio de reintegración socio-laboral podemos observar:

Existe una casi nula reintegración laboral de estos pacientes, lo cual se refleja en un acuse de problemas económicos en una de cada cuatro familias dependientes de éstos, y en una integración social disminuida en un 50 % de todos ellos.

## CONCLUSIONES

De todo lo realizado hasta ahora podemos destacar diversas respuestas tales como:

1. Problemas económicos surgidos desde el momento en que el individuo resulta afectado por la enfermedad, ya que en nuestro país y por sus características sociales existe una débil sensibilización hacia los problemas de este tipo de enfermos y no hay una disposición adecuada por parte de los empresarios para facilitar su reintegración en el mercado laboral, ya sea con cambios del puesto de trabajo, o de los turnos lo que facilitarían la fácil alternancia entre su tratamiento de HD periódica y el desempeño de su jornada laboral. Ello les lleva a engrosar las filas de los que se hallan en situación de jubilación o de baja de enfermedad, con la considerable merma de su capacidad adquisitiva y los problemas derivados que esa situación comporta.

Otro de los motivos aducidos para reflejar la fácil descolocación laboral de estos pacientes son las prestaciones económicas que reciben del ICS en concepto de incapacidad permanente que en la mayoría de los casos es similar e incluso superior a los haberes que percibían cuando se hallaban trabajando.

Otra de las razones no desdeñables es que a pesar de estar en situación de jubilación, baja de enfermedad o invalidez permanente realizan algún tipo de trabajo sumergido que les permite gozar de un nivel económico superior al que tenían antes de estar enfermos.

2. El estado anímico de la mayoría de la población estudiada, padece un estado de hipotimia no sólo derivado de las consecuencias de la enfermedad, sino también por la situación socio-laboral en la que se hallan. No existe una respuesta por parte de la Administración para procurar una rehabilitación más allá de la meramente sanitaria, ya que estos pacientes necesitarían apoyo psicológico y asistencial integral.
3. Hemos observado una distorsión en la respuesta de integración de los hombres menores de 40 años, se consideran integrados a pesar de no considerarse aceptados en el área familiar, tener problemas en

sus relaciones de pareja, problemas laborales y económicos.

También hay que resaltar el alto grado de aceptación e integración de las mujeres de 40 a 60 en contraposición a las mujeres de más de 60 años que son las peor aceptadas dentro del ámbito familiar y las menos integradas. Ello es debido a que sin estar incluidas dentro del mercado laboral, entre 40 - 60 años se sienten útiles mientras que a partir de los 60 años no son útiles (cuadro comp. N° 4), ni cobran, por lo que se sienten inútiles y marginadas.

En definitiva, los factores más importantes que impiden la rehabilitación de estos enfermos continúan siendo los psicológicos y los socio-laborales.

## **SOLUCIONES**

En cuanto a su estado anímico y su reintegración social, creemos que es importante facilitar una adecuada asistencia social y atenciones psicológicas por parte de los profesionales en estos campos, con carácter de servicio permanente dada la característica de cronicidad de estos enfermos. Haciendo hincapié en la necesidad de un servicio de asistencia domiciliaria a las personas que son incapaces de cubrir sus necesidades básicas.

Aumentar el número de trasplantes poniendo en marcha las medidas oportunas de que dispone la Administración (Programa de Asistencia a los enfermos de IRC, campañas publicitarias de sensibilización, medios económicos para los equipos de trasplante ...).

Facilitar el acceso a un puesto de trabajo, sea con fases de formación, o aumentando los porcentajes de oposiciones a funcionarios que la Administración destina a los disminuidos físicos, ya que muchos de ellos podrían trabajar bajando así los costes que suponen al Estado.

Tras observar que la Administración sigue haciendo caso omiso de las recomendaciones ofrecidas por los profesionales de la Sanidad, deseamos hacer hincapié en la falta de medios que poseemos para trasladar todas estas consideraciones a un medio práctico.

## **AGRADECIMIENTO**

Al profesor Joan Pallarés de los Servicios Centrales del Departamento de Asistencia Social de la Escuela Universitaria de Lleida por el asesoramiento y ayuda prestada en la elaboración e interpretación del cuestionario.

## **BIBLIOGRAFIA**

Cuestionario básico de la EDTA. 1987.

La butlleta de registre de la Generalitat de Catalunya. 1987.

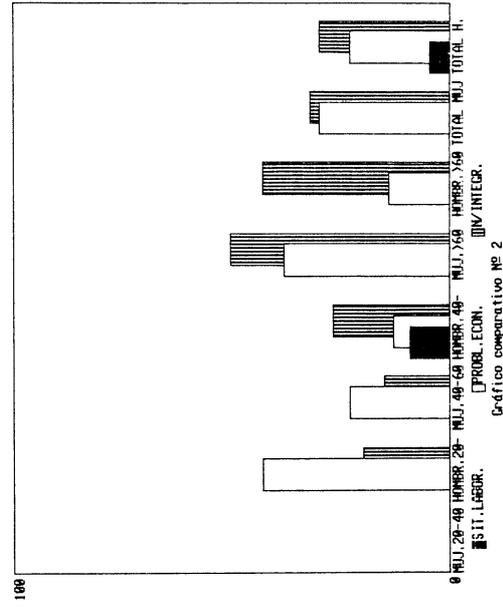
Estudi prospectiu de la qualitat de vida dels malalts en llista d'espera del Servei de Planificació de la Vall d'Hebron de Barcelona. 1986.

Problemática social psicológica y económica de la diálisis renal en la HIRCO terminal. Revista Jano. 1986.

Estudio piloto sobre la calidad de vida utilizando el perfil de Nottingham, 1986.

ADAPTACION SOCIO-FAMILIAR DEL ENFERMO EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS. T. Carrascoso, M. P. Lozano. XIII CONGRESO NACIONAL. S.E.D.E.N. Valladolid, octubre 1988.

LABORAL ACT. - PROBL. ECONOM. - N/INTEGR



ACEPTACION - EUTIMIA - INTEGRACION

